LA SEMAINE MÉDICALE

VINGT-DEUXIÈME ANNÉE

1902

PARIS

BUREAUX : 18, RUE DE L'ABBÉ-DE-L'ÉPÉE

—

1902

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1902)

A

Abcès cérébral otogène....... 353[2] 395[1]
— de fixation .... 128[2]
— de la zone sous-phrénique ... 97[1] 120[3] 182[1]
— développés autour des points de suture et leur prophylaxie.................... 238[1]
— osseux aberrant consécutif à l'otite moyenne............ 353[3]
— profond de la paroi abdominale, suite de la kélotomie. 363[2]
— rétropharyngien spontanément évacué par le conduit auditif.......................... 348[2]
— sous-muqueux du larynx consécutifs au croup.......... 175[1]
— traumatique du cerveau sans lésion crânienne .... 183[1]
Aberration de sphéricité de l'œil... 27[3]
Ablation de la rate et digestion pancréatique chez les animaux privés d'estomac.. 143[3]
— du cæcum.... .... 363[1]
Abolition de la perception stéréognostique chez un tuberculeux... 379[1]
Aboulie des buveurs d'habitude.. . 270[3]
Absence congénitale du tibia ...... 54[1]
Absorption intestinale des substances insolubles dans l'eau..... 199[3]
Accidents du travail et lésions valvulaires du cœur par effort...... 169[1]
Accouchement provoqué au moyen de la galvanisation intracervicale de l'utérus .... 58[3]
Acétanilide en insufflation contre l'otite moyenne purulente chronique chez les enfants........... 160[3]
Acétate de plomb en injections vaginales et ses dangers pendant la grossesse.... .... 8[1]
Acétonurie et échanges hydrocarbonés chez les pellagreux........ 376[1]
Achondroplasie..................... 203[1]
Achromie consécutive à l'usage d'une pommade tartrique........ 379[3]
Acide borique en gargarisme et ses effets caustiques.. 48[3]
— — en lavements et ses effets toxiques.... 232[2]
— carbonique contre la tuberculose pulmonaire .... 149[2]
— chromique et électricité contre la glossite chronique....... 208[3]
— citrique contre la fièvre typhoïde.................. 412[3]
— fluorhydrique en inhalations contre la malaria.......... 272[3]
— glycuronique du sang du chien 244[3]
— — et son élimination .... 149[1]
— lactique contre la dysenterie. 388[3]
— nitrique fumant pour cautériser les hemorrhoïdes..... 419[3]
— phénique à l'intérieur contre la grippe infantile. 372[3]
— — en application directe contre la sciatique rebelle . 24[2]
— — en badigeonnages contre la variole. 232[3]
— — en injections contre le tétanos.. 362[1] 369[3]
— — pur contre les ulcères de la cornée. 208[2]
— picrique contre la blépharite ciliaire .... 64[2]
— salicylique contre la pneumonie.. .... 388[3]
— — pour faire tolérer le lait .... 72[2]
Acide trichloracétique pour cautérisations dans la tuberculose pharyngée.............. 304[1]
— urique et sa solubilité dans l'urine.............. 149[3]
Acides à l'intérieur contre le prurit. 420[3]
— gras dans les eaux potables. 75[1]
Acné chlorique.... .... 429[1]
Acromégalie et diabète............ 86[1]
— et gigantisme......... 270[3]
Actinies et leur poison.......... 418[3]
Actinomycose du cœur............ 149[2]
— du cou .... 174[1]
— humaine en France.. 114[2]
Adénite iliaque tuberculeuse compliquée d'occlusion intestinale.... 362[3]
Adénites tardives de la dengue.... 22[1]
Adénocarcinome des glandes sudoripares......... 404[1]
— ulcéré de l'S iliaque. 71[2]
Adénome de l'estomac.............. 190[1]
— de l'uretère............. 253[2]
Adénomyomes mésonéphriques..... 63[1]
Adénopathie trachéo-bronchique. .. 44[3]
Adenopathies épitrochléennes symétriques .... 409[1]
Adipose douloureuse à forme nodulaire................................ 423[3]
Affections cardiaques congénitales et valeur pronostique de l'hyperglobulie. 235[3]
— — et anesthésie chirurgicale .... 51[2] 59[1] 68[3] 74[1] 114[3] 157[1]
— — et épanchements pleuraux. ..... 25[1]
— — et pesée journalière des malades...... 207[2]
— de la cornée............. 144[3]
— de l'oreille et diphtérie... 346[2]
— hépatiques et participation de la plèvre et du péritoine .... 79[3]
— parasyphilitiques et leur pathogénie .... 53[1] 84[1] 127[2]
— — et troubles pupillaires.......... 203[2]
— pulmonaires du vieillard. 248[1]
— rénales et regime carné.. 264[1]
Agénésie de la rate.................. 425[1]
Agglutination du bacille de la morve 95[3]
Agitation............................ 349[1]
Air atmosphérique en injections contre les névralgies....... 116[1] 423[2]
Albumine et sa recherche au moyen de l'acide phénique... .... 191[3]
Albumines urinaires et leur précipitation par certains sérums spécifiques............ . ... 44[3]
Albuminoïdes et leur assimilation.. 249[1]
Albuminurie digestive et serums précipitants....... 143[1]
— par bains froids..... 55[2]
Alcalins comme analgésiques....... 356[1]
Alcaloïdothérapie de l'insuffisance hépatique .... 130[2]
Alcool acidifié pour prévenir l'infection des plaies......... 88[2]
— et son influence sur la sécrétion du suc gastrique..... 293[3]
— pour la désinfection des mains 70[3]
Alexie............... .... 53[1]
— d'origine opératoire......... 145[1]
Alimentation des nourrissons par le babeurre . 82[3]
— — par le lait de chèvre.... 128[3]
— riche en chlorures comme cause de cancer................ 87[1]
Alimentation sans chlorures pour faire tolérer les iodures......... 88[3]
Alitement contre le delire épileptique.......................... 176[2]
Allaitement artificiel et excès de travail biologique qu'il impose au nourrisson 370[2]
— et lèpre............ 23[1]
— par le lait cru en cas de troubles gastro-intestinaux .... 24[1]
Alopécie congénitale .... 230[1]
— et son étiologie........... 15[1]
— et tuberculose cutanée généralisée .... 52[3]
Altitude et son influence sur les chiens splénectomisés .... 255[3]
Amibes et lésions de l'intestin...... 53[3]
Amputation de jambe. .... 232[3]
— du sein avec cicatrice cachée........ 410[3] 434[1]
— et cocaïnisation des gros troncs nerveux ...... 340[3]
— interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes de l'omoplate... 364[3]
— sus-malléolaire de Bier modifiée............ 76[1]
Amylase du sang et son origine ... 172[3]
Anakhré .... 54[2]
Anastomoses artério-veineuses 395[3] 405[1]
— vasculaires et leur technique............... 324[3]
Anémie et ulcère de l'estomac...... 230[2]
— pernicieuse................ 264[1]
— — bothriocéphalique 241[1]
— — et résistance des hématies ...... 411[1]
— — progressive et hypertrophie simple du foie.... 229[1]
— syphilitique................ 80[1]
Anesthésie chirurgicale .... 164[3]
— — et brûlure par vomissements biliaires ..... 216[2]
— dentaire au moyen de l'extrait surrénal associé à la cocaïne .... 208[1]
— — au moyen des courants de haute fréquence...... 59[3]
— et sa variabilité......... 215[2]
— faciale et réflexe lacrymal 188[2]
— générale par le chlorure d'éthyle.... .... 337[3]
— par le bromure d'éthyle dans l'exentération du globe oculaire....... 107[3]
— par les courants électriques........... 251[3] 401[1]
— par l'ether. .... 353[1]
— — et dissociation de la sensibilité et de la motilité.. 190[1]
Anévrysme aortique communiquant avec la veine cave.......... 23[2]
— — traité chirurgicalement......... 92[2] 115[1] 157[2]
— artério-veineux .... 427[3]
— — du sinus caverneux .. 104[3]
— cirsoïde de la région pariétale .... 263[3]
— de l'aorte abdominale .. 293[1]
— — ascendante à diverticule antéro-latéral gauche. 426[2]
Anévrysme du sinus aortique droit de Valsalva.......... 409[3]
— poplité......... 181[2] 364[1]
— traumatique de la portion ascendante de l'aorte............... 158[2]
Anévrysmes......................... 106[3]
— artério-veineux d'origine traumatique .... 394[2]
— de la crosse de l'aorte et signe d'Oliver-Cardarelli.............. 376[3]
— de l'aorte et pouls aortique...... 128[1]
— — thoracique.... 376[3]
Angine dothiénentérique........... 310[1]
— et rhumatisme............... 62[2]
— fuso-spirillaire .... 7[1] 158[1]
— goutteuse.................... 105[3]
Angines de la scarlatine....... ... 158[2]
— diphtériques malignes à Paris en 1901 1902...... 235[1]
— primitives à tétragènes ... 284[3]
Angiomes cutanés et cancer... 107[3] 147[1]
Ankylose vicieuse du genou........ 285[1]
Ankyloses osseuses.......... 214[1] 219[2]
Ankylostomes et destruction de leurs larves par le suc gastrique.. 71[3]
Anomalie cardiaque familiale ...... 230[1]
Anomalies congénitales de l'uretère. 310[1]
— thoraciques et tuberculose pulmonaire... 7[3] 39[3]
Anophèles en Corse................ 337[2]
— et paludisme......... 161[1]
Anticorps et leur formation dans le sérum des animaux vaccinés... 407[3]
Anticytase et son action........... 106[2]
Antipéristaltisme.................... 131[3]
Antipyrine à doses massives dans la chorée............ . 189[1]
— contre la fièvre puerpérale................... 208[2]
— contre la méningite cérébro-spinale épidémique. 184[3]
— en injections contre le tic convulsif. .... 320[2]
— et liqueur de Fowler en injections hypodermiques dans la malaria... 340[3]
Anurie calculeuse.................. 364[1]
Anus artificiel en un temps .... 166[2]
— vaginal à la suite d'hystérectomie vaginale .... 105[1]
Anxiété dans les maladies mentales. 260[2]
— impulsive au point de vue médico-légal............. 268[3]
Aortite abdominale.. .... 128[1] 389[1]
— syphilitique avec névralgies viscérales.................. 22[2]
Apoplexie traumatique tardive..... 424[3]
Appendice perforé à froid.......... 345[1]
Appendicite.......... .... 121[1] 185[1] 253[2] 272[3] 355[1] 361[1] 369[1] 378[1] 387[3] 392[1] 408[1] 418[1] 418[2] 422[3] 432[3]
— et complications pulmonaires .... 122[1]
— et intoxication mortelle........ 227[1] 234[2]
— et mort subite pendant la convalescence.............. 158[2]
— et péricardite suppurée .... 87[3]
— et péritonite adhésive diffuse............ 230[1]
— et sa pathogénie..... 263[1]
— et ses causes .... 227[2]
— et son diagnostic..... 319[1]
— et volvulus iléo-cæcal avec étranglement interne .... 265[1]

Appendicite herniaire avec phlegmon gangreneux du scrotum 104[3]
— pneumococcique 345[2]
— tuberculeuse 206[2]
Appendicites gangreneuses 164[3] 202[2] 172[1]
Arachnodactylie 345[2]
Arc électrique au fer en photothérapie 83[2]
Arsenic à doses massives dans la chorée 189[1]
— et sa présence dans la série animale 387[3]
Artériosclérose 189[3] 197[2]
Arthrite à pneumocoque suivie de pneumonie chez un cardiaque 93[2]
Arthrites blennorrhagiques 393[1]
— scarlatineuses 419[3]
— syphilitiques 78[3]
Ascarides et occlusion intestinale 239[1]
Ascite 75[3] 132[1]
— chyleuse 272[1]
— lactescente dans un cas de cancer du foie chez un cirrhotique 151[1]
— — et cirrhose atrophique 105[1]
Ascites cirrhotiques et leurs modes de guérison 177[1]
— d'origine cardiaque ou rénale 96[2]
Asphyxie du nouveau-né 200[2]
— et glycosurie 83[2]
— locale des extrémités avec vitiligo, pouls lent et rythme couplé du cœur 183[1]
— — des extrémités de nature hystérique 197[3]
Aspiration pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif 320[3]
Association hystéro-organique 106[3]
Astasie-abasie par lésion cérébrale organique 303[1]
Asthme dyspeptique 427[1]
Asystolie progressive par myocardite subaiguë primitive 107[1]
Atonie intestinale 377[2]
Atrésie du vagin 47[2]
Atrésies génitales chez la femme 63[1]
Atrophie du cervelet 269[1]
— familiale du nerf optique 395[2]
— musculaire consécutive à l'herpès zoster 311[3]
— d'origine saturnine 86[1]
— — et névrite tuberculeuse 423[2]
— — et son processus histologique 270[2]
— — généralisée 52[1]
Atropine à hautes doses en injections hypodermiques contre la sciatique 288[3]
— en nature pour dilater la pupille 328[2]
— et ses effets sur la sécrétion pancréatique 158[3]
« Attitude fixe des côtes » en cas de pleurésie avec épanchement 139[3]
Attrition de l'artère fémorale 181[3]
Auscultation parallèle et simultanée des deux poumons 327[3]
— trachéo-laryngée dans l'anévrysme de l'aorte thoracique 376[3]
Auto-accusateurs au point de vue médico-légal 265[3]
Autodigestion en pathologie 148[2]
Auto-intoxication dans l'occlusion intestinale 46[2]
— et croissance 189[1]
Autoplastie articulaire au moyen de lambeaux cutanés 434[1]
— du nez 164[3]
— épiploïque et sa technique 412[1]
Autopsie du cœur et sa technique 321[1]
Avortement 264[2]
— et ses indications médicales 377[1]
— habituel 320[1] 348[3]
— imminent et érythrocytes colorables par l'iode 30[3]

B

Babeurre dans l'alimentation des nourrissons 82[3]
— en lotions contre les éruptions bromiques 428[3]
Bacille de Ducrey et son polymorphisme 229[3]
— pyocyanique et ses sécrétions volatiles 188[3]
— tétanique et résistivité électrique de ses cultures 277[2]
— tuberculeux et sa présence dans l'urine des tuberculeux 394[1]
— — et ses réactions colorantes 199[2]
— — et son agglutination 377[3]
Bacille tuberculeux et son passage dans les chylifères et le canal thoracique 246[1]
— typhique et complications respiratoires de la dothiénentérie 189[3]
— — et fermentation alcoolique 277[2]
— — et sa localisation au niveau de lésions anciennes 39[3]
— — et sa présence dans le sang 6[3] 408[2]
— — et sa recherche dans les eaux 435[1]
— — et son agglutination 408[3]
Bacilles acido-résistants et cultures homogènes 401[2]
— de la lèpre dans le mucus nasal 401[3]
— fusiformes et spirilles dans diverses infections 93[1]
— pseudo tuberculeux et bronchite fibrineuse 85[2]
— — et lésions qu'ils provoquent 53[3]
Bactériolyse « in vitro » 245[3]
Bain de mercure comme moyen de massage 396[1]
— turc contre le tétanos traumatique 312[3]
Bains froids et albuminurie 55[2]
— tièdes dans les suites de couches 192[1]
Baume tranquille et intoxication belladonée 51[3]
Bégaiement dysarthrique par lésion limitée de la capsule interne 426[3]
Benzine contre l'érythème fugace du nez 240[3]
— et intoxication qu'elle détermine 236[3]
Béribéri 311[2]
— et paludisme 130[2]
— et son étiologie 79[3]
Bi-hexoses et leur utilisation par l'organisme 43[2]
Bile de porc contre la tuberculose pulmonaire 56[3]
Blanc d'œuf contre l'hémophilie 380[3]
Blastomycètes dans le sang 410[2]
Blennorrhagie aiguë et son hématologie 435[3]
— et sa simulation 262[3] 387[1]
— et ses manifestations nerveuses chez la femme 239[3]
— et talalgie 229[3]
Blépharites ciliaires 64[2]
Bleu de méthylène comme calmant chez les aliénés 144[2]
— contre l'angine à spirilles 7[1]
— contre l'entéro-colite muco-membraneuse 428[2]
— et son emploi dans les opérations pour trajets fistuleux 325[3]
— pour apprécier le volume des épanchements pleuraux 189[2]
Boiteries et raccourcissements consécutifs à la coxalgie 364[3]
Botryomycose humaine 284[1] 354[1]
Boulimie pour les aliments carnés et diabète azoturique 253[3]
Brièveté du cordon ombilical 293[3]
Bromhydrate neutre de quinine et sa toxicité 409[1]
Bronchite chronique des enfants 136[3]
— fibrineuse et bacilles pseudo-tuberculeux 85[2]
Bronchites et leur bactériologie 175[3]
Brûlure par vomissements biliaires après l'anesthésie chirurgicale 216[2]
Brûlures 108[3] 380[3]
— par rayons X 174[3]
Bubon chancrelleux et sa spécificité 165[3]

C

Cachexie consécutive à l'évacuation d'épanchements abdominaux abondants 116[2]
Cacodylate de soude contre la lèpre 40[2]
— contre le mycosis fongoïde 198[2]
— iodo-mercurique contre la syphilis 428[1]
Cactus grandiflorus et son mode d'emploi 240[2]
Calcium contre l'épilepsie 311[3]
Calculs biliaires et occlusion intestinale 252[3]
— de la peau 191[3]
— du rein et de l'uretère 64[1]
— enkystés de la vessie 160[1]
— rénaux 369[2]
Cals vicieux de l'articulation tibiotarsienne 364[3]
Cancer 29[1] 71[3] 87[1] 119[1] 148[2] 192[3] 411[2]
— arsenical 409[3]
— avec métastases multiples 106[3]
— de la langue 150[1] 215[3]
Cancer de l'ampoule de Vater 165[2]
— de la verge 135[3]
— de l'estomac 120[2]
— — à forme anémique 290[3]
— — avec épanchement chyliforme 370[1]
— de l'intestin 120[1]
— de l'œsophage thoracique 423[2]
— de l'ovaire traité par le sérum de Wlaiev 142[3]
— de l'utérus 271[3] 323[3] 346[1]
— du larynx 425[1]
— du rectum 253[1] 263[3]
— du sein avec généralisation nodulaire à la peau 409[2]
— et angiomes cutanés 107[3] 147[1]
— et fistule uréthrale 424[2]
— et malaria 29[3]
— et ses localisations sur le système nerveux périphérique 268[2]
— et ses récidives 167[3]
— et son étude statistique 297[1] 313[1]
— et son inoculation à la souris blanche 296[2]
— mélanique de la face 289[1]
— primitif du temporal 237[3]
Cancers 319[3]
— accessibles 425[3]
— de l'arrière-gorge 354[1]
— gastriques et résistance des hématies 411[1]
Capsule interne et ses lésions 209[1]
Capsules surrénales et leurs lésions dans les intoxications 52[1]
— — et leurs réactions 394[2]
— — et surmenage musculaire 408[3]
Carcinome du nez et syphilis tertiaire 279[1]
Carcinose de la plèvre 424[3]
Carie de la pointe du rocher consécutive à une otite moyenne 353[3]
Carotides et leur occlusion temporaire 339[3]
Cascara sagrada contre la constipation du nouveau-né 116[3]
Cassia beareana contre la fièvre bilieuse hémoglobinurique 48[3]
Castration et télangiectasie généralisée 22[3]
— pour tuberculose testiculaire 9[1]
Cataracte 56[2]
Catastrophe de la Martinique et causes de la mort 354[2]
Catgut et sa préparation 353[2]
Cathétérisme de l'estomac et sa technique 8[1] 356[1]
— de l'urèthre 240[3]
— des uretères 83[3]
Cathéters enduits de cire pour le diagnostic des calculs de l'uretère 64[1]
Cautérisation étoilée de la cornée 96[1]
— ignée dans la cavité péritonéale 427[3]
— — de la cornée chez les enfants 6[1]
— — partielle contre le ptérygion 280[3]
Cavernes tuberculeuses communiquant avec un abcès de la paroi costale 78[3]
Cécité et ses causes 204[2]
Cellule endothéliale et son évolution dans les épanchements séreux 245[1]
Cellules des vices cardiaques 376[3]
— éosinophiles du contenu intestinal 294[1]
Cellulite gommeuse pelvienne simulant une tumeur maligne 354[1]
Centres corticaux de la vision après énucléation de l'œil 151[3]
Céphalée syphilitique 60[3]
Céphalées rebelles 328[3]
Chaleur et division cellulaire 419[1]
Chancre mou 152[2]
— syphilitique par auto-inoculation 52[2]
Chancres et leur dualité 19[3]
— extragénitaux 29[3]
Chanvre du Canada comme antihydropique 356[3]
Chirurgie cérébrale 106[2] 133[1] 135[2]
— des artères 405[1]
— du cœur et du péricarde 352[1]
— du foie 361[2]
Chloral en injections contre le tétanos 362[1]
— et son mode d'emploi dans l'éclampsie 328[1]
Chlorate de potasse contre l'avortement habituel 320[1] 348[3]
Chloroformisation à la période d'expulsion 8[2]
— chez les cardiopathes 51[2] 59[1] 68[3] 74[1] 114[3]
— et accidents mortels 28[1] 43[2] 59[3] 69[1] 75[1] 84[1] 92[3]
— et électricité 77[2]
— et état de la pression sanguine 77[1]
— et modifications du sang 61[1]
Chloroformisation et moyens d'en prévenir les accidents 164[2] 172[1]
— et paralysie cardiaque mortelle 204[3]
— et urobilinurie 95[1]
Chlorure de calcium contre la métrite hémorrhagique 184[3]
— — contre les hémorrhagies dentaires 168[3]
— de méthyle et son action analgésique 183[2]
— de sodium contre la peste 436[2]
— d'éthyle contre le cancer 319[3]
— — pour anesthésie générale 337[3]
— d'or contre les tuberculoses locales 143[3]
Chlorures et leur élimination dans les néphrites 157[3] 165[1]
— et leur rétention après injection de sérum artificiel 150[3]
— et phosphates et leur élimination dans la glycosurie expérimentale 236[1]
— urinaires et leur rétention 355[3]
Chlorurie et dosage des chlorures urinaires 214[2]
Cholécystites et leur bactériologie 245[3] 370[1]
Cholédocotomie suivie de succès 338[1]
Cholémie et moyens de défense de l'organisme 245[3]
— expérimentale et leucocytose 197[3]
— familiale à forme hémorrhagique 6[2]
— — et flux bilieux 254[1]
— — et mélanodermies 158[1]
— — et urobilinurie 254[3]
Choléra et son vaccin 197[1]
Cholestéatome du sein 236[3]
Chorée 189[1] 412[1]
— chronique ayant disparu pendant l'agonie 303[2]
Cinnamate de soude en injections sous-conjonctivales 312[2]
Circulation capillaire de la peau et ses modifications 215[1]
Cirrhose atrophique et ascite lactescente 105[1]
— — et diabète 130[1]
— de Hanot et leucémie à Mastzellen 433[3]
— hépatique 15[3]
— — à forme hémorrhagique 223[3]
— — et lésions oculaires 85[3]
— hypertrophique et lésions du foie 433[2]
Claudication intermittente et embolie de l'humérale droite, dues à la syphilis 326[2]
Clavelée et ses lésions 44[3]
— et son immunisation 159[1]
Cocaïne associée à l'extrait surrénal pour l'anesthésie dentaire 208[1]
— en injections locales contre la métatarsalgie 280[2]
— et menthol contre le coryza 184[3]
— et ses inconvénients en pratique ophtalmologique 320[1]
Cocaïnisation de la moelle 55[3]
— des gros troncs nerveux et amputations 340[3]
Cœur à l'état normal et dans la grossesse 407[2]
— dans la tuberculose 377[2]
— et son autopsie 321[1]
Colibacille et dysenterie coloniale 337[3]
Colique de plomb et lésions du ganglion cœliaque 71[1]
Colites et cellules éosinophiles du contenu intestinal 294[1]
Collapsus à la suite de l'opération de végétations adénoïdes 288[1]
Collections huileuses chez une dothiénentérique 28[3]
Colo-colostomie dans un cas de rétrécissement de l'angle gauche du côlon 142[3]
Commissure antérieure de la moelle et fibres qui y passent 7[1]
Compensation entre le pancréas et les parotides 287[1]
Compression de la carotide pour produire la narcose 62[3]
— de l'uretère par une rate hypertrophiée 325[3]
Comprimés et leurs inconvénients 24[3]
Condurango dans les maladies de l'estomac 56[1]
Conférence internationale de la tuberculose 357[1] 365[1]
Congestion atrophique du foie 418[3]
Congrès allemand de chirurgie 117[1] 130[3]
— — de médecine interne 140[1] 147[3]
— de l'Association médicale américaine 230[2]
— français de chirurgie 352[1] 360[3]

Congrès français de médecine interne... 110[2] 122[2] 129[3]
— — des médecins aliénistes et neurologistes... 257[1] 265[3]
— international d'obstétrique et de gynécologie. 319[1] 323[2]
— italien de médecine interne 367[1] 375[1]
Conjonctivites... 256[2]
— granuleuses... 88[1] 184[2]
Constipation chronique... 131[2]
— d'origine nerveuse... 32[2]
— du nouveau-né... 116[3]
— idiopathique d'origine spasmodique... 395[2]
Consultations de nourrissons... 421[1]
Contusions abdominales... 271[1]
Convalescence des maladies infectieuses et échanges organiques... 281[1]
Convulsions de l'enfance... 123[2]
Coordination et ses troubles dans les affections du système nerveux central... 205[1]
Coqueluche.. 44[3] 216[3] 233[1] 248[3] 280[2]
— et polymyosite... 371[2]
Corps de Zuckerkandl et leurs fonctions... 173[2]
— étranger de l'estomac... 263[2]
— — du cæcum... 182[1]
— — du rectum... 176[1]
Corps étrangers de la cornée... 328[3]
— — de l'œsophage... 40[1] 134[2] 173[3] 263[3]
— — des sinus de la face 94[2]
— — du conduit auditif.. 320[3]
— — du péricarde... 151[1]
Coryza... 184[3]
Côtes cervicales... 116[1]
Courants continus et leur action sur l'intestin grêle... 172[2]
— de haute fréquence comme moyen d'anesthésie en chirurgie dentaire... 59[3]
— de haute fréquence contre la dilatation atonique de l'estomac... 356[3]
— de haute fréquence contre l'ozène... 312[3]
— de haute fréquence et leurs effets sur les animaux... 14[2] 107[1]
— électriques et leur emploi pour l'anesthésie.. 251[3] 401[1]
Coxa vara des adolescents... 435[2]
— — traumatique... 219[3]
Crachats tuberculeux au point de vue du pronostic... 127[3]
Crétinisme endémique et sporadique 394[3]
Crises gastriques du tabes avec œdème hémorrhagique aigu de la face... 388[3]
Croissance et auto-intoxication... 189[1]
Croup... 14[3]
— et abcès sous-muqueux du larynx... 175[1]
Cryoscopie des solides de l'organisme... 403[1]
— du sang dans les néphrites... 132[2]
Cryptosarcomes de la choroïde... 167[3]
Cultures filtrées du bacille de Koch contre la tuberculose pulmonaire. 71[2] 151[2]
Cure de raisin au moyen de moût stérilisé... 48[2]
Curettage de la vessie contre la cystite chronique rebelle... 78[3]
Cyanose et polyglobulie dans les affections congénitales du cœur... 235[3]
Cyanure de mercure en injections intraveineuses contre la syphilis.. 228[1]
Cystite chronique rebelle... 78[3]
— éberthienne... 167[1]
— tuberculeuse... 412[2]
Cystocèle... 371[3]
Cystoscopie sus-pubienne... 50[3]
Cytologie des hydrocèles... 198[1]

D

Décapsulation du rein et régénération de la capsule... 215[1]
— — et ses effets. 75[3]
Déchirures de la veine cave inférieure... 172[2] 423[1] 433[1]
— du périnée et moyen de les prévenir... 8[2]
Déciduome... 304[2]
Décollement de la rétine... 354[1]
— prématuré du placenta avec hémorrhagie mortelle... 174[3]
Décompression et échanges respiratoires... 188[3]
Défaut de plasticité du sang... 14[2]
Dégénérescence et son rôle en obstétrique... 6[2]
— polykystique des reins... 150[3]
Délimitation de l'estomac... 262[3]
Délire aigu à forme mélancolique.. 271[1]
— des négations... 271[1]
— épileptique... 176[2]
Délires consécutifs aux obsessions.. 268[1]
Dengue et adénites tardives... 22[1]
Déplacements de l'ovaire... 56[3]
Dépression barométrique et teneur du sang en hématies... 158[3]
Dermato-hypertrophie vasomotrice. 303[3]
Dermatoses... 16[2]
— prurigineuses... 208[3]
Dermographisme chez les épileptiques atteints d'helminthiase... 14[3]
Désinfection des mains par l'alcool. 70[3]
— — par les essences... 272[2]
Destruction de la troisième frontale gauche avec guérison... 353[3]
Déviations utérines... 285[3]
Dextrocardie congénitale sans inversion des viscères... 327[2]
Diabète azoturique et boulimie pour les aliments carnés... 253[3]
— et acromégalie... 86[1]
— et cirrhose atrophique... 130[1]
— et état des réflexes... 393[1]
— et leucomaïnes... 130[1]
— et réactions chromatiques des hématies... 181[3]
— insipide transformé en diabète sucré... 152[1] 310[2]
— pancréatique avec ictère... 173[2]
— rénal... 81[1]
— sucré avec lipémie considérable... 402[2]
— surrénal... 148[3]
Diarrhée à Bacillus fluorescens putridus chez des aliénés.. 271[1]
— infantile... 264[3]
Diazoréaction d'Ehrlich... 106[1] 434[2]
Digestion et alcool... 293[3]
— pancréatique après ablation de la rate chez les animaux privés d'estomac... 143[3]
Digestions gastrique et intestinale et assimilation des albuminoïdes. 249[1]
Digitale et leucocytose qu'elle détermine... 55[3]
— et rythme couplé du cœur. 134[3]
— et ses effets d'accumulation... 149[3]
Dilatation aiguë du cœur... 149[1]
— atonique de l'estomac... 356[3]
— de la pupille par l'atropine en nature... 328[2]
— du cæcum et obstruction du gros intestin... 131[2]
— idiopathique de l'œsophage... 85[1]
Diphtérie... 39[2] 92[1] 128[3] 216[3] 428[3]
— à la Maison d'éducation de Saint-Denis... 21[1]
— à l'hôpital Bretonneau... 337[2]
— à l'hospice général de Rouen... 219[1]
— des plaies... 108[2]
— et affections de l'oreille... 346[2]
— et ses épidémies... 166[3]
Diplocoque particulier dans un cas de méningite tuberculeuse... 165[3]
Diverticules œsophagiens avec vomissements électifs... 408[2]
Division congénitale de la narine... 164[3]
Docimasie pulmonaire... 231[3]
— hydrostatique et son insuffisance... 366[3]
Douleur et sa valeur séméiologique. 134[1]
Douleurs fulgurantes des tabétiques. 224[3]
Dysenterie... 388[3] 396[2] 428[3] 436[3]
— coloniale et colibacille... 337[3]
— épidémique et son microbe... 244[2]
— et endocardite... 128[1]
— et son unité pathogénique 165[3]
— expérimentale chez le chien... 174[1]
Dysménorrhée... 240[2]
— douloureuse... 256[3]
— nasale... 325[1]
Dyspepsie appendiculaire... 185[1]
Dyspepsies rebelles... 134[2]
Dysthyroïdie pubérale et infantilisme dégénératif... 302[3]
Dystopie congénitale du rein... 286[2] 394[3] 410[1]

E

Eau oxygénée contre la diphtérie... 216[3]
— — contre les engelures... 40[3]
— — contre les pyodermites 199[1]
— — en pulvérisations contre le lupus et les accidents tuberculeux... 72[3]
— — pour la désinfection des salles d'hôpital. 418[2] 432[1]
— — pour l'épilation... 348[3]
— phéniquée en injections sous-conjonctivales contre la conjonctivite granuleuse... 184[2]
— salée contre la leucoplasie bucco-linguale... 72[3]
Ecartement involontaire du petit doigt et troubles du langage articulé... 267[3]
Echanges organiques et maladies infectieuses... 281[1]
— respiratoires et décompression... 188[3]
Echinocoques et leur développement... 44[2] 69[1]
Eclampsie puerpérale.. 176[3] 291[3] 328[1]
Ecorce cérébrale et innervation de ses vaisseaux... 268[3]
Ectasie de la portion ascendante de la crosse de l'aorte... 423[3]
Ectopie testiculaire... 227[3] 235[1] 253[1]
Eczéma séborrhéique psoriasiforme. 159[2]
Electricité et chloroformisation... 77[2]
Electrolyse contre le pannus granuleux et les kératites.. 32[3]
— du xanthélasma... 248[3]
Eléphantiasis des Arabes... 79[1]
— du pied... 229[3]
Eliminations urinaires dans les néphrites scléreuses chroniques... 400[3]
Embolies graisseuses cadavériques des capillaires pulmonaires... 424[2]
— mésentériques... 131[3]
Emission de jets brusques d'urine par la parturiente en cas de brièveté du cordon... 293[2]
Emissions sanguines contre la méningite tuberculeuse... 285[2]
Emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire... 345[2]
Empyème... 363[2]
— aigu du sinus sphénoïdal à la suite de l'influenza. 173[1]
Endocardite dysentérique... 128[1]
Endothélialite graisseuse du foie... 408[3]
Endothéliome intra-rachidien... 135[1]
Energie de croissance... 354[3]
— photochimique de diverses sources lumineuses... 252[2]
Engelures... 40[3]
Engorgement laiteux du sein... 320[3]
Entérites amibiennes... 53[3]
Entérocolite muco-membraneuse... 428[2]
Entérostomie en cas de péritonite.. 131[2]
Eosinophiles et leur rôle... 433[3]
Eosinophilie dans la filariose humaine... 418[3]
— et kystes hydatiques.. 75[2]
— et parasitisme vermineux... 378[3]
Epanchements pleuraux chez les cardiaques... 25[1]
— et moyen d'en apprécier le volume... 189[2]
— séreux et leur cytologie... 183[2]
— et leur résistivité électrique... 244[3]
— et rôle de l'endothélium desquamé... 245[1]
Epilation au moyen de l'eau oxygénée... 348[3]
Epilepsie... 269[2] 311[3]
— avec helminthiase, et dermographisme... 14[3]
— et son parasite... 21[3]
— expérimentale et augmentation de la concentration moléculaire du sang. 158[3]
— partielle et sa valeur séméiologique... 403[3]
— — par enfoncement du crâne sans fracture... 338[1]
— tardive chez un aliéné... 223[1]
Epiploon et son action protectrice.. 377[3]
Epithéliome branchial du cou... 51[1]
Equisetum arvense comme hémostatique... 420[3]
Erysipèle... 136[1] 239[2] 328[3] 359[3]
— de la face et vents... 31[3]
— et otite moyenne suppurée. 222[3]
Erysipéloïde... 271[2]
Erythème circiné récidivant au moment des règles... 182[3]
— fugace du nez... 240[3]
— prémycosique... 22[3]
— scarlatiniforme paludéen. 135[2]
Erythromélalgie... 30[1]
Erythromélie localisée à une moitié du corps... 136[1]
Eschares de la peau chez les ouvriers qui manipulent la soude... 173[2]
Esérine contre l'atonie intestinale... 377[2]
— contre les affections de la cornée... 144[3]
— contre l'occlusion intestinale partielle... 200[2]
— pour l'extraction des corps étrangers de la cornée... 328[3]
Essence de térébenthine à l'intérieur contre la pérityphlite... 280[2]
— à l'intérieur contre la scarlatine... 224[3]
— contre les métrorrhagies... 144[1]
Essences pour la désinfection des mains... 272[2]
Estomac biloculaire simulant un kyste hydatique... 278[2]
— de l'homme normal et théories de Pavlov... 222[2]
— en sablier... 326[1]
— et sa délimitation... 262[3]
Estomac et sa délimitation par la simple inspection... 156[3]
Ethérisation... 353[1]
— chez les cardiaques... 157[1]
— et état de la pression sanguine... 77[1]
Ethéro-bacilline et embolies médullaires... 143[3]
Ethylcarbonate de quinine pour éviter les bourdonnements d'oreille... 29[2]
Etranglement interne avec volvulus. 107[1]
— intestinal par bride... 203[1]
— récidivant au niveau du trou obturateur. 87[1]
Evacuation de l'estomac suivant la position du corps... 173[2]
Eventration du diaphragme.. 380[1] 402[2]
Eventrations post-laparotomiques et moyen de les prévenir... 24[3]
Excision de la vaginale au thermocautère contre l'hydrocèle... 404[3]
— du centre psycho-moteur pour épilepsie jacksonienne... 434[1]
— et injections de sérum artificiel contre les brûlures 380[3]
Exercice de la médecine par les étrangers en Espagne... 417[2]
Exophtalmie par gomme des muscles extrinsèques de l'œil... 294[2]
Exostoses multiples avec syndrome syringomyélique chez un hystérique... 203[2]
— — chez les enfants 295[1]
Exstrophie acquise de la vessie... 202[3]
— de la vessie... 60[1] 173[1]
Extirpation du ganglion ciliaire... 150[2] 182[1]
— du larynx pour cancer. 425[1]
Extrait de rein lavé et son pouvoir hydratant... 189[1]
— surrénal associé à la cocaïne pour l'anesthésie dentaire... 208[1]
— contre la pneumonie... 144[3]
— en lavement contre l'hématémèse... 32[1]
— en urologie... 264[2]

F

Faradisation contre les dermatoses prurigineuses... 208[3]
Fausse grossesse dans la paralysie générale... 269[1]
Femmes et leur prétendue prédisposition au cancer... 297[1]
Fermentation alcoolique et bacille d'Eberth... 277[2]
Ferments et antiferments du sérum 368[3]
Fibrome médullaire opéré avec succès... 220[3]
Fibromes des ovaires et des ligaments larges... 364[1]
— intraligamentaires ou sous-péritonéaux... 47[3]
— utérins... 320[2] 364[1]
— compliquant la grossesse 134[2] 143[1] 182[1]
— et leur gangrène... 44[1]
Fibromyome et spasme du pylore.. 75[1]
Fièvre aphteuse et sa transmission par le lait... 181[1]
— bilieuse hémoglobinurique... 48[3]
— et échanges organiques... 281[1]
— jaune et moustiques... 252[2]
— et son microorganisme 143[2]
— nerveuse simulant la malaria 150[3]
— puerpérale... 208[2] 294[3]
— rémittente par migration du testicule... 221[3]
— typhoïde... 232[2] 412[2]
— avec accidents méningés... 70[1]
— avec localisation du bacille d'Eberth au niveau de lésions anciennes... 39[3]
— avec phénomènes spinaux... 135[1]
— chez les enfants en bas âge... 230[3]
— — et angine... 310[1]
— — et collections huileuses... 28[3]
— — et cystite... 167[1]
— — et élimination des phosphates... 106[1]
— — et paludisme... 94[3]
— — et péritonite par propagation... 246[3]
— — et présence du bacille d'Eberth dans le sang... 6[3] 408[2]
— — et rhino-pharyngite à bacilles d'Eberth... 400[3]
— — et rôle des huîtres dans sa propagation 345[2]
— — et ses complications respiratoires... 189[3]
— — et ses symptômes nerveux... 293[3]
— et son diagnostic précoce... 94[1]

Fièvre typhoïde et son gélo-diagnostic ... 171[3] 400[1]
— et son vaccin ... 197[1]
— — et traitement mercuriel ... 134[1]
— — sans lésions intestinales ... 159[3]
Fièvres éruptives ... 359[3]
Fil de lin pour sutures et ligatures ... 248[2]
Filaire et maladie du sommeil ... 70[2]
Filariose humaine et éosinophilie ... 418[3]
Filatures de lin ... 221[1]
Fissure à l'anus chez les enfants ... 80[1]
Fistule biliaire ... 224[2]
— de l'espace pelvi-rectal supérieur ... 28[2]
— ombilicale externe d'origine omphalo-mésentérique ... 363[2]
— uréthrale et cancer ... 424[1]
— urinaire ombilicale avec perméabilité de l'ouraque ... 235[1]
Fistules vésico-vaginales ... 152[1]
Fœticide et ses indications ... 45[1] 53[2] 61[3] 71[1] 203[3] 319[1]
Foie et fixation des graisses ... 433[3]
— et sa teneur en urée ... 70[2]
— et son volume ... 407[3]
Folliculome malin de l'ovaire ... 221[1]
Formol contre le lupus ... 328[2]
— et sa recherche dans les denrées alimentaires ... 355[1]
— pour conserver l'extrait surrénal et les solutions de cocaïne ... 168[3]
Fosses d'aisances et causes des accidents que provoquent leurs gaz ... 70[2]
Foung-sha ... 434[3]
Fracture du cinquième métatarsien ... 403[2]
Fractures ... 117[3]
— de l'avant bras chez les conducteurs d'automobile ... 27[3]
— et leur diagnostic par la percussion et l'auscultation osseuses combinées ... 336[2]
— obliques de la première phalange du pouce ... 346[1]
Frictions médicamenteuses contre la tuberculose pulmonaire ... 356[2]
Frottement péricardique se propageant sur une vaste étendue ... 324[1]
Fuchsine comme réactif des pigments biliaires dans l'urine ... 398[2]

G

Gaïacol en applications contre la tuberculose pulmonaire ... 168[2]
— contre les oreillons ... 280[3]
Gale ... 40[3]
Galvanisation intracervicale de l'utérus pour provoquer l'accouchement ... 58[3]
Ganglion cœliaque et ses lésions dans la colique de plomb ... 71[1]
Gangrène chronique du pharynx ... 286[1]
— de la bouche ... 254[1]
— des extrémités et scarlatine ... 54[2]
— des fibromes utérins ... 44[1]
— foudroyante de la verge ... 159[1]
— intestinale par thrombophlébite de la méséraïque ... 21[3]
Gastro-entérostomie contre les dyspepsies rebelles ... 134[2]
— et ses résultats ... 360[3]
— et ulcère peptique du jéjunum ... 131[1]
Gastrorrhagies consécutives aux opérations sur l'abdomen ... 292[1]
Gastrostomie ... 69[2] 83[3] 92[3]
— par le procédé de la torsion ... 252[3]
Gastrosucorrhée sans stase et ulcérations pyloriques ... 423[3]
Gélatine en ingestion contre les troubles résultant du défaut de plasticité du sang ... 14[2] 251[3]
— en injections sous-cutanées, ayant communiqué le tétanos ... 96[2]
Gélo-diagnostic de la fièvre typhoïde ... 171[3] 400[1]
— du muco-pus pharyngien dans la fièvre typhoïde ... 400[3]
Genu valgum double avec impotence complète ... 291[2]
Germes hydatiques et substances qui les détruisent ... 172[3]
Gigantisme et acromégalie ... 270[3]
Glace en suppositoires contre la dysenterie ... 428[2]
Glande thyroïde accessoire hypertrophiée à la suite de l'ablation d'un goitre ... 30[1]
Glandes lacrymales accessoires et larmoiement ... 54[1]
Glaucome aigu et ses causes ... 159[3]
Glossite chronique ... 208[3]
Glucose en injections intrapéritonéales et excrétion de l'urée ... 418[3]
Glycogène en injections intraveineuses ... 255[1]
Glycosurie asphyxique ... 83[2]
— d'origine musculaire ... 157[2]
— et élimination des chlorures et des phosphates ... 236[1]
— du chlorure de sodium ... 143[1]
— et maladie de Basedow ... 230[2]
— passagère des vagabonds ... 148[3]
— phlorizique ... 149[1]
Goitre colloïde contenu dans un kyste dermoïde de l'ovaire ... 159[3]
— de la base de la langue ... 151[2]
— exophtalmique et glycosurie ... 230[2]
— — et thyroïdite pneumococcique ... 355[2]
Gomme syphilitique du foie et résection hépatique ... 395[1]
Goundou ... 54[2]
Goutte et angine ... 105[3]
Gouttes de Lait ... 421[1]
Granulations oxyneutrophiles des cellules nerveuses ... 393[2]
Granulomes vésicaux d'origine traumatique chez la femme ... 271[3]
Greffe échinococcique et kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale ... 305[1]
— intestinale au niveau de l'estomac ... 131[1]
Greffes tendineuses ... 40[2] 246[3]
Grippe à déterminations successivement intestinales, pulmonaires et cardiaques ... 44[1]
— et empyème aigu du sinus sphénoïdal ... 173[1]
— et son importance chirurgicale ... 54[3]
— infantile ... 372[3]
Grossesse dans une corne d'un utérus cloisonné ... 204[3]
— en cas d'utérus double ... 95[2]
— et hématies colorables par l'iode ... 30[3]
— et hématolyse ... 347[2]
— et son interruption thérapeutique ... 45[1] 53[2] 61[3] 71[1] 203[3] 319[1]
— et tuberculose du larynx ... 77[2]
— et urobilinurie en cas de mort du fœtus ... 130[3]
— et volume de la rate ... 255[2]
— extra et intra-utérine simultanée ... 47[1]
— extra-utérine ... 338[1]
— gémellaire dans un utérus bicorne double ... 205[3]
— ovarienne datant de huit ans ... 284[3]
— tubaire ... 115[2]
— — avec avortement tubo abdominal incomplet ... 364[1]
Grossesses après ventrofixation, ayant entraîné la mort compliquées de fibromes ... 134[2] 143[1] 182[1]
— extra-utérines prises pour des appendicites ... 338[1] 345[1]

H

Hallux valgus ... 157[3]
Hanche bote ... 435[2]
Helminthiase chez des épileptiques et dermographisme ... 14[3]
Hématémèse ... 32[1]
Hématies colorables par l'iode dans la grossesse et l'avortement imminent ... 30[3]
— des ictériques ... 245[2]
— et leur mode de formation ... 7[1]
— et leur résistance ... 74[3] 411[1]
Hématochylurie ... 433[2]
Hématome de l'arrière-cavité des épiploons ... 362[1]
— du larynx ... 231[3]
Hématozoaires du paludisme et leurs flagella ... 61[1]
Hématuries hystéro-traumatiques ... 214[3]
Hémiatrophie de la face ... 61[2]
Hémichorée ... 245[1]
Hémiplégie ... 338[2]
— organique et circulation cutanée de la main ... 270[2]
Hémisection de la moelle par coup de couteau ... 354[1]
Hémoalcalimétrie et son application clinique ... 431[2]
Hémoglobine et action de l'urine ... 159[1]
Hémoglobinurie d'origine musculaire ... 277[1] 407[2]
Hémolyse par extrait aqueux de tumeurs ... 311[1]
Hémolysine streptococcique ... 62[1]
Hémopéricarde consécutif à la rupture spontanée d'une veine pulmonaire et mort subite ... 239[1]
Hémophilie ... 380[3]
Hémorrhagie méningée diagnostiquée grâce à la ponction lombaire ... 215[3]
— mortelle par décollement prématuré du placenta ... 174[3]
Hémorrhagie protubérantielle sans syndrome de Millard-Gubler ... 408[2]
Hémorrhagies cérébrales avec attaques épileptiformes ... 214[3]
— dentaires ... 168[3]
— par ulcère stomacal ... 130[3]
— spontanées des nouveau-nés ... 231[1]
Hémorrhoïdes ... 16[3] 134[1] 176[1] 419[3]
Hémostase du foie ... 287[2]
Hépatite graisseuse latente des alcooliques ... 203[3]
Hérédité et rôle des substances solubles ... 413[1]
— et son influence en obstétrique ... 6[2]
— syphilitique et syphilis binaire ... 206[2]
Hérédo-syphilis et paralysie générale précoce ... 270[2]
— et sclérose en plaques infantile ... 269[3]
Hernie crurale ... 412[2]
— diaphragmatique ... 394[3]
— du cordon ombilical ... 420[2]
— étranglée avec perforation intestinale ... 22[1]
— inguinale bilatérale congénitale avec ectopie testiculaire intra-inguinale ... 364[1]
— de la vessie ... 363[2]
— obturatrice étranglée ... 345[1]
Hernies inguinales ... 363[1]
— ombilicales ... 295[3]
Hexose et leur utilisation par l'organisme ... 21[2]
Homme à tête d'oiseau ... 410[1]
Huile de foie de morue lécithinée contre le rachitisme ... 142[3]
— de ricin et son administration ... 312[3]
— d'olive contre l'ulcère de l'estomac ... 380[1]
— en injection dans la vésicule biliaire contre la cholélithiase ... 419[2]
Huîtres et fièvre typhoïde ... 345[2]
Hydarthrose syphilitique ... 236[2]
Hydrocèle ... 198[1] 404[3]
Hydrocéphalie par oblitération de l'aqueduc de Sylvius ... 69[3]
Hydrométrie sénile ... 228[1]
Hydronéphrose intermittente ... 132[3]
Hydrophtalmies ... 96[1]
Hydropisie ... 215[3] 356[3]
Hygiène des rues ... 71[1]
Hyperchondroplasie ... 228[2]
Hyperémie artificielle contre la tuberculose pulmonaire ... 176[3]
Hyperglobulie dans le thyroïdisme expérimental ... 401[3]
Hyperhidrose plantaire ... 356[2]
Hyperkératose lacunaire du pharynx ... 190[3]
Hyperplasie sénile de la muqueuse utérine ... 436[1]
Hypertension artérielle chronique ... 247[2]
— — et secousses rythmiques de la tête ... 368[3]
Hyperthermie expérimentale et leucocytose ... 254[2]
Hypertrophie de la prostate ... 77[3] 83[1] 115[2] 232[1] 355[1] 426[3]
— des amygdales palatines ... 303[2]
— des mains et des pieds d'origine névritique ... 303[3]
— des seins avec atypie des tubes glandulaires ... 403[1]
— du cœur dans les néphrites ... 379[3] 402[1]
— fonctionnelle compensatrice entre le foie et le pancréas ... 287[1]
— simple du cerveau ... 22[2]
— — du foie dans l'anémie pernicieuse progressive ... 229[1]
Hypnotoxine des cœlentérés ... 43[2]
Hypogastropage ... 387[2]
Hyposulfite de soude et neutralisation des toxalbumines ... 29[2]
Hypotension artérielle et pouls instable ... 129[3]
Hystérectomie abdominale avec « extrapéritonéalisation » du petit bassin ... 246[1]
— pour fibromes ... 364[1]
— dans l'infection puerpérale ... 323[2]
— vaginale ou abdominale et leurs suites immédiates ... 191[2]
Hystérie avec exostoses multiples et syndrome syringomyélique ... 203[2]
— sénile ... 151[1]
— traumatique et hématuries ... 214[3]

I

Ichtyol contre la bronchite chronique des enfants ... 136[3]
Ichtyol contre les conjonctivites granuleuses ... 88[1]
— contre les kératites ... 288[3]
Ictère chronique acholurique congénital ... 392[3]
— — et pigment dérivé du liquide céphalo-rachidien ... 52[1]
— et état du sang ... 245[2] 254[3]
Idiotie ... 269[2]
Illusion de mouvement du champ visuel ... 198[1]
Incision dissimulée pour extirper les tumeurs péri-axillaires ... 410[3]
Incontinence d'urine et végétations adénoïdes du naso-pharynx ... 48[1]
Indican et son dosage clinique ... 85[3]
Indoxyle et sa production dans certains états morbides ... 74[3]
Infantilisme avec intoxication sulfocarbonée ... 228[2]
— dégénératif et dysthyroïdie pubérale ... 302[3]
— ou myxœdème fruste ... 93[2]
Infection charbonneuse ... 412[3]
— pneumococcique généralisée ... 400[3]
— puerpérale ... 323[2]
Infections cérébrales et traumatisme ... 222[1]
— et leucocytes iodophiles ... 23[2]
Inflammation aiguë de l'amygdale pharyngée ... 199[1]
Injections d'air dans la chambre antérieure contre la tuberculose oculaire ... 144[3]
— de calomel associées au traitement ioduré et leurs inconvénients ... 168[1]
— gazeuses intrathoraciques contre les pleurésies récidivantes ... 182[1]
— — sous-cutanées contre les phénomènes douloureux ... 116[1] 423[2]
— intraveineuses ... 367[1]
— médicamenteuses sous-arachnoïdiennes et leur action sur l'utérus ... 130[2]
— prothétiques de paraffine ... 115[3] 136[1] 240[1] 353[2] 419[1]
Insomnie ... 420[3]
Insuffisance hépatique ... 110[3] 122[2] 130[2]
Interposition de parties molles contre les ankyloses osseuses ... 214[1] 219[2]
Interruption de la grossesse et ses indications médicales ... 45[1] 53[2] 61[3] 71[1] 203[3] 319[1]
Interventions sans contact des doigts du chirurgien avec la plaie opératoire ... 424[1]
Intestin et ses mouvements étudiés au moyen des rayons de Röntgen ... 191[1]
Intoxication belladonée par le baume tranquille ... 51[3]
— et accidents mortels de l'appendicite ... 227[1] 234[2]
— hydatique après opération d'un kyste hydatique du foie ... 202[1]
— oxycarbonée et myélite diffuse ... 285[3]
— — et tractions rythmées de la langue ... 344[3]
— par la benzine ... 236[3]
— par les feuilles d'uva ursi ... 256[2]
— par une pommade sulfo-alcaline ... 40[3]
— saturnine chez les marbriers ... 403[1]
— — chez les ouvriers fabriquant des accumulateurs ... 6[2]
— — chez les ouvriers grattant les moules à glace artificielle ... 235[3]
— — et atrophie musculaire ... 86[1]
Intoxications expérimentales et lésions des capsules surrénales ... 52[1]
Invagination intestinale chez un enfant de quatre mois et demi ... 44[2]
— par polype sous-muqueux du jéjunum ... 310[3]
Iode associé à la graisse d'oie contre la teigne tondante ... 64[3]
— du sang et ses variations ... 252[1]
Iodure de potassium et manifestations oculaires de la syphilis ... 379[2]
— — et thyroïdite aiguë ... 348[1]
— d'éthyle contre la coqueluche ... 216[3]
Iodures alcalins et moyen de les faire tolérer ... 88[3]
Ipéca et son mode d'action ... 29[2]

J

Jaune d'œuf en injection dans la tuberculose pulmonaire ... 72[3] 312[1]
Jéjunostomie avec disposition verticale de l'anse intestinale ... 28

K

Kératites .... 32[3] 144[3] 288[3] 312[2]
— suppurées .... 8[3]
Kératocone et sa correction .... 181[2]
Kyste dermoïde de l'ovaire contenant un goitre colloïde .... 159[3]
— — portant obstacle à l'accouchement. 348[1]
— du maxillaire supérieur ..... 85[2]
— hydatique du foie, à suppuration anaérobie..... 70[1]
— — et intoxication hydatique.. 202[1]
— — du poumon et ostéopathie hypertrophiante.... 220[2]
— — du rein.... 202[3] 214[2]
— — du tendon d'Achille ... 21[3]
— — et lithiase vésiculaire ... 253[2]
Kystes hydatiques et éosinophilie... 75[2]
— — multiples de la cavité abdominale par greffe échinococcique 305[1]
— multiples à cysticerque avec convulsions épileptiformes 222[3]
— paradentaires du maxillaire inférieur .... 354[1]

L

Lactate neutre de mercure dans la syphilis .... 75[2]
Lait additionné d'acide salicylique.. 72[2]
— chez l'adulte .... 57[1]
— cru dans l'allaitement des nourrissons .... 24[1]
— de chèvre dans l'alimentation des enfants .... 128[3]
— et sa teneur en acide phosphorique .... 277[3]
Lanoline pour le pansement des plaies .... 192[1]
Laparotomie et résistance des cicatrices .... 411[2]
— et sa technique .... 396[3]
— et ses effets sur l'ascite chyleuse .... 272[1]
— et prolapsus consécutif des viscères .... 304[2]
Larmoiement dû à des glandes lacrymales accessoires .... 54[1]
Larve de mouche dans la chambre antérieure de l'œil .... 48[2]
Lavage de l'estomac dans la position déclive .... 436[3]
Lavages à l'eau salée contre la cystite tuberculeuse .... 412[2]
— de l'estomac au nitrate d'argent comme cholagogue. 136[3]
— sous pression de l'urèthre. 380[2]
Lavement ayant occasionné la mort. 61[3]
Lécithine des végétaux .... 252[1]
— et action de ses bases sur les sécrétions .... 229[1]
— et ses effets .... 165[3] 215[1]
Lécithines et leur décomposition ... 223[2]
Lèpre .... 40[2]
— et allaitement .... 23[1]
— et syringomyélie .... 173[2]
Lésions aortiques et signe de Musset. 309[1]
— — et troubles pupillaires .... 51[3]
— cérébrales en foyer et signe de Kernig unilatéral .... 371[2]
— — tardives, consécutives aux traumatismes crâniens 401[3] 410[1]
— du fond de l'œil dans la paralysie générale .... 270[1]
— intestinales et paramétrite postérieure .... 80[2]
— oculaires et cirrhose hépatique .... 85[3]
— organiques des ascendants et leur transmission expérimentale aux descendants 234[3]
— pleurales et péritonéales en cas d'affections hépatiques 79[3]
— traumatiques d'un seul rein et néphrites bilatérales.. 433[2]
— valvulaires du cœur par effort .... 169[1]
Leucémie aiguë avec septicémie .... 30[1]
Leucocytes dans le thyroïdisme expérimental .... 409[1]
— ... et leur évolution .... 401[1]
— ... et leur influence sur la digestion trypsique ... 277[3]
— iodophiles dans les épanchements séreux .... 183[2]
— — dans les états infectieux ... 23[2] 71[2]
Leucocytose après injection de sérum antidiphtérique .... 215[1]
Leucocytose dans la cholémie expérimentale .... 197[3]
— dans la pneumonie aiguë .... 207[3]
— digitalique .... 55[3]
— en cas de suppuration. 129[1] 132[3]
Leucolyse produite par l'hyperthermie expérimentale .... 254[2]
Leucomaïnes diabétogènes.... 130[1] 197[2]
Leucoplasie bucco-linguale .... 72[3]
Leucorrhée et variations de structure du mésomètre .... 346[3]
Levure de bière contre la variole... 64[3] 348[2] 359[3]
— contre les affections pulmonaires du vieillard .... 248[1]
— contre les fièvres éruptives et l'érysipèle .... 359[3]
Lichen plan de la langue .... 409[2]
Ligament rond et sa pathologie ... 339[1]
Ligature de l'aorte abdominale pour anévrysme .... 293[1]
— de l'artère innominée .... 63[3]
— de la veine cave inférieure 172[2] 423[1] 433[1]
— des vaisseaux du foie et ses effets .... 132[1]
Ligne ombilico-mamelonnaire et sa valeur séméiologique .... 46[2]
Linite plastique .... 153[1]
Lipase du sang .... 157[2] 189[1]
Lipomatose d'origine nerveuse centrale .... 60[2]
— douloureuse symétrique 419[2]
— symétrique et numération globulaire .... 418[3]
Liqueur de Fowler et antipyrine en injections hypodermiques dans la malaria .... 340[3]
Liquide céphalo-rachidien dans la céphalée syphilitique .... 60[3]
— dans la méningite tuberculeuse... 236[1] 255[1]
— dans la paralysie générale .... 269[3]
— dans la paralysie générale après les ictus .... 228[2]
— dans les affections nerveuses et mentales .... 28[2]
— des ictériques chroniques .... 52[1]
— — et son hypertension dans le rhumatisme cérébral .... 75[2]
Liquides de l'organisme et leur tension superficielle .... 128[1]
— et leur séjour dans l'estomac .... 394[2] 424[1]
Lithiase intestinale .... 130[2]
— vésiculaire .... 381[1]
Lobules hépatiques et leurs différences de volume .... 228[3]
Localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique .... 268[2]
— capsulaires .... 209[1]
Loi de Profeta .... 279[3]
Lumière rouge contre l'érysipèle .... 136[1]
— solaire contre les kératites suppurées .... 8[3]
Lupus .... 72[3] 83[2] 88[3] 148[1] 159[1] 198[3] 216[1] 229[2] 328[2] 404[2]
— de la jambe .... 23[1]
— du nez .... 53[2]
— — et bacilles tuberculeux. 424[1]
— érythémateux .... 149[3]
Luxation congénitale de la hanche. 172[3]
— de la clavicule .... 340[1]
— externe et torsion de la rotule .... 151[3]
— soudaine de la hanche au cours du rhumatisme aigu .... 76[3]
Luxations congénitales de la rotule 284[2]
Lymphadénie lymphatique aleucémique .... 345[1]
Lymphocytes et leurs mouvements. 198[2] 215[2]
Lymphocythémie aleucémique .... 378[2]
Lymphocytose rachidienne dans le zona .... 392[2] 408[2]
— — dans les syphilides pigmentaires .... 433[1]
— — et altérations méningées .... 400[2]
— — et signe d'Argyll-Robertson .... 254[1]
Lymphosarcomatose des ganglions du médiastin .... 371[1]

M

Macrodactylie lipomateuse .... 287[2]
Magnésium contre les affections vasculaires .... 427[2]
Mal de Bright et troubles circulatoires précoces .... 230[3]
Mal de Pott cervical .... 89[1]
Maladie d'Addison à évolution rapide .... 199[2]
— — à forme fruste. 93[2]
— de Barlow .... 215[2]
— de Dercum .... 419[2]
— — à forme nodulaire 423[3]
— de Dühring avec phénomènes médullaires .... 379[3]
— des ongles chez les ouvriers écharneurs de peaux .... 246[3]
— du sommeil et Plasmazellen dans les vaisseaux de l'écorce cérébrale .... 70[2]
— — et sa pathogénie ..... 7[3] 70[2]
Maladies de la déminéralisation organique .... 417[3]
— de l'estomac .... 56[1]
— épidémiques à Shanghaï et leur gravité actuelle .... 434[3]
— infectieuses et échanges organiques .... 281[1]
— — et gangrène des extrémités .... 54[2]
— — et manifestations appendiculaires .... 6[3]
— mentales et rétraction de l'aponévrose palmaire .... 291[2]
— nerveuses et mentales et cytologie du liquide céphalo-rachidien .... 28[2]
Malaria .... 272[3]
Malformations hérédo-syphilitiques de la première dentition .... 23[1]
Manifestations appendiculaires au cours des maladies infectieuses.. 6[3]
— oculaires de la syphilis et iodure de potassium .... 379[2]
Mannoses et leur utilisation .... 149[1]
Mariage et fréquence du cancer ... 317[1]
Massage au moyen du bain de mercure .... 396[1]
— contre le ptérygion .... 8[2]
— des yeux contre la migraine ophtalmique .... 348[3]
— du cou contre l'insomnie.. 420[3]
— du sein et sa technique ... 320[3]
Mastite puerpérale .... 208[3]
Matières ternaires et leur isolement dans les liquides organiques .... 252[2]
Maxillaire inférieur et sa morphologie .... 52[2]
Médecine européenne en Extrême-Orient .... 434[3]
Médecins étrangers en Espagne .... 417[2]
Médicaments d'épargne .... 126[3]
— héroïques et unification internationale de leur formule .... 336[3]
— inermes .... 217[1]
Mélanodermie d'origine biliaire simulant la maladie d'Addison .... 228[3]
Mélanodermies et cholémie familiale 158[1]
Mélanosarcomes multiples .... 135[2]
Membrane endolaryngienne .... 200[1]
Méninges et leur imperméabilité au mercure .... 433[2]
— et leur réaction aux bacilles pseudo-tuberculeux .... 229[1]
Méningite aiguë récidivante terminée par la guérison .... 388[2]
— terminée par guérison .... 69[3]
— cérébro-spinale .... 184[3] 370[1]
— — avec paralysie brachiale radiculaire du type supérieur .... 39[3]
— — avec surdité temporaire .... 423[3]
— — et infections secondaires .... 235[2]
— — et ses suites éloignées .... 433[1]
— — et son étiologie 221[3]
— — guérie ... 401[1] 423[3]
— et lésions corticales .... 270[3]
— pneumococcique .... 378[3]
— tuberculeuse .... 165[3] 248[1]
— — avec séroréaction positive .... 174[2]
— — chez une hystérique .... 379[1]
— — et toxicité du liquide céphalo-rachidien .... 236[1]
— — et virulence du liquide céphalo-rachidien .. 255[1]
— — guérie ... 285[2] 411[3]
Méningites .... 377[1]
— purulentes .... 61[1]
Méningomyélites chroniques .... 200[1]
Ménorrhagies et variations de structure du mésomètre .... 346[3]
Menthol et cocaïne contre le coryza. 184[3]
— et ses préparations aqueuses 428[2]
Mercure dans la fièvre typhoïde .... 134[1]
— et doses auxquelles il convient de l'employer .... 137[1]
— et ses composés organiques 135[2]
Méta-arsinate d'aniline en dermatologie .... 93[3]
Métatarsalgie .... 280[2]
Méthylarsinate disodique contre le paludisme .... 59[3]
Métrite hémorrhagique .... 184[3]
Métrorrhagies .... 144[1]
Microbe de la dysenterie épidémique 244[2]
Microorganismes de l'air dans les salles d'hôpital .... 418[2] 432[1]
Migraine ophtalmique .... 348[3]
Migration du testicule et fièvre rémittente .... 221[3]
Minéralisation de l'organisme contre la tuberculose pulmonaire .... 197[1]
Moignon dans les amputations du membre supérieur .... 55[2]
Moignons d'amputation .... 118[3]
Moisissures et poison pellagreux... 294[2]
Môle hématique .... 310[2]
— hydatiforme et son diagnostic. 174[1]
Monoplégies diphtériques expérimentales .... 370[2]
Morphée tubéreuse et morphée atrophique chez le même sujet ... 159[2]
Morphine et sa toxicité chez les jeunes animaux .... 8[1]
— et scopolamine comme anesthésique obstétrical 404[2]
Mort à la suite de l'administration d'un lavement .... 61[3]
— apparente du nouveau-né .... 264[3] 372[2]
— au cours de la chloroformisation .... 28[1] 43[2] 59[3] 69[1] 75[1] 84[1] 92[3]
— dans la péritonite par perforation .... 31[1]
— subite ou rapide d'origine gastrique .... 83[2]
Mortalité comparée des armées française et allemande .... 399[1]
Morve et son diagnostic par l'agglutination .... 95[3]
— humaine .... 309[3] 370[1]
Moteur-muscle et travail positif ... 189[1]
Moustiques et fièvre jaune .... 252[2]
Moût comme succédané de la cure de raisin .... 48[2]
Muguet .... 160[2]
Muqueuse nasale et modifications de ses vaisseaux dans les néphrites .... 292[2]
Muscle carré du menton et son innervation .... 134[1]
Muscles antagonistes et leur fonctionnement dans les mouvements volontaires .... 51[2]
Mycétome du pied .... 213[3]
Mycosis fongoïde .... 198[2]
Myélite antérieure aiguë et traumatisme .... 245[1]
— diffuse par intoxication oxycarbonée .... 285[3]
Myélorrhaphie .... 216[1]
Myiase intestinale .... 29[3]
Myocardite subaiguë primitive et asystolie progressive .... 107[1]
Myopathie atrophique progressive post-traumatique .... 22[2]
Myosite suppurée primitive .... 108[1]
Myospasie athétosique .... 238[3]
Myxœdème fruste ou infantilisme... 93[2]

N

Nævus à distribution zoniforme et métamérique .... 23[1]
Nagana au Chari .... 418[1]
— et son évolution selon les espèces animales .... 196[3]
Narcose chez les Javanais .... 62[3]
Nécrose graisseuse diffuse et traumatisme .... 339[1]
Néoplasmes de la capsule rénale ... 191[1]
Néphrite due aux préparations salicylées .... 340[2]
— tuberculeuse diffuse .... 108[1]
Néphrites.... 29[2] 45[2] 132[2] 207[1] 397[1]
— bilatérales consécutives aux lésions traumatiques d'un seul rein .... 433[2]
— et élimination des chlorures .... 157[3] 165[1]
— et hypertrophie du cœur. 379[3] 402[1]
— et modifications des vaisseaux de la muqueuse nasale .... 292[2]
— et phénomènes toxémiques 375[1]
— interstitielles et coloration du sérum .... 105[3]
— primitivement unilatérales et lésions consécutives de l'autre rein .... 273[1]
— scléreuses chroniques et éliminations urinaires.. 400[3]
Néphropexie et sa technique .... 286[3]
Néphrotomie contre l'anurie calculeuse .... 364[1]
— exploratrice .... 132[3]
— sans drainage pour calcul rénal .... 369[2]
Néphrotoxines .... 172[2]

Nerfs pneumovasomoteurs .... 148[3]
— trophiques de la cornée ..... 198[2]
Neurasthénie .... 144[2]
Névralgie du grand sympathique ... 237[2]
Névralgies .... 116[1] 356[1] 423[2]
— zostériennes .... 436[3]
Névrite tuberculeuse et atrophie musculaire .... 423[2]
Névrites ascendantes et syringomyélie .... 60[3]
— d'origine périphérique .... 376[2]
— périphériques post-scarlatineuses .... 220[2]
Névroglie et sa réaction en présence du virus rabique .... 183[2]
Névropathie urinaire .... 372[2]
Névrose traumatique .... 402[3]
Nitrate d'argent en lavages de l'estomac comme cholagogue .... 136[3]
— — en solution forte contre le muguet .... 160[2]
— — et électricité contre la glossite chronique .... 208[3]
— et nitrite de potasse contre l'hypertension artérielle chronique .... 247[2]

O

Obsessions et leur passage au délire 268[1]
Obstruction du gros intestin et dilatation du cæcum .... 131[2]
Occlusion de l'orifice tricuspide par lésions d'origine fœtale 326[1]
— intestinale .... 362[3]
— — à la limite du duodénum et du jéjunum .... 435[3]
— — due à des ascarides .... 239[1]
— — et auto-intoxication .... 46[2]
— — par brides péricoliques .... 150[2] 214[1] 219[3]
— — par calculs biliaires .... 252[3]
— — partielle .... 200[2]
Œdème bulleux de la vessie causé par un pessaire .... 292[3]
— hémorrhagique aigu de la face et crises gastriques du tabes .... 388[3]
Œdèmes cutanés et sclérodermie ... 85[3]
— localisés héréditaires ayant entraîné la mort .... 347[1]
Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage .... 40[1] 134[2]
Ombilic et son anatomie .... 295[3]
« Oospora » comme cause de dégénérescence calcaire et de lésions osseuses .... 252[2]
Opération conservatrice sur le testicule .... 411[3]
— de Delorme .... 363[2]
— de Gritti .... 408[1]
— de Talma .... 75[3] 132[1]
Opérations chirurgicales et scarlatine .... 33[1]
— sur l'abdomen et gastrorrhagies consécutives .... 292[1]
Opothérapie mammaire contre les fibromes utérins .... 320[2]
Orchidotomie exploratrice .... 11[3]
Orchite par effort .... 407[3]
— tuberculeuse chez un enfant de trois semaines .... 166[3]
Orchites infectieuses et substances toxiques de l'urine .... 183[3]
Oreillons .... 280[3]
— et pneumococcie .... 378[2]
Organes visuels et leur formation .. 14[3]
Os mort et son implantation .... 118[3]
Ostéo-arthropathie hypertrophiante non pneumique .... 51[3]
Ostéomyélite grave polymicrobienne non suppurative .... 115[1] 157[2]
Ostéopathie hypertrophiante et kyste hydatique du poumon .... 220[2]
Ostéotomie pour genu valgum double 291[2]
Othématome des aliénés .... 48[1]
Otite moyenne chronique sèche .... 372[3]
— — et ses complications .... 353[3]
— — purulente chronique chez les enfants .... 160[3]
— — suppurée et érysipèle 222[3]
— purulente avec thrombose de la jugulaire et gangrène pulmonaire .... 160[1]
Otites moyennes aiguës et leur bactériologie .... 345[3]
Ouraques demeurés ou redevenus perméables .... 16[1]
Ouverture de la vessie au cours d'une cure radicale de hernie .... 408[2]
Oxygène dans l'intestin contre la péritonite tuberculeuse .... 369[1]
— en injections intraveineuses 184[1]
— — intraveineuses chez l'homme 243[1]
Oxymel scillitique contre la coqueluche .... 248[3]
Ozène .... 312[3]
Ozone contre l'otite moyenne chronique sèche .... 372[3]

P

Paludisme .... 59[3] 340[3]
— et anophèles .... 161[1]
— et béribéri .... 130[2]
— et cancer .... 29[3]
— et érythème scarlatiniforme .... 135[2]
— et fièvre typhoïde .... 94[3]
Panaris avec nécrose de l'os .... 224[2]
Pancréatite chronique interstitielle. 339[2]
— hémorrhagique aiguë .. 296[3]
— suppurée .... 362[1]
Pannus granuleux .... 32[3]
Pansement sur le champ de bataille 117[1]
Pansements au moyen de quinine en suspension dans l'huile de foie de morue .... 64[3]
Papillomes du bassinet .... 132[2]
Parabiose des nerfs .... 354[3]
Paracentèse de la trachée .... 14[3]
Paraffine et son emploi en guise de protective .... 207[3]
Paralysie ascendante aiguë avec névrite radiculaire sans lymphocytose .... 400[2]
— brachiale radiculaire du type supérieur au cours d'une méningite cérébro-spinale .... 39[3]
— cardiaque mortelle à la suite de la chloroformisation .... 204[3]
— de la cuisse .... 364[2]
— faciale au cours de la syphilis secondaire 392[3]
— consécutive à des injections d'antipyrine .... 320[2]
— syphilitique précoce .... 199[1]
— générale et fausse grossesse .... 269[1]
— — et lésions du fond de l'œil .. 270[1]
— — vasculaires du cerveau .... 255[3] 434[2]
— — et liquide céphalo-rachidien .... 269[3]
— — et liquide céphalo-rachidien à la suite des ictus. 228[2]
— — et Plasmazellen dans les vaisseaux de l'écorce cérébrale. 70[2]
— — et son hématologie .... 29[1] 393[2]
— — et surdité verbale 355[2]
— — et traitement spécifique .... 271[1]
— — précoce chez une débile hérédo-syphilitique .... 270[2]
— hystéro-saturnine du nerf radial .... 76[3]
— infantile .... 246[3]
— labio-glosso-laryngée simulant l'idiotie .... 39[2]
— pseudo bulbaire par artériosclérose .... 76[1]
— saturnine due à l'usage d'une trompette à embouchure plombifère ... 150[3]
— spinale antérieure aiguë . 105[2]
Paralysies cérébrale et spinale infantiles .... 377[2]
— diphtériques expérimentales .... 394[1]
Paramétrite postérieure et lésions intestinales .... 80[2]
Paramyoclonus multiplex guéri à la suite d'une violente émotion .... 271[1]
Paraplégie spasmodique par compression médullaire .... 135[1]
— syphilitique .. 60[1] 93[1]
Parapsoriasis .... 291[1]
Parasitisme vermineux et éosinophilie .... 378[3]
Parésie brachiale consécutive à une méningite pneumococcique .... 378[3]
Paronyxis tuberculeux d'inoculation .... 247[1]
Pasteurelloses et leur vaccination .. 181[2]
Pédieuse et sa ligature .... 32[2]
Pelade .... 200[3]
— et son étiologie 52[3] 84[3] 93[1] 198[3]
Pellagre et acétonurie .... 376[1]
— et moisissures altérant le maïs .... 294[2]
Pemphigus chronique des voies aériennes supérieures .... 86[2]
— congénital syphilitique respectant la paume des mains et la plante des pieds .... 95[3]
— folliacé avec lésions médullaires .... 149[3]
Perceptions visuelles subjectives à l'état normal .... 371[1]
Percussion .... 139[2]
— et auscultation osseuses combinées .... 336[2]
Perforation du sinus longitudinal supérieur .... 263[3]
— intestinale d'origine typhique .... 203[1] 214[2]
Péri-arthrite scapulo-humérale .... 133[3]
Péricardite brightique et frottement très étendu .... 324[1]
— suppurée et appendicite. 87[3]
Périnéorrhaphie chez une fillette de neuf ans .... 238[2]
— et sa technique ... 392[2]
Périthéliome de l'utérus .... 172[3]
Péritonite .... 121[1] 131[2]
— adhésive diffuse, suite d'appendicite .... 230[1]
— à gonocoques .... 238[3]
— consécutive aux lésions traumatiques sous-cutanées de l'intestin ...... 271[1]
— par épanchement du contenu stomacal .... 130[3]
— par perforation chez un nouveau-né 296[1]
— — et causes de la mort ..... 31[1]
— — vaginale et injection de sublimé dans le péritoine ..... 214[1]
— par propagation dans la fièvre typhoïde .... 246[3]
— tuberculeuse .... 45[1] 55[1] 369[1]
— — à forme ascitique ... 312[3]
— — chez l'enfant 325[2]
Pérityphlite .... 280[2]
Permanganate de potasse contre le lupus 23[1] 159[1]
— — contre le psoriasis .... 159[1]
— — contre les brûlures .... 108[3]
Pertes de substance de la paupière inférieure .... 160[1]
— des canaux à revêtement épithélial .... 61[2]
— — étendues de l'urèthre .... 325[2]
Pesée journalière des cardiaques ... 207[2]
Peste .... 436[2]
— chez les rats à Odessa .... 150[1]
— et sa transmission expérimentale par les puces des rats. 433[3]
— et son vaccin .... 197[1]
Petit pectoral et son absence .... 370[1]
Phagédénisme syphilitique chronique diffus .... 379[1]
Phénomène du phrénique dans la tétanie .... 240[1]
Phénomènes toxémiques dans les néphrites .... 375[1]
Phlébite de la veine cave supérieure. 60[2]
Phlébites syphilitiques secondaires .... 49[1] 393[1]
Phlébolithes ovariennes simulant des calculs urétéraux .... 287[1]
Phlébosclérose des veines superficielles des membres .... 165[1]
Phlegmon gangreneux du scrotum et appendicite herniaire .... 104[3]
Phobie gémellaire .... 355[3]
Phosphates et leur élimination dans la pneumonie et la fièvre typhoïde .... 106[1]
— et leur élimination dans les affections aiguës. 165[1]
Phosphore contre la pelade .... 200[3]
— des tissus animaux .... 407[3]
— organique dans la tuberculose pulmonaire .... 101[2]
Photothérapie .... 147[3]
— de la neurasthénie .. 144[2]
— du lupus .... 83[2] 148[1]
Pied bot .... 39[1] 199[2]
— — congénital et son redressement manuel .... 364[2]
— — d'origine paralytique ..... 364[2]
— — de Madura .... 213[3]
— plat .... 46[1] 347[3]
Pie-mère et innervation de ses vaisseaux .... 268[3]
Pigmentation de la peau dans la grossesse .... 347[2]
Pigments biliaires et leur recherche .... 387[3] 398[2]
Pilocarpine pour l'extraction des corps étrangers de la cornée .... 328[3]
Placenta de brebis et son action sur la glande mammaire .... 45[1]
Plaie de la carotide primitive .... 200[1]
— de la moelle cervicale par instrument tranchant .... 324[2]
— de l'estomac par coup de feu. 361[3]
— du cœur par coup de revolver .... 133[3] 251[2]
— du crâne avec destruction du centre moteur du bras gauche .... 92[1]
— du péricarde par coup de feu 395[3]
— pénétrante du canal rachidien par coup de couteau .... 134[3]
— — du crâne par balle de revolver .... 295[2]
Plaies de l'uretère .... 280[1]
— du cholédoque .... 132[2]
Plaies du cœur .... 92[1] 352[1]
— du péricarde .... 352[1]
— et leur pansement par la lanoline .... 192[1]
— — par la quinine 64[3]
— infectées .... 288[2]
— pénétrantes de l'abdomen .. 190[2]
Plasmazellen dans les vaisseaux de l'écorce cérébrale au cours de la maladie du sommeil .... 70[2]
Pleurésie avec épanchement .... 139[3]
— interlobaire .... 206[1]
— rhumatismale et cytologie de son épanchement ... 28[3]
— séreuse et triangle paravertébral opposé .... 376[2]
Pleurésies aiguës tuberculeuses .... 193[1]
— biliaires .... 235[2]
— récidivantes .... 18[2]
— séro-fibrineuses .... 30[1]
Plèvre et sa perméabilité dans la pleurésie rhumatismale .... 28[3]
Plèvres interlobaires et leur radioscopie .... 75[2]
Plomb et sa recherche dans les organes des saturnins .... 52[1]
Plombage des os .... 419[1]
Pneumococcie et oreillons .... 378[2]
Pneumogastrique et fibres inhibitrices du cœur .... 402[2]
Pneumonie .... 144[3] 387[1] 388[3]
— aiguë et leucocytose .... 207[3]
— et élimination des phosphates .... 106[1]
— et résonances tympaniques .... 30[3]
— et varices multiples .... 23[1]
— infantile et abolition du réflexe rotulien .... 419[3]
— latente .... 293[2]
— lobaire et sa résolution .. 78[1]
Podophyllin et troubles oculaires qu'il provoque .... 50[2]
Poliomyélite infantile et troubles de la sudation .... 190[2]
Polyglobulie et cyanose dans les affections du cœur .... 235[3]
Polymyosite aiguë consécutive à la coqueluche .... 371[2]
Polynucléose du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux à la suite des ictus .... 228[2]
Polype sous-muqueux du jéjunum et invagination .... 310[3]
Ponction lombaire contre la céphalée syphilitique .... 60[3]
— — contre les méningites .... 377[1]
— — contre les méningites purulentes 61[1]
— — contre les névralgies zostériennes .... 436[3]
— — et sa technique .... 65[1]
— — et ses accidents .... 201[1]
— — pour le diagnostic de l'hémorrhagie méningée .... 215[3]
Ponctions lombaires contre la méningite cérébro-spinale .... 370[1]
— — contre la stupeur lypémaniaque ... 337[3]
Position du corps et son influence sur l'évacuation de l'estomac ..... 173[2]
Pouls aortique dans les anévrysmes de l'aorte .... 128[1]
— et son ralentissement dans les suites de couches .... 55[1]
— instable et hypotension artérielle .... 129[3]
— lent permanent par ischémie bulbaire .... 244[3]
— veineux présystolique du foie. 148[3]
Précipitines .... 44[3] 104[2] 106[2] 143[1]
Première phalange du gros orteil pour remplacer l'extrémité inférieure du radius .... 122[1]
Préparations calcaires contre la tuberculose pulmonaire 412[3]
— salicylées et leurs effets nuisibles sur les voies urinaires .... 340[2]
Pression artérielle de l'homme ..... 277[3]
— osmotique du chyle .... 184[1]
— sanguine dans la narcose à l'éther et au chloroforme .... 77[1]
— — et sa variabilité .... 216[1]
— — et surmenage aigu du cœur .... 149[1]
— unilatérale sur le thorax dans la pneumonie .... 387[1]
Procidence vaginale .... 423[1]
Professions et fréquence du cancer . 314[3]
Prolapsus du rectum .... 131[3] 240[1]
— post-opératoire des viscères .... 304[2]
— recto-périnéal .... 92[3]
— vésicaux .... 72[1]
Prophylaxie des maladies infectieuses en Allemagne .... 406[3]
Prostatectomie .... 355[1]
— périnéale complète .. 83[2]
— subtotale .. 345[1]
Prostatopexie sub-périnéale .... 426[3]
Protozoaires du tube digestif et leur valeur diagnostique .... 183[3] 189[3]

Prurigo de Hebra ... 229[3]
— d'origine biliaire ... 255[1]
Prurit ... 420[3]
— vulvaire ... 64[2]
Pseudo-appendicite ... 105[1]
Pseudo-hermaphrodisme ... 105[2]
Pseudo-hypertrophie du nerf médian et macrodactylie lipomateuse ... 287[2]
Pseudo-leucémie tuberculeuse ... 76[1]
Pseudo-tabes diabétique et état des réflexes ... 393[1]
Pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire ... 253[3]
Psoriasis ... 159[1]
— d'origine émotive ... 198[3]
Psycho-physiologie de la vessie ... 215[1]
— — des mourants ... 303[2]
Ptérygion ... 8[2] 280[3]
Ptosis ... 256[1]
Purgatifs et leur introduction directe dans l'intestin au cours des laparotomies ... 8[3]
Purpura hémorrhagique ... 355[3]
Purpuras et leur formule hématologique ... 355[3]
Pyoctanine bleue contre les ascites. 96[2]
Pyodermite persistante ... 199[1]
Pyopneumothorax de nécessité ouvert spontanément ... 39[3]
Pyridine en inhalations contre la coqueluche ... 280[2]
Pyroplasmose du chien ... 202[1]
Pyurie et diagnostic de sa cause ... 103[3]

Q

Quinine contre le lupus érythémateux ... 149[3]
— en suspension dans l'huile de foie de morue comme moyen de pansement ... 64[3]
— et sa fluorescence ... 403[2]

R

Raccourcissement des ligaments ronds par voie vaginale ... 285[3]
Races et fréquence du cancer ... 313[1]
Rachicocaïnisation ... 55[3]
Rachitisme ... 142[2]
Radica-Doodica et leur séparation .. 128[2]
Radiographie des mouvements de l'intestin ... 191[1]
— des uretères cathétérisés ... 167[2]
Radioscopie des plèvres interlobaires 75[2]
— pour l'extraction des corps étrangers ... 272[2]
Radiothérapie de la teigne faveuse. 199[1]
— des cancers accessibles ... 425[3]
— des dermatoses ... 16[2]
— du lupus ... 88[3]
— et télangiectasies ... 184[2]
Radium contre le lupus ... 229[2] 404[2]
— et sa perception dans la cécité ... 134[1]
Rage avec présence du virus dans la cicatrice de morsure ... 378[1]
— des rues ... 198[2]
— et réaction de la névroglie ... 183[2]
— et sa non-transmission de la mère au fœtus ... 191[3]
— et son diagnostic histologique. 175[2]
— et son immunisation ... 401[2]
Raideurs articulaires consécutives aux traumatismes ou à l'immobilisation prolongée ... 23[3]
Rate et sa circulation ... 199[3]
— et sa fonction hématolytique .. 252[1]
— et son volume pendant la grossesse ... 255[2]
Réaction antagoniste ... 95[1]
— de Storch et son absence dans un cas d'intolérance du lait maternel ... 237[2]
Rééducation dans l'hémiplégie ... 338[2]
Réflexe d'accommodation binauriculaire ... 255[3]
— lacrymal dans l'hémianesthésie faciale ... 188[2]
— rotulien et son abolition dans la pneumonie infantile ... 419[3]
Réflexes plantaires et leur étude graphique ... 143[2]
— tendineux et leur épuisement ... 280[1]
Réfraction de l'œil et excitation du sympathique cervical ... 183[3]
— — humain et ses variations suivant l'éclairage ... 227[3]
Réfrigération au moyen de pulvérisations de chlorure d'éthyle contre les cancers ... 319[3]
— contre le chancre mou 152[2]
Régime lacté chez l'adulte ... 57[1]
Région lombaire et sa topographie. 65[1]
Rein et sa teneur en graisse ... 149[2]
— mobile et affections pelviennes chez la femme ... 231[2]
Reins et leur transplantation ... 85[3]
Repos contre la constipation d'origine nerveuse ... 32[3]
Résection contre la tumeur blanche du genou ... 181[1]
— costale ... 272[1]
— de l'intestin ... 424[3]
— des canaux déférents contre l'hypertrophie prostatique ... 77[3] 115[2]
— du nerf honteux interne contre le vaginisme et le prurit vulvaire ... 64[2]
— étendue de l'intestin grêle 363[1] 371[3]
— large de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus maxillaire 343[2]
Résonance tympanique dans la pneumonie ... 30[3]
Résonateurs de haute fréquence et leur réglage ... 277[3]
Résorcine contre le lupus ... 216[1]
Rétraction atrophique de l'estomac. 220[1]
— de l'aponévrose palmaire chez les aliénés ... 291[2]
Rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre membraneux ... 228[1]
— circulaire de la trachée ... 427[2]
— de l'angle gauche du côlon ... 142[3] 214[1]
— de l'isthme de l'aorte 419[2]
— des voies lacrymales chez les petits enfants ... 16[2]
— du rectum ... 86[3]
— mitral ... 87[2]
— sous-aortique ... 423[3]
Rétrécissements tuberculeux de l'intestin ... 46[3] 327[2] 371[2]
Rétrodéviations utérines ... 47[3]
— — chez les jeunes filles et les nullipares ... 88[1]
Rétroversion utérine ... 347[2]
Rhinelcose et lésions des cordons postérieurs de la moelle ... 69[2]
Rhino-pharyngite typhoïdique à bacilles d'Eberth ... 400[3]
Rhinoplastie au moyen de l'annulaire gauche ... 180[2]
Rhinosclérome et sa pathogénie ... 168[1]
Rhumatisme ... 234[3]
— aigu et luxation soudaine de la hanche .. 76[3]
— articulaire aigu ... 230[3]
— — chez un nourrisson ... 378[1]
— cérébral et hypertension du liquide céphalo-rachidien ... 75[2]
— de l'articulation temporo-maxillaire ... 86[3]
— et angine ... 62[2]
— tuberculeux abarticulaire ... 234[2]
— vertébral ... 296[1]
Rougeole et sinusite frontale ... 189[3]
— volante des Chinois ... 434[3]
Rupture de la vessie ... 134[1]
— — par fracture du bassin ... 228[1]
— de l'utérus pendant le travail ... 337[2]
— périnéale chez l'enfant se présentant par le siège .. 238[2]
Ruptures itératives de l'utérus ... 247[3]
Rythme couplé du cœur et digitale ... 134[3]
— vital ... 387[2]

S

Sac lacrymal et son incision ... 256[3]
Sactosalpinx hemorrhagica ... 63[3]
Saignée contre les céphalées rebelles ... 328[3]
Salicylate de mercure en injections contre la syphilis ... 168[3]
— de soude en injections sous-cutanées ... 234[3]
— — et belladone à hautes doses contre l'appendicite ... 272[3]
— — et son mode d'emploi ... 80[3]
Salicylates à haute dose contre le rhumatisme articulaire aigu ... 230[3]
Salles d'hôpital et microorganismes de l'air ... 418[2] 432[1]
Salol contre la dysenterie ... 436[3]
Sang dans la blennorrhagie aiguë .. 435[3]
— dans la chloroformisation ... 61[1]
— dans la coqueluche ... 44[3]
— dans l'adénopathie trachéobronchique ... 44[3]
— dans la paralysie générale ... 393[2]
— dans la tuberculose expérimentale ... 165[2]
— des diabétiques ... 181[3]
— des ictériques ... 254[3]
— des syphilitiques, des tabétiques et des paralytiques généraux ... 29[1]
— du fœtus humain ... 106[1]
— du nouveau-né et sa teneur en fer ... 198[2]
Sang et augmentation de sa concentration moléculaire dans l'épilepsie expérimentale ... 158[3]
— et dosage des sucres qu'il contient ... 69[1]
— et électrisation du sciatique ... 418[3]
— et ligature du pédicule rénal .. 424[1]
— et sa fonction lipolytique ... 92[2]
— et sa composition après néphrectomie double ... 149[3]
— et sa concentration après la suppression de l'élimination rénale ... 106[1]
— et sa cryoscopie dans les néphrites ... 132[2]
— et sa teneur en hématies sous l'influence de la dépression barométrique ... 158[3]
— et son examen clinique .. 129[1] 132[3]
— et variations de son iode ... 252[1]
— humain et sa différenciation ... 104[2]
Santonine contre les douleurs fulgurantes des tabétiques ... 224[3]
« Sarcocystis tenella », parasite de l'homme ... 181[3]
Sarcome du mésentère et résection de 3 mètres d'intestin ... 371[3]
Sarcomes et sarcomatoses du système nerveux ... 269[2]
— primitifs du foie ... 326[3]
Saturnisme chez les marbriers ... 403[1]
— simulant la tétanie ... 278[3]
Savon noir en frictions contre la péritonite tuberculeuse ... 45[1]
— ordinaire en frictions contre l'hyperhidrose plantaire ... 356[2]
Scarlatine ... 96[3]
108[3] 224[3] 312[1] 338[1] 394[2]
— chirurgicale ... 33[1]
— et angines ... 158[2]
— et gangrène des extrémités 54[2]
— et névrites périphériques. 220[2]
— et prétendue infectiosité des squames ... 340[1]
— et tuberculose ... 220[2]
— hémorrhagique bénigne .. 62[3]
Sciatique ... 288[3]
— rebelle ... 24[2]
Sclérodermie et œdèmes cutanés ... 85[3]
Sclérose de l'interlobe ... 75[2]
— du poumon avec déviation des gros vaisseaux et de la base du cœur ... 70[1]
— en plaques infantile hérédo-syphilitique ... 269[3]
Scoliose dite sciatique ... 80[2]
Scopolamine et morphine comme anesthésique obstétrical ... 404[2]
Scorbut infantile ... 215[2]
Secousses rythmiques de la tête ... 198[1]
309[1] 376[3] 410[2]
— — de la tête dans l'hypertension artérielle ... 368[3]
Sécrétion pancréatique et son action sur l'albumine ... 198[1]
Sécrétions pancréatiques active et inactive ... 75[2]
Section complète de la moelle épinière ... 216[1]
— des vaisseaux du cordon et ses effets ... 227[3] 235[1]
Sel en excès dans l'alimentation comme cause de cancer ... 87[1]
— et sa privation pour faire tolérer les iodures ... 88[3]
Selles graisseuses ... 149[3]
Sensibilité musculaire et sa mesure. 197[2]
— spéciale des poils ... 263[1]
Séparation instrumentale des urines 83[3]
Septicémies gynécologiques ... 56[2]
— métadiphtériques ... 183[1]
Séroréaction dans l'infection pyocyanique chez l'homme ... 393[3]
Sérum agglutinant le sperme ... 47[1]
— anticancéreux ... 29[1] 142[3] 411[2]
— anticoquelucheux ... 233[1]
— antidiphtérique à titre préventif ... 39[2]
92[1] 128[3]
— — bactéricide ... 420[1]
— — contre l'érysipèle ... 328[3]
— — en injections intraveineuses ... 428[3]
— — et accidents syncopaux .. 152[3]
— — et leucocytose qu'il détermine ... 215[1]
— antimorphinique ... 394[3]
— antirabique ... 401[2]
— antiscarlatineux ... 108[3] 338[1]
— antistreptococcique ... 133[1] 263[3]
— — contre la chorée ... 412[1]
— — contre la fièvre puerpérale .. 294[3]
— — contre la scarlatine ... 394[2]
— antitétanique ... 255[2] 362[1]
— artificiel contre le purpura hémorrhagique ... 355[3]
— — en injection dans la veine ombilicale contre l'asphyxie du nouveau-né ... 200[2]
Sérum artificiel en injections contre les brûlures ... 380[3]
— — en injections épidurales contre la névropathie urinaire. 372[3]
— — en injections et rétention des chlorures. 150[2]
— — en lavements contre les vomissements incoercibles de la grossesse ... 23[3]
— glycosé et son emploi en chirurgie ... 116[2]
— de cheval normal ou immunisé contre la tuberculose ... 377[3]
— — pour prévenir l'infection des plaies 7[1]
— de jeunes animaux contre le cancer ... 192[3]
— de Trunecek dans l'artériosclérose ... 189[2] 197[2]
— et sa coloration dans les néphrites interstitielles ... 105[3]
— et sérosités pleurale et péritonitique, et leur action hémolytique ... 28[3]
— gélatiné contre la péritonite tuberculeuse à forme ascitique .. 312[2]
— — contre les anévrysmes ... 104[3] 106[3]
— — et tétanos ... 256[1]
— humain et son action sur le trypanosome du nagana ... 142[1]
— névrotoxique ... 368[3]
— sanguin et abaissement de son pouvoir lipasique ... 355[2]
— — et sa résistivité électrique dans les états pathologiques ... 244[3]
— — et ses ferments ... 368[3]
— — et son pouvoir hémolytique ... 172[2] 377[2]
— — normal contre la scarlatine ... 312[1]
Sérums précipitants ... 44[3]
104[3] 106[2] 143[1]
— sanguins normaux et leurs propriétés physiques ... 142[3]
— spécifiques et leurs propriétés préventives ... 225[1]
— — pour la différenciation des viandes ... 94[1]
Shock opératoire et sa prévention .. 340[3]
Signe d'Argyll-Robertson et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ... 254[1]
— — et syphilis ... 270[1]
— de Kernig unilatéral et lésions cérébrales en foyer ... 371[2]
— de Musset ... 198[1]
309[1] 368[3] 376[3] 410[2]
— d'Oliver-Cardarelli ... 376[3]
Sinusite frontale au cours de la rougeole ... 189[3]
Solutions iodurées en collyre contre la cataracte ... 56[2]
— salées faibles en injections rectales lentes contre les septicémies gynécologiques ... 56[2]
— salines concentrées et leurs effets sur la pression artérielle ... 29[2]
Souffles extracardiaques et leur mécanisme ... 393[3]
Soufre comme succédané de l'iodoforme ... 312[2]
— contre la dysenterie ... 396[2]
— contre la fièvre typhoïde .. 232[2]
Sozoiodolates contre les conjonctivites ... 256[2]
Spasme du pylore et fibromyome ... 75[1]
Spéculums trop lourds et leurs inconvénients ... 200[3]
Sperme et sa réaction biologique ... 47[1]
Spina-bifida traité par la cure radicale ... 263[2]
Splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang. 373[1]
— du type myéloïde sans myélocythémie ... 44[3]
— et compression de l'uretère ... 325[3]
— expérimentale ... 224[1]
Staphylococcie ... 167[1]
Stase artificielle contre les raideurs articulaires ... 23[3]
Sténose hypertrophique du pylore .. 153[1]
Sténoses cicatricielles du pylore consécutives à l'ingestion de liquides caustiques ... 236[1]
Stomatite ulcéro-membraneuse chez les enfants ... 160[3]
Stomatites urémiques ... 109[1]
Streptocoque du sang des épileptiques ... 21[3]
— et son hémolysine .. 62[1]
Streptocoques et leurs différentes espèces ... 263[3]
Strychnine à hautes doses comme stimulant du système nerveux et du cœur ... 192[2]

Strychnine et ses effets sur les divers éléments anatomiques........... 229[2]
Stupeur lypémaniaque............ 337[3]
Sublimé contre la scarlatine........ 96[3]
— en injections intraveineuses contre l'infection charbonneuse .... 412[3]
Subluxation du pubis avec rupture de l'urèthre membraneux .... 172[1]
— par élongation du radius chez l'enfant.... 22[1]
Substances solubles et leur rôle dans la transmission des tares pathologiques des ascendants......... 413[1]
Suc gastrique et destruction des larves d'ankylostome .... 71[3]
— hépatique contre le prurit et l'urticaire post-sérothérapiques........... 394[1]
Sucres du sang et leur dosage...... 69[1]
Sudation et ses troubles dans la poliomyélite infantile et le zona.... 190[2]
Suites de couches et ralentissement du pouls............. 55[1]
Sulfate de quinine contre la diarrhée infantile............. 264[3]
Sulfates en injections sous-cutanées et leur élimination............ 158[2]
Sulfocyanures et leur emploi thérapeutique........... 424[3]
Superembryonnement avec un fœtus syphilitique et l'autre sain........ 278[3]
Suppurations chroniques du sinus maxillaire........ 343[2]
— collectées des annexes 78[1]
— et leur diagnostic 129[1] 132[3]
— sous-phréniques. 97[1] 120[3]
Suralimentation et ses dangers.... 76[2]
Surdité verbale dans la paralysie générale.......... 355[2]
Surmenage aigu du cœur et pression sanguine........ 149[1]
— musculaire et capsules surrénales........ 408[3]
Suspension et corset plâtré contre les méningomyélites chroniques.. 200[1]
Suture destinée à prévenir les éventrations post-laparotomiques .... 24[3]
— osseuse immédiate contre les fractures .... 117[3]
Sutures à points séparés et leur technique........... 372[3]
Sympathique cervical et effets de sa résection........ 219[2] 407[2]
— — et son action sur la réfraction de l'œil..... 183[3]
Symphyséotomie avec drainage de la cavité de Retzius........ 286[1]
Symptômes nerveux dans la fièvre typhoïde .... 293[3]
Syncopes consécutives à des injections de sérum antidiphtérique... 152[3]
Syndrome de Babinski.......... 51[3]
— de Raynaud et circulation cutanée de la main.... 270[2]
— oculo-pupillaire dans la tuberculose pulmonaire. 183[1]
Syphilide pigmentaire avec céphalée matutinale et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien...... 433[1]
Syphilis........ 75[2]
135[2] 137[1] 168[1] 168[3] 228[1] 428[1]
— ancienne et rhinelcose...... 69[2]
— binaire et hérédité syphilitique....... 206[2]
— comme cause de tabes.... 295[1]
— et anémie qu'elle provoque. 80[1]
— et arthrites....... 78[2]
— et exophtalmie par gomme des muscles extrinsèques de l'œil........ 294[2]
— et fonctionnement de l'estomac....... 327[1]
— et paralysie faciale....... 199[1]
— et sa réinfection....... 419[2]
— et ses rapports avec la chancrelle....... 19[3]
— et signe d'Argyll-Robertson 270[1]
— et son hématologie....... 29[1]
— et son microbe....... 93[3]
— et troubles de la nutrition.. 44[2]
— — pupillaires...... 203[2]
— et vitiligo........ 379[2]
— maternelle et prétendue immunité de l'enfant né sain 279[3]
— oculaire......... 159[3]
— secondaire et paralysie faciale........ 392[3]
— — et phlébites 49[1] 393[1]
— tertiaire et carcinome du nez........ 279[1]
Syringomyélie et lèpre........ 173[2]
— et névrites ascendantes....... 60[3]
— spasmodique....... 151[1]

T

Tabes............ 53[1] 84[1] 388[3]
— et lésions des ganglions rachidiens et des racines postérieures........ 245[3]
— et son étiologie....... 270[1] 295[1]
Tabes et son hématologie....... 29[1]
— hérédo-syphilitique....... 369[2]
— sénile....... 127[2]
Tachycardie paroxystique et compression d'un pneumogastrique . 182[3]
Talalgie blennorrhagique......... 229[3]
Tannin en solution alcoolique pour prévenir la mastite puerpérale.... 208[3]
Tares pathologiques des ascendants et rôle des substances solubles dans leur transmission........ 413[1]
Teigne faveuse......... 199[1]
— tondante........ 64[3]
Teinture d'iode contre la stomatite ulcéro-membraneuse chez les enfants........ 160[3]
— — contre l'érysipèle... 239[2]
Télangiectasie généralisée et castration........ 22[3]
Télangiectasies consécutives à la radiothérapie....... 184[2]
Tendinite et tendo-vaginite proliférantes calcifiées...... 46[3]
Tendon d'Achille dans le moignon d'amputation de la jambe........ 232[3]
Terrains et fréquence du cancer.... 314[1]
Testicule et destruction de la graisse 255[3]
— et interruption des voies spermatiques........ 31[3]
Tétanie et phénomène du phrénique 240[1]
Tetanos........ 362[1] 369[3]
— à la suite d'injections sous-cutanées de gélatine...... 96[2]
— céphalique avec paralysie faciale et oculaire.... 411[1]
— consécutif à des injections de sérum gélatiné....... 256[1]
— traumatique......... 312[3]
Thiosinamine contre l'ulcère gastrique........ 395[3]
Thoracentèse au moyen du siphon.. 30[1]
Thrombo-phlébite de la mésaraïque avec gangrène intestinale...... 21[3]
Thrombose de la jugulaire interne et gangrène pulmonaire au cours d'une otite purulente....... 160[1]
— des sinus avec hémorrhagies et thrombose de la veine rénale.... 302[3]
— utéro-ovarienne infectieuse étendue à la veine cave inférieure et au cœur........ 309[2]
Thyroïdisme expérimental et hyperglobulie........ 401[3]
— et leucocytose 409[1]
Thyroïdite aiguë non suppurée..... 133[2]
— provoquée par l'iodure de potassium........ 348[1]
— pneumococcique chez une basedowienne . 355[2]
Thyroïdothérapie de l'achondroplasie 203[1]
— de la dysménorrhée douloureuse 256[3]
— de l'éclampsie puerpérale........ 176[3]
— de l'éléphantiasis des Arabes........ 79[1]
— et échanges nutritifs........ 158[2]
Tic convulsif......... 320[2]
Tics........ 130[3] 257[1]
Tissu élastique et réparation du tissu osseux...... 122[1]
— nerveux et son analyse immédiate........ 263[2]
Torsion des organes abdominaux.... 122[1]
— du cordon spermatique...... 364[1]
Toxicité de divers composés et ses variations suivant les groupements chimiques auxquels ils sont liés......... 142[2]
Toxine tétanique en injection dans le corps vitré......... 143[2]
Trachéotomie avec insufflation directe dans la mort apparente au cours de la chloroformisation........ 353[2]
— et ses suites éloignées 347[3]
Tractions rythmées de la langue dans l'intoxication oxycarbonée... 344[3]
Traitement chirurgical de la cirrhose du foie .... 15[3]
— de la constipation chronique..... 131[2]
— de la dyspepsie appendiculaire ..... 185[1]
— — de la lithiase vésiculaire 381[1] 419[2]
— — de l'ascite. 75[3] 132[1]
— — de l'attrition de l'artère fémorale.......... 181[3]
— — de la tuberculose épididymo-testiculaire. 9[1] 363[3]
— — de l'idiotie et de l'épilepsie...... 269[2]
— — des anévrysmes de l'aorte...... 92[2]
115[1] 157[2]
— — des anomalies congénitales de l'uretère...... 310[1]
Traitement chirurgical des cavernes tuberculeuses. 78[3]
— — des dyspepsies rebelles...... 134[2]
— — des hémorrhagies par ulcère de l'estomac.. 130[3]
— — des néphrites... 29[2]
45[2] 132[2] 207[1] 277[1] 397[1]
— — des plaies du cœur 92[1]
251[2] 352[1]
— — du péricarde. 352[1]
— — du rétrécissement mitral. 87[2]
— — local de certaines maladies générales 433[3]
— — de la rage.. 434[1]
— — des morsures de serpents venimeux. 434[1]
— — du tétanos.. 434[1]
— de la blépharite ciliaire 64[2]
— de l'aboulie des buveurs d'habitude..... 270[3]
— de la bronchite chronique des enfants..... 136[3]
— de la cataracte....... 56[2]
— de la céphalée syphilitique 60[3]
— de l'achondroplasie.... 203[1]
— de la chorée..... 189[1] 412[1]
— de la constipation d'origine nerveuse 32[3]
— — du nouveau-né.. 116[3]
— de la coqueluche...... 216[3]
233[1] 248[3] 280[2]
— de la cystite chronique rebelle.... 78[3]
— — tuberculeuse 412[2]
— de la cystocèle...... 371[3]
— de la diarrhée infantile. 264[3]
— de la dilatation atonique de l'estomac. 356[3]
— — idiopathique de l'œsophage. 85[1]
— de la diphtérie.. 216[3] 428[3]
— de la division congénitale de la narine..... 164[3]
— de la dysenterie...... 388[3]
396[2] 428[3] 436[3]
— de la dysménorrhée douloureuse 256[3]
— — nasale...... 325[1]
— de la fièvre bilieuse hémoglobinurique... 48[3]
— — puerpérale... 208[2]
294[3]
— — typhoïde..... 232[2]
412[3]
— de la gale........ 40[3]
— de l'agitation...... 349[1]
— de la glossite chronique 208[3]
— de la grippe infantile... 372[3]
— de la hernie crurale. 412[3]
— — du cordon ombilical. 420[2]
— de la lèpre...... 40[2]
— de la leucoplasie buccolinguale..... 72[3]
— de la luxation de la clavicule..... 340[1]
— de la malaria....... 272[3]
— de la méningite cérébro-spinale 184[3]
370[1]
— — tuberculeuse ... 248[2]
285[2]
— de la métatarsalgie.... 280[2]
— de la métrite hémorrhagique..... 184[3]
— de la migraine ophtalmique..... 348[3]
— de la mort apparente du nouveau-né...... 264[3] 372[2]
— de l'anémie pernicieuse. 264[1]
— de la néphroptose...... 286[3]
— de la neurasthénie...... 144[2]
— de la névropathie urinaire......... 372[2]
— de l'angine fuso-spirillaire........ 7[1] 158[1]
— de l'anurie calculeuse.. 364[1]
— de l'anus vaginal...... 105[1]
— de l'aortite abdominale. 392[1]
— de la paralysie de la cuisse.. 364[2]
— — générale.... 127[2]
271[1]
— — infantile.. 246[3]
— de la paramétrite postérieure..... 80[2]
— de la paraplégie spasmodique syphilitique. 93[1]
— de la pelade..... 198[3] 200[3]
— de la perforation typhoïdique de l'intestin.... 203[1]
214[2]
— de la péritonite..... 131[2]
— — tuberculeuse 45[1]
369[1]
— — tuberculeuse à forme ascitique. 312[2]
Traitement de la pérityphlite..... 280[2]
— de la peste....... 436[2]
— de la pneumonie. 144[3] 388[3]
— de l'appendicite...... 121[1]
227[1] 234[2] 253[2] 272[3]
355[1] 361[1] 369[1] 378[1]
387[3] 392[1] 408[1] 418[1]
418[2] 422[3] 432[3]
— de la procidence vaginale......... 423[1]
— de la rétroversion utérine....... 347[2]
— de la scarlatine....... 96[3]
108[3] 224[3] 312[1] 338[1]
394[2]
— de la sciatique...... 288[3]
— — rebelle... 24[2]
— de l'ascite chyleuse..... 272[1]
— de l'asphyxie du nouveau-né......... 200[2]
— de la sténose hypertrophique du pylore.... 153[1]
— de la stomatite ulcéro-membraneuse chez les enfants....... 160[3]
— de la stupeur lypémaniaque....... 337[3]
— de la syphilis....... 75[2]
135[3] 137[1] 168[1]
168[3] 228[1] 428[1]
— — oculaire...... 159[2]
— de la teigne faveuse..... 199[1]
— — tondante.. 64[3]
— de l'atonie intestinale.. 377[2]
— de l'atrésie vaginale... 47[2]
— de la tuberculose..... 27[2]
56[3] 71[2] 72[2] 76[2]
88[2] 104[2] 149[2] 151[2]
168[2] 176[3] 197[1] 312[1]
356[2] 357[1] 396[3] 412[3]
— — génitale de la femme. 323[2]
— — infantile.... 287[3]
— — latente des amygdales et des végétations adénoïdes. 5[3]
— — oculaire...... 144[3]
— — pharyngée...... 304[1]
— — pulmonaire chez les enfants..... 136[2]
— — verruqueuse de la peau. 7[1]
— de la tumeur blanche du genou.......... 181[1]
— de la variole........ 64[3]
232[3] 348[2]
— de l'avortement habituel....... 320[1] 348[3]
— de l'éclampsie puerpérale....... 176[3] 328[1]
— de l'ectopie testiculaire. 227[3]
235[1] 253[1]
— de l'eczéma séborrhéique psoriasiforme...... 159[2]
— de l'éléphantiasis des Arabes..... 79[1]
— de l'empyème....... 363[2]
— de l'engorgement laiteux du sein....... 320[3]
— de l'entérocolite mucomembraneuse..... 428[2]
— de l'épilepsie....... 311[3]
— de l'érysipèle ..... 136[1]
239[3] 328[3] 359[3]
— de l'érythème fugace du nez......... 240[3]
— de l'exstrophie de la vessie......... 60[1] 173[1]
— de l'hématémèse....... 32[1]
— de l'hémiplégie....... 338[2]
— de l'hémophilie....... 380[3]
— de l'hydrocèle....... 404[3]
— de l'hyperhidrose plantaire......... 356[2]
— de l'hypertension artérielle chronique.. 247[1]
— de l'hypertrophie de la prostate .... 77[3]
83[1] 115[2] 232[1] 355[1]
426[3]
— de l'infection charbonneuse.... 412[3]
— — puerpérale 323[2]
— de l'inflammation aiguë de l'amygdale pharyngée........ 199[1]
— de l'insomnie....... 420[3]
— de l'intoxication oxycarbonée .... 344[3]
— de l'occlusion intestinale 252[3] 362[3]
— — intestinale partielle.. 200[2]
— de l'ostéomyélite polymicrobienne non suppurative........ 115[1]
— de l'otite moyenne chronique sèche...... 372[3]
— — purulente chronique chez les enfants....... 160[3]
— de l'ozène......... 312[3]

Traitement de l'ulcère de l'estomac 140^1 165^3 380^1 395^3
— des abcès tuberculeux. 72^3
— des affections parasyphilitiques. 53^1 84^1 127^2
— — pulmonaires du vieillard 248^1
— — vasculaires.. 427^2
— des anévrysmes.. 104^3 106^3
— — de l'aorte abdominale. 293^1
— des angines à tetragènes 284^3
— des ankyloses osseuses. 214^1 219^2
— — vicieuses du genou.... 285^1
— des arthrites syphilitiques 78^2
— des ascites 96^2
— des avortements 264^2
— des brûlures..... 108^3 380^3
— — par rayons X 174^3
— des calculs enkystés de la vessie.. 160^1
— — renaux 369^2
— des cancers accessibles. 425^3
— — de l'arrière-gorge... 354^1
— des céphalées rebelles.. 328^3
— des conjonctivites. 256^2
— — granuleuses 88^1 184^2
— des corps étrangers de la cornée 328^3
— — étrangers de l'œsophage. 40^1 134^2 173^3
— — étrangers des sinus de la face 94^2
— — étrangers du cæcum 182^1
— — étrangers du conduit auditif 320^3
— des déchirures de la veine cave inférieure. 172^2 423^1 433^1
— des déplacements de l'ovaire 56^3
— des dermatoses 16^2
— — prurigineuses 208^3
— des déviations utérines. 285^3
— des douleurs fulgurantes des tabétiques. 224^3
— des embolies mésentériques 131^3
— des engelures 40^3
— des états anxieux 260^2
— des fibromes compliquant la grossesse.. 182^1
— — intraligamentaires et sous-péritonéaux 47^3
— — médullaires.. 220^3
— — utérins. 320^2 364^1
— des fièvres éruptives... 359^3
— des fistules vésico-vaginales 152^1
— des fractures 117^3
— — obliques de la première phalange du pouce 346^1
— des grossesses tubaires. 115^2
— des hémorrhoïdes 16^3 134^1 176^1 419^3
— des hernies inguinales. 363^1
— des hydrophtalmies 96^1
— des hydropisies 356^3
— des kératites 32^3 144^3 288^3 312^2
— — suppurées 8^3
— des kystes paradentaires du maxillaire inférieur 354^1
— des luxations congénitales de la rotule 284^2
— des maladies de l'estomac 56^1
— des méningites 377^1
— — purulentes.. 61^1
— des méningomyelites chroniques 200^1
— des métrorrhagies 144^1
— des miopragies de l'artériosclérose..... 189^2 197^2
— des névralgies 116^1 356^1 423^2
— — zostériennes.. 436^3
— des oreillons 280^3
— des panaris avec nécrose de l'os 224^2
— des paralysies 73^1
— des parapsoriasis 291^1
— des péritonites 121^1
— des pertes de substance de la paupière inférieure 160^1
— des pertes de substance des canaux à revêtement épithélial 61^2
— des pertes de substance étendues de l'urèthre. 325^2
— des pieds bots.... 39^1 199^2

Traitement des pieds bots d'origine paralytique 364^2
— des plaies de l'estomac par armes à feu 364^3
— — de l'urètère... 280^1
— — du cholédoque. 132^2
— — infectées 285^2
— — pénétrantes de l'abdomen.. 190^2
— — pénétrantes du rachis 134^2
— des pleurésies récidivantes 182^1
— — séro-fibrineuses 30^1
— des prolapsus vésicaux. 72^1
— des pyodermites persistantes 199^1
— des raideurs articulaires 23^3
— des rétrécissements de l'angle du côlon 142^3
— des rétrodéviations utérines 47^3
— des ruptures de l'utérus pendant le travail.... 337^2
— des septicémies gynécologiques 56^2
— des stomatites urémiques 110^1
— des suppurations chroniques du sinus maxillaire 343^2
— — collectées des annexes 78^1
— — sous-phréniques 97^1 120^3
— des tics 257^1
— des troubles résultant du défaut de plasticité du sang 14^2
— des tuberculoses locales 143^3
— des tumeurs malignes du testicule 363^3
— des ulcères de la cornée 208^2
— — de la face postérieure de la cornée 96^3
— — variqueux.. 372^1
— des vomissements incoercibles de la grossesse.. 23^3 116^3
— diététique de la fistule biliaire 224^2
— du cancer 142^3 192^3 319^3 411^2
— — de la langue. 150^1 215^3
— — de l'estomac. 120^2
— — de l'intestin.. 120^1
— — de l'œsophage thoracique. 423^2
— — de l'utérus... 271^3 323^3 346^1
— — du rectum... 253^1 263^3
— — mélanique... 240^2
— du chancre mou 152^2
— du coryza 184^3
— du croup 14^3
— du décollement de la rétine 354^1
— du délire épileptique... 176^2
— du genu valgum 291^2
— du kyste hydatique du rein 202^3
— — hydatique du rein avec lithiase vésiculaire 253^2
— du lupus 23^1 72^3 83^2 88^3 148^1 159^1 198^3 216^1 229^2 328^3 404^2
— — du nez 53^2
— — érythémateux. 149^3
— du mal de Pott cervical. 91^3
— du muguet 160^2
— du mycosis fongoïde... 198^2
— du paludisme..... 59^3 340^3
— du pannus granuleux.. 32^3
— du phagédénisme syphilitique chronique 379^1
— du prolapsus du rectum 131^3 240^1
— — recto périnéal 92^3
— du prurigo de Hebra... 229^3
— du prurit 420^3
— — vulvaire 64^2
— du psoriasis 159^1
— du ptérygion 8^2 280^3
— du ptosis 256^1
— du purpura hémorrhagique 355^3
— du rachitisme 142^2
— du rétrécissement des voies lacrymales chez les petits enfants 16^2
— du rhumatisme 234^3
— — articulaire aigu 230^3
— du spina-bifida 263^2
— du tabes.... 23^3 84^1 127^2
— du tétanos 362^1 369^3

Traitement du tétanos traumatique. 312^3
— du tic convulsif 320^2
— du tuberculome hypertrophique du cæcum. 329^1
— du vaginisme 64^2
— du xanthelasma 243^3
— intranasal de la dysménorrhée 240^2
— mécanique de l'hydropisie 215^2
— préventif de la diphtérie.. 39^2 92^1 128^3
— prophylactique de la cachexie consécutive à l'évacuation d'épanchements abdominaux abondants 116^2
Trajets fistuleux et emploi du bleu de méthylène 325^3
Transfusion de sang pour anémie pernicieuse 264^1
Transplantation des viscères 324^3
Transplantations musculo-tendineuses pour pieds bots paralytiques 364^2
— tendineuses pour paralysie de la cuisse 364^2
Traumatisme et infections cérébrales 222^1
— et nécrose graisseuse diffuse 339^1
— et scarlatine 33^1
Traumatismes au point de vue médico-légal 326^2
Travail négatif dans les muscles paralysés 73^1
Tremblement chloralique 183^2
Trépanation et sort de la rondelle osseuse réimplantée. 244^2
— mastoïdienne au thermocautère 353^3
Triangle paravertébral opposé dans la pleurésie séreuse 376^2
Trichesthésie 263^1
Trichorrhexis nodosa et sa contagiosité 409^3
Trichosporie 51^2
Troubles du langage articulé et écartement involontaire du petit doigt 267^3
— gastriques dans la syphilis 327^3
— oculaires dus au podophyllin 50^2
— pupillaires dans la syphilis, la paralysie générale et le tabes 203^2
— — et lésions de l'aorte 51^3
Trypanosoma Theileri 83^3
Trypanosome du nagana et sérum humain 142^1
Tuberculine et ses toxones 29^1
Tuberculome hypertrophique du cæcum 329^1
Tuberculose 27^2 56^3 71^2 72^3 76^2 88^2 104^2 149^2 151^2 168^2 176^3 197^1 312^1 356^2 357^1 365^1 396^3 412^3
— animale et sa transmissibilité à l'homme 7^1 17^1 238^2 246^1 248^1 341^1 358^3
— au début et ses signes physiques 224^1
— cutanée consécutive à une inoculation de tuberculose bovine 233^2
— — éléphantiasique.. 159^2
— — généralisée et alopécie 52^3
— — verruqueuse 7^1 246^2 424^3
— de la trachée avec varices de cet organe.. 63^2
— de l'oreillette 107^1
— des bovidés inoculée à l'homme et réinoculation au veau 341^1
— du larynx et grossesse. 77^2
— du sommet et syndrome oculo pupillaire 183^1
— en tant qu'endémie 79^1
— épididymo-testiculaire 363^3
— et interruption de la grossesse 203^3
— et scarlatine 220^2
— et son sérodiagnostic.. 207^1
— expérimentale et formule hématologique. 165^2
— génitale de la femme.. 323^2
— humaine et ses rapports avec celle des bovidés 17^1 338^3
— infantile 287^3
— latente des amygdales et des végétations adénoïdes 1^1
— méningée et abolition de la perception stéréognostique 379^1
— oculaire 144^3
— par ingestion chez les bovidés 338^3

Tuberculose pharyngée et sa curabilité 304^1
— pulmonaire chez les enfants 136^2
— — et anomalies thoraciques 7^2 39^3
— — et contagiosité des selles 143^2
— — et emphysème sous-cutané 345^2
— — et sa dissémination 86^1
— — et son pronostic 127^3
— — et volume du cœur 377^2
— rénale diffuse 108^1
— testiculaire 9^1
Tuberculoses aiguës de la plèvre... 193^1
— locales 143^3
Tubuli contorti et leur bordure en brosse 433^3
Tuméfaction de la parotide chez les nouveau-nés 232^1
Tumeur blanche du genou 181^1
— — sous-astragalienne. 364^2
— congénitale du rein 246^1
— du corps de Zuckerkandl... 199^3
— du pédoncule cérébelleux moyen 39^3
— du rocher 215^2
Tumeurs à formations folliculaires. 304^3
— de la fosse iliaque droite et leur diagnostic 329^1
— des capsules surrénales accessoires de Marchand.. 279^2
— et pouvoir hémolytique de leur extrait aqueux... 311^1
— incluses en rapport avec le côlon pelvien 363^1
— malignes du testicule 363^3
Typhlite herniaire 84^1

U

Ulcérations urémiques de l'estomac et de l'intestin 204^1
Ulcère bulleux récidivant des membres inférieurs 166^1
— de l'estomac 15^3 140^1 149^2 165^3 380^1 395^3
— — et anémie 230^2
— de l'œsophage simulant la tuberculose pulmonaire 238^1
— peptique du jéjunum après la gastro-entérostomie 131^1
— simple de la vessie et ulcère rond de l'estomac 328^1
Ulcères de la cornée 208^2
— de la face postérieure de la cornée 96^3
— variqueux 372^1
Urée contre la tuberculose pulmonaire 396^3
— contre le lupus 88^3
— dans les divers lobes du foie. 70^2
— et sa production dans certains états morbides 74^2
Urémie et stomatites 109^1
— et ulcérations gastro-intestinales 204^1
Uréogénie et glycosurie alimentaire. 394^1
Urètère surnuméraire dilaté par du pus 347^1
Urétérite kystique 72^1
Urétéro-urétérorrhaphie transversale 280^1
Urine et son action sur l'hémoglobine 159^1
Urines des syphilitiques 44^2
— en cas d'orchite infectieuse. 183^3
— et leur teneur en fer dans la grossesse 347^2
— et leur toxicité 152^2
— normales de l'homme 263^2
— pathologiques et leur tension superficielle 142^3
Urobiline et son origine rénale 228^3
Urobilinurie après la chloroformisation 95^1
— des femmes enceintes et mort du fœtus 139^3
— et cholémie familiale.. 254^3
Urticaire et prurigo d'origine biliaire 255^1
Utérus et son utilisation autoplastique 152^1
Uva ursi et phénomènes d'intolérance 256^2

V

Vaccin provenant de génisses tuberculeuses 377^3
Vaccins de la peste, du choléra et de la fièvre typhoïde 197^1
Vaccination « au marteau » 218^1
Vaccine et ses lésions 70^1
— et son immunité 106^2
— et variole en Angleterre... 41^1
Vaginisme 64^2
Valvule congénitale de l'urèthre 388^1
Varices multiples après une pneumonie 23^1
Variole 64^3 106^2 232^3 348^2

Variole et son inoculation au singe. 393[3]
— et vaccine en Angleterre ... 41[1]
— fœtale sans variole maternelle... 239[2]
Végétations adénoïdes du naso-pharynx et énurèse ... 48[1]
— — et collapsus à la suite de leur ablation... 288[1]
— — et leur tuberculose latente .. 1[1]
Veine axillaire et sa ligature... 263[2]
Venin de serpent et son influence favorisante sur le suc pancréatique 277[3]
Venins et leur action anaphylactique... 70[3]
Ventrofixation de l'utérus et accidents mortels à l'occasion de la grossesse... 15[2]
Vents et érysipèle de la face... 31[3]
Vésicatoire et leucocytose qu'il produit... 128[2]
Vésicatoires répétés sur le cuir chevelu contre la méningite tuberculeuse au début... 248[2]
Vésicules hydatiques et leur greffe. 28[2]
— — filles et leur origine 165[2]
Vessie et son examen chez la femme par éclairage direct... 318[3]
Viande dans l'alimentation en cas de maladie des reins... 264[1]
Viandes et leur différenciation au moyen de sérums spécifiques... 94[1]
Viburnum prunifolium contre les avortements... 264[2]
Villes et fréquence du cancer... 297[1]
Vitiligo et syphilis... 379[2]
Voies biliaires extra-hépatiques et leur microbisme normal... 214[3]
Voix chuchotée et cyclones intrabuccaux... 44[3]
— de fausset... 106[1]
Volvulus avec étranglement interne. 107[1]
— iléo-cæcal avec étranglement interne provoqué par une appendicite... 265[1]
Vomissements avec acétonémie chez les enfants... 45[3] 388[1]
— biliaires pendant la narcose... 216[2]
Vomissements incoercibles de la grossesse... 23[3] 116[3]

X

Xanthélasma... 248[3]
Xiphopage chinois... 92[1] 104[3]
— hindou... 128[2]

Z

Zomothérapie chez les enfants... 136[2]
— et ses dangers... 76[2]
Zona et lymphocytose rachidienne. 392[2] 408[2]
— et troubles de la sudation... 190[2]
— suivi d'atrophie musculaire.. 311[3]
— vrai récidivant... 93[2]

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

(ANNÉE 1902)

A

Abadie 143 379 426 436
Aberastury 79
Abrahams 347
Abrahamsen 311
Abt 231
Achard 105 106 150 151 158 165 189 214 228 345 355 378 392 393 408 424
Adam 32
Agéron 141
Ahlfeld 208
Ahlström 256
Aichel 55
Alba Carreras 326
Albarran 83 215 253 355 433
Albu 85 152 190
Alguine 355
Alt 160
Amann 142 323 324
Amat 216
Ambard 158
Anders 230
Andrade 436
Anglade 143 183
Anschütz 131
Antonelli 404
Antony 22 393
Apert 182
Arcangeli 377
Ardouin 338
Arloing 29 359
Armand-Delille 143
Arnozan 128
Arnsperger 190
Aronsohn 93
Aronson 199 263
Arsonval (d') 14
Ascoli 368 375
Athanasiu 51
Athias 70
Aubertin 290
Audebert 126 130
Audenino 311
Audibert 433
Ausset 166

B

Babinski 369 370
Babonneix 165 228 370 394
Bacon 231 320
Baginsky 7 45 160 215 370 371 394
Baldassari 287
Baldy 347
Ballet 122 123 127 183 260 262 355
Balthazard 75 234 407
Balzer 22 52 84 159 198 199 229 409
Barbellion 128
Barbier 378 388
Barbieri 263
Bard 30 127 145 196 241
Bardenheuer 118
Bardet 216
Barette 362 363 364
Barié 25 182
Barjon 198
Barker 116 248
Barnsby 361
Barth 132 265 285
Barthélemy 255 409
Barton 88
Battier 208
Baudoin 198 230
Baudouin 387 399
Baumgarten (von) 358
Baylac 113
Bayle 72 312
Bazy 28 75 83 105 157 172 202 203 227 228 337 345 362 369 408
Beaufumé 394
Beaujard 158
Bechterev (von) 280
Beck 46
Becker 262
Beckmann 199
Béclère 75
Beely 55
Bégouin 353 363
Belin 189
Benda 120 135 402
Bendix 215 310
Bérard 114
Berger 51 164 198 219 337 364
Bergeron 92
Bergmann (von) 117 133 264 394
Bérillon 270
Bernabei 369
Bernard 214 215 394 408 433
Bernays 371
Bernhardt 410
Bertelsmann 117 132
Berthier 127
Berthomier 353
Bertrand 387
Besnier 22 23 52
Besredka 62 197
Beurmann (de) 229 379
Bevacqua 294
Bézy 126
Bezzola 368
Bial 141 149
Bialobjesky 200
Bianchi 255
Bianchini 376
Bichat 324
Bickel 149 310
Bie 147 148
Biedl 85 173 200
Biélévitch 88
Bier 118
Biffi 175
Bigart 394 408 418 433
Billard 165
Billet 135
Billon 277
Binet 27
Bishop 230
Bizard 379
Blanc 435
Blandamour 404
Blanquinque 362
Blaschko 7 93
Blauel 77
Blecher 24
Bloch 320 402
Blum 148
Blumberg 70 264
Blume 79
Blumenthal 94 108 159 411
Blumreich 291
Boari 368
Boas 32
Bocciardo 376
Bockhart 72
Boddaert 434
Bodin 271 277 284
Boeri 368 377
Bohne 424
Boidin 236
Boigey 219
Boinet 130
Boissier 260
Boix 29
Bokenham 356
Bonelli 311
Bonnet 229 388
Bonsdorff (von) 412
Borchard 78 151
Bordas 277
Bordier 14 312
Bork 191
Bosc 44 70 106 159
Bouchacourt 45
Bouchard 234 407
Bouffard 213
Bouilly 44
Boulade 248
Boulud 69 83 130 197 244
Bourcet 252
Bourges 92
Bourneville 269
Boursier 364
Bouveret 278
Bouveyron 208
Bouyer 62
Bovis (de) 39 302 318
Bra 21
Braithwaite 87
Bramann (von) 133
Brandweiner 152
Braquehaye 361
Braun 395
Breton 166 407
Briand 262
Brickner 293
Brissaud 93 228 262
Britto (V. de) 295
Broca 28 69 75 83 202 228
Brocard 21 43
Brocq 22 52 198 199 229 291 379
Bröse 115 434
Brouardel 68
Bruck 240
Brudzinski 295 327
Brugnatelli 239
Bruhl 220
Brun (de) 30
Brunner 130
Brunon 219
Bruns 96
Bruns (von) 117
Brunschvig 107
Brunton (Sir L.) 87 247 272 356
Brush 230 231
Bucco 368
Buch 237
Buck 88
Bucquoy 22 59
Bucura 72 285
Büdinger 107 160
Bué 143
Bunge 118 131 132
Bürger 78
Burmeister 40
Burthe 400
Busquet 246 435
Bussière 408
Buvat 215

C

Cade 198
Cadéac 157
Caffarena 377
Cailleron 404
Cairns 428
Calabrese 377
Calmette 129 407
Calot 363 364
Calugareanu 74 252
Calvello 272
Campbell 393
Camus 28 75 158 159 172 183 229 277 407
Caneva 223
Cannon 191
Cany 126
Capauner 348
Cappuccio 326
Capriati 95
Carles 128
Carlier 253
Carnot 408 433
Carrel 272 324
Carrier 269
Carrière 44 142 284
Carrieu 128
Casper 45
Cassaët 114 127 394
Cassel 45 215
Castaigne 28 172 277 418 433
Castelli 116
Castin 271
Cathelin 372
Causse 75
Cazin 353 354 361 364
Cecchetelli-Ippoliti 310 428
Ceni 48
Cerné 263
Cestan 269 270
Chabert (de) 224
Chantemesse 171 227 244 400
Chapiro 328
Chaput 43 84 164 228 355
Charcot 29
Chardon 271
Charpentier 227
Charrier 115
Charrin 21 43 110 188 234 252 407 413
Chatin 83
Chauffard 7 70 177 228 369 392 423
Chauveau 189
Chauvel 59 408
Cheinisse 21 309 359 366
Chevalier 203 338
Chiaïs 114
Chocreaux 143 183
Christer-Nilsson 47
Chtchepinsky 256
Cioffi 375
Citron 215
Civatte 253
Claoué 344
Clark 287
Claude 75 157 165 234 369 400
Clerc 345 355 375 418
Coe 280
Cohnheim 183 184 190
Colle 253
Collet 312
Combemale 224
Comby 189 203 248 302
Commandeur 328
Concetti 175
Conche 348
Condamin 23 284
Cordier 116
Cornil 244 321
Cottin 134
Cotton 231
Coudray 244
Courcoux 400
Courmont 6 401 408
Courtin 40
Coussieu 345
Couteaud 182 407 408
Couvy 340
Coville 219
Crenshaw 8
Crésantignes (de) 428
Crile 339
Crocq 260
Crombie 356
Crouse 320
Crouzon 44 379 423
Cruchet 259
Cuche 320
Curie 134
Curschmann 129 208
Curtis 63
Cushing 340
Czempin 53
Czyhlarz (von) 85

D

Dalous 247
D'Amato 310
Dandois 190
Danlos 52 135 159 189 198 228 229 404
Dare 431
Darier 22 23 159 229 379 409
David 173
Davidsohn 310 410
Davis 325
Déchine 295
Decloux 51
Décobert 400
Deffernez 403
Deflandre 433
De Gaetano 88
Deguy 183
De la Camp 230
Delagénière 181 426
Delamare 234 252
Delangre 353
Delbet 28 60 150 182 202 263 324 361 364 392 423
Déléage 122
Deléarde 106
De Lee 174
Delens 182
Delezenne 198 277
Delherm 172 183
Delille 165 229 236
Delore 354
Delorme 59 74 92 142 181 182 235 352 353
Demons 364
Demoulin 134 263
Denucé 22 345
Deny 262 271 349
Denys 71 151
De Renzi 376 377
Deschamps 103
Descos 29 246 255 401
Desgrez 165 215 229
Dessau 372
Destarac 130
Deutsch 96
Devay 271
Dévé 44 165 172
Devic 324
Devoto 368 375
Dianoux 6 96
Dickinson 15
Didsbury 59
Dienst 291
Dieulafoy 227 234 329
Dimitropol 197
Di Pietro 294
Di Tommasi 428
Dogliotti 31
Dombrowski 252 263
Dongier 142 244 277
Dopter 29 70 158 228 245
Dor 236
Dorendorf 236
Dorland 183
Doutrebente 262
Doyen 119 121 128
Doyon 92 157 189
Drucbert 172
Ducamp 112 114
Du Castel 166
Dufestel 51
Duflocq 151 158 423
Dufour 182 203 228 379 392 408
Dufourt 123
Duhot 168
Dührssen 45 115 204
Dujon 363
Dunning 231
Dupré 262 265 269 270 302
Dupuy-Dutemps 270
Durante 270
Duret 74 363
Dützmann 129
Duvergey 128

E

Ebbell 79
Eckstein 115
Edebohls 286

Egger 215
Ehrhardt 132
Ehrlich 136
Ehrmann 136 173 184 216
Ehrnrooth 222
Eichhorst 54
Einhorn 427
Eiselsberg (von) 30 75 76 85 131 173 200 419
Ekehorn 325
Elder 326
Ellinger 131
Ellis 425 426
Elschnig 96 160
Engel 312
Engelmann 231
Englisch 135 160
Epstein 106
Erben 76
Escherich 338 419
Espine (d') 125 126 128 426
Estienny 84
Estor 60 364
Etievant 56
Ewald 29 85 140 142 264 402

F

Fabrini 31
Falk 115
Faraggi 221
Farnum 47
Faure 123 126 270 323 353 354 362 423
Favill 230
Federn 19 216 395
Fedorov 288
Fehling 323
Fein 136 200 419
Felizet 235
Felt 288
Fenwick 32
Féré 291 355
Ferrand 6
Ferrier 75 245 345
Fibiger 46
Fitzenschau 207
Fiocca 94
Firket 403
Fischer 48
Fleiner 140 142
Flerov 396
Flora 376
Floresco 219
Flügge 86
Föderl 425
Fontan 92 352
Fontoynont 228 338
Forgue 361 363
Förster 205
Fournier 84 354 379 394 409
Foveau de Courmelles 252
Fragoso 436
França 70
Francillon 254 291
François-Franck 219 393
Frank 173 238
Franke 131 132 133
Fränkel 7 23 53 61 106 135 149 159 358 380 419
Frankl-Hochwart (von) 395
Franz 427
Frazier 15
Fredericq 403
Freeman 184
Frenkel 128 198 410
Freund 53 323 410
Frey 395
Friedmann 53
Friedrich 121
Frisch (von) 264
Frœlich 364
Frouin 143 198
Frugiuele 294
Fuchs 215 320 328 419
Fuhs 191
Fürbringer 61 70 159 215 401

G

Gabrielidès 370
Galavielle 198
Galezowski 159 354
Galippe 181 198
Gallavardin 107
Gallemaerts 32 54 151
Gallet 352
Galliard 39 44 93 165 182 254 388
Gallois 348 400
Gamaleia 150
Gandy 228
Gangolphe 363 364
Garnier 229 268
Garrè 119
Gärtner 184
Gasne 22
Gastou 85 123 159 198 199 229 379 409
Gaucher 22 23 44 52 75 93 369
Gauthier 353 433
Gautier 59 387
Gazza 55
Gebele 147
Gellé 44 106 255
Gemelli 94
Georgi 256
Gérard 189
Gérard-Marchant 43 92 214 378
Géraudel 235 345 433
Gerber 173
Gerhardt 29
Gersuny 215 419
Gerulanos 256
Gevaert 76
Giani 287
Gidionsen 63
Giglioli 376
Gilbert 6 105 158 197 203 214 228 229 235 245 253 254 255 370 408 418
Gilis 253
Gils 128
Girard 337 362 418
Giraud 262
Girès 23
Giss 134
Glaser 189
Glénard 123
Gley 75 143 158 252
Glibert 221 246
Gluck 279 434
Gnezda 74
Goelet 231 396
Goldmann 24
Goldzieher 167
Golesceano 204
Goris 151 353
Gottschalk 115 172 221 436
Gottstein 166
Gouget 183
Gouraud 106 228 394
Grande 280
Grandmaison (de) 236
Grasset 129 258
Gray 144
Grégoire 21
Grenet 135 393 423
Griffith 200 216 231 347
Grocco 376 377
Grohé 122
Grosglik 310
Gross 61 184
Gubb 43
Guelliot 159
Guérin 340
Guggenheim 86
Guillain 60 61 69 93 151 213
Guilleminot 277
Guillemonat 188
Guillet 263
Guinard 22 43 75 83 115 157 182 202 252 337 345 361 362 418
Guinon 388
Gunson 72
Gussenbauer 119
Gutierrez 319
Gutmann 106 199
Guyon 68

H

Hacker (von) 427
Hagopov 214
Hahn 131 133 148 220
Hainiss 348
Halle 173
Hallé 220
Hallion 130 215
Hallopeau 22 23 84 159 198 199 229 379
Haltenhoff 411
Hamburger 203
Hamm 86
Hammerschlag 395
Hanel 278
Hanriot 70
Hansemann (von) 246 394 410
Harris 174
Hartenberg 262 271
Hartmann 28 43 44 83 263 360
Hauser 245
Hautefeuille 106
Havet 255
Hayd 88
Heger 255 402 434
Heidenhain 24 131
Heile 432
Heimann 204
Heineke 31
Heitz 388
Heitzmann 168
Helly 199
Henle 118
Henri 74
Henrijean 114 127
Henrotay 319
Herczel (de) 96
Heresco 423
Hermes 412
Herrmann 339
Herscher 105 197 228 245
Herviault 232
Heubner 40 83
Heymans 8
Heyn 108
Higier 190
Hildebrand 132
Hildebrandt 117
Hildreth 356
Hirschfeld 303
Hirschlaff 394
Hirst 371
Hirtz 93 109 135 183 408 423
Hitschmann 366
Hnátek 224
Hoche 309
Hochenegg 120
Hochhalt 96
Hoefnagel 343
Hofbauer 148 199
Hoffa 246
Hoffmann 149
Hofmeister 396
Hofmeyer 319
Holländer 53 147 149
Holmes 231
Hölscher 24
Homberger 80
Honsell 108 118 192
Hoppe Seyler 148
Horton-Smith 167
Houssay 189
Houzel 172
Howitz 319
Huber 108
Huchard 51 172
Hughes 144
Hunter 388
Huntington 174

I

Iacobæus 207
Illyés 167
Imbert 198
Ioteyko 190
Isidori 64
Israel 45 61 119
Italia 287
Ivanov 48 207
Iwanicki 240
Izatchik 144

J

Jaboulay 224 232 289 405
Jackson 64
Jacob 61 204
Jacobi 231
Jacobs 324
Jacoel 372
Jacontini 239
Jacques 354
Jacquet 52 84 85 159 198
Jaffé 134
Jaksch (von) 148
Jalaguier 433
Jamet 28
Jammes 126
Jankelevitch 6
Janssen 181
Janvier 165
Jaquet 284 431
Jardine 348
Jastrowitz 135 199 410
Javal 134 158
Jaworski 240
Jdan-Pouchkine 420
Jeanselme 23 379
Jellinek 77 107
Jemma 377 378
Jennings 136
Jensen 296
Joachimsthal 172 173 246
Joffroy 22 28 93 203 214 220 239 269 355 400
Joire 144
Jolly 7 198 220 401 419
Jones 230 403
Jong (de) 19
Jonnesco 219 323
Joseph 93
Josias 136 181 337
Josselin de Jong (de) 206
Josserand 76 107
Joukovsky 95 116 296
Julliard 353
Jullien 52
Jundell 175 221
Jürgens 53 93
Jurié 419
Juvara 68

K

Kaczvinsxky 167
Kahane 30
Kahlden (von) 119
Kalabine 239
Kaminer 23 40 53 71 203
Kapsamer 419
Karcher 142 149
Karewski 115 173 230 240
Kassowitz 395
Katz 144
Kaufmann 264 395
Kavetzky 328
Kehr 132
Keiffer 8 71 151 190 246 256 403 434
Kelly 64
Kéraval 270
Kermorgant 354 418
Kharitonov 108 312
Kien 232 303
Kienböck 395
King 403
Kirby 319
Kirmisson 157 164 219 228 263 378
Kissel 325
Klein 96
Klemperer 45 106 149 370
Klippel 393
Knapp 157 238 412
Knöpfelmacher 160 395
Kober 63
Koch 309 359
Kocher 118 131
Köhler 238 358
Kohn 85
Kolischer 231 271
König 61 117 118 132 424
Königstein 86
Korbsch 192
Körte 118 120 131
Korteweg 117
Koschier 425
Koslenko 205
Kossmann 45 71
Koster 144
Kraft 296
Krahulik 80
Kraske 50
Kraus 199 409
Krause 40 106 135 248 434
Krebs 286
Kreibich 136 173
Kreidl 85
Kretz 371
Kreyberg 311
Kriwski 247
Krokiewicz 191
Kron 410
Krönig 40 61 346
Krönlein 120 131 133
Krukenberg 136
Kuborn 71
Kudinzev 77
Kuhn 152
Kukula 46
Kümmell 132
Küss 54
Küster 131 132 133
Kuttner 77
Küttner 117 129 132 288

L

Labbé 6 203 433
Laborde 164 172 344
Laffont 14 142 251
Lafon 198
Lafond-Grellety 312
Lafourcade 337 364
Lagriffoul 408
Laignel-Lavastine 215 270
Lalanne 260
Lalou 158
Lambinet 71
Lambret 346
Lamy 392
Lancereaux 83 251 354
Landau 63
Landel 418 432
Landow 292
Landucci 319 324
Lane 117
Lang 136 419
Langemak 132
Lannelongue 21 115 227
Lannois 14 269
Lapeyre 361
Lapicque 252
Laquerrière 172
Laqueur 204
Lardier 248
Larger 6
Lassar 7 45 246 424
La Torre 319
Lauber 395
Laubry 105 150 165 214
Lauenstein 118
Launay 251
Launois 28 52 54 60 203 291 378
Launoy 433
Lauper 55
Laurens 353
Laveran 61 83 142 143 196 213 337
Lavrov 168
Lazarus 71 246 338
Leboucq 246
Le Clerc 48
Lecomte 14
Ledderhose 134
Le Dentu 59 92 157 172 337 418
Leduc 251 401
Lefas 393
Le Gendre 84 245 355
Le Goff 181
Legrain 267
Legueu 104 115 142 150 202 345 355
Lejars 14 103 181 202 291 386
Lemoine 44 104 106 127 143
Lengemann 120
Lenglet 229 230
Lenhartz 142
Lennander 116
Lenoble 355
Le Noir 234
Leo 141 420
Leopold 323
Lépine 58 69 83 127 130 143 197 218 236 244 398 401 409 418
Leplat 248
Lereboullet 6 158 203 235 253 254 255
Leredde 52 53 84 127 139 159 198 401 409 424
Léri 255
Lermoyez 105 353
Leroux 433
Leroy 372
Le Roy Broun 191
Le Roy des Barres 21
Lesage 142 244 277 337
Leser 107
Lesieur 408
Le Sourd 28 69 255 400
Lesser 168
Letzenious 312
Leuriaux 234
Levaditi 106 245
Leven 394 424
Lévêque 252
Lévi 29 197
Levinsohn 159
Levy 96
Lexer 433
Leyden (von) 23 71 85 108 135 148 184 370 411
Lichtenstein 85
Lichtenstern 389
Liebreich 7 39
Lienévitch 144
Lignières 181
Lindenberg 424
Lindenthal 292 366
Linder 325
Link 173
Linossier 44 104 106 113 143
Lion 158 220
Lipmann 214
Lipman-Wulf 23 424
Lippmann 51 70 245 370
Lipstein 420
Litten 53 85 106 135 159 199 215
Littlejohn 293
Lœper 52 106 165 393 424
Lœwy 61 198
Löhnberg 94
Loisel 255
Lombard 14 251
Londe 105
Long 7
Longuet 188
Lop 181
Lor 32
Lorenz 256
Loring 280
Lortat-Jacob 215
Lotheissen 371
Louste 423
Loustverk 96 264
Lovelace 144
Löwenhardt 132
Lucas-Championnière 39 44 59 172 181 219 227 234 235 353 362 363 408 418 422
Lucatello 376
Lüthje 340
Lyon 22
Lyonnet 116

M

Maass 85
Mackenrodt 246
Mackey 174
Magé 166
Magnus 311
Mahaim 434
Maiguon 157
Maire 361
Maixner 223
Malherbe 401
Maltet 143 236
Manasse 424
Mandl 78
Manget 355
Mann 87
Mannaberg 30 419
Manson 404
Marage 29
Maragliano 368 376 377
Marais 328
Marandon de Montyel 176
Marchal 8
Marchand 379
Marcille 183
Marcuse 148

Marey 52
Marfan 45 235 388
Mariani 243 367
Marie 60
61 69 93 151 203 213
270 379 393 400 401 423
Marina 238
Marinesco 393
Marion 355
Marque 303
Martin.. 28 192 198 231 323
Marty 130
Marzagalli 377
Masaïev 436
Massary (de) 253
Massey 231
Mathes 286
Mathieu 204 220
Mathis 29
Matteucci 328
Matzenauer 136
Mauclaire 353 362
Maumus 263
Maunoury 362
Maurel 29
114 123 127 215 229 407
409
Maury 165 372
Mauté 157
Mayer 149 158 280
Maylard 238
Mayoud 160
McCrae 230
Meer (von) 87
Meier 346
Meige 130 258 270
Meijers 256 347
Meillère 52 355
Melzi 160
Mendel 53 320
Méndez 326
Ménétrier 150 290 370
Menzer 263 394
Mercier 264
Mergoni 272
Mériel 263
Mering (von) 142
Merklen 28
105 134 182 183 189 388
Merletti 139
Méry 189 203 220 228
Mesnil 196
Meyer 40
Michaelis 71 279 370
Michaux 44 75 408
Mignon 84 172 227 253
Mikulicz (von) 120
Milian... 60 75 202 379 409
Millard 340
Minkévitch 372
Minkowski 141
Minssen 62
Mironov 58
Moeller 285 339
Mohr 264
Moizard 135 423
Möller 53 246
Monari 47
Monckton 387
Mongour 114 123
Monod 84 92 252 407
Monprofit 353 360 362
Monrad 24
Montagnon 356
Montfort 412
Montoro de Francesco 164
Moore 340
Moreau 402
Morel 92 157 189
Moreno de la Torre 387
Morestin 22 104 410
Moreul 165
Morisani 324
Morris 174 293
Moser 338
Mosetig-Moorhof (von) 419
Mosny 60
Mosse 71
Mossé 113 130
Moszkowics 76 419
Motas 202
Moty 75
84 134 159 235 337 363
369 408
Mougeot 92
Mouneyrat 104
Mousseaux 268
Moussous 123
Moussu 234 407
Moutard-Martin 44 220
Muggia 223
Müller 80 134 148 160
Müllerheim 394 410
Munch 82
114 128 130 426 432
Munro 347
Munter 23
Muratet 106 183
Muscatello 167
Mya 280 375 377
Mygind 288

N

Nageotte 28
Naoumann 420
Neck 436
Neermann 176 304
Nélaton 214 387
Netter 39 92 423
Neumann 29 136 215
Nicholson 176
Nicloux 198
Nicolas 246
Niémtchenkov 184
Niesnamov 8
Nigrisoli 324
Nobécourt 418
Noble 47 231
Nocard 181 202 358
Noé 29
Nöggerath 432
Nogués 257
Noorden (von) 264
Noordijk 293
Nordmann 237
Norfleet 8
Nösske 119
Nothnagel.... 86 215 395 419
Novicov 95 216

O

Oberthür 268 269
Obrastzov 312
Obregia 260 267 268 269
Ochsner 380
Oettingen (von) 199
Œttinger 49 156
Offer 395
Oliari 95
Oliver 78
Olivieri 272
Onorato 377
Opie 339
Oppenheim 52 220
Orlipski 168 380
O'Sullivan-Beare 48
Otradinsky 56
Ott (de) 318
Ottaviano 167

P

Pace 377 378
Pacheco Mendes 54
Packard 200
Pagenstecher 272
Pagniez 28
159 172 270 277 302 407
Pailhas 262 267
Pailheret 277
Pál 75
Paltauf 338 395
Panas 6 74
Pane 368
Pansier 248
Panski 285
Panzacchi 311
Parant 262
Pariser 141
Parker 15
Patella 368
Patoir 76
Pauchet 105 235 361
Pauli 424
Pautrier 401 424
Paviot 269
Payr 122 427
Pearson 396
Péchadre 14
Pekelharing 293
Pellerin 401
Pels-Leusden 40 132
Pennington 16
Péraire 361 364
Perassi 239
Percival 407
Perez 54
Perl 40 173
Perlis 280
Perroncito 69
Perry (de) 262
Personali 200
Perthes 117 272
Peters 325
Petersen 119 130
Petit 7 105 236
Petraroja 232
Peugniez 354
Peyrot 44 251
Peyroux 422
Pfaundler 419
Pfeilschneider 118
Philippe 269
Phulpin 105
Pichler 411
Pick 63
159 172 221 279 395
Picot 114 122 123
Picqué 21
60 157 202 263 338 364
435
Piéchaud 134
Piéron 104
Pierret 259
Pietri 64
Pilsky 8
Pinard 319
Pineles 394
Piorkowski 93
Pitres 127 259 393
Pizon 14
Placzek 231
Plesch 139 336
Pluyette 182 253
Podciechowski 264
Poëy 252
Poirier 28
75 92 142 150 157 253
392
Pokchichevsky 95
Polacco 94
Polubogatov 55
Poncet 74 114 234
Popov 88
Portier 43 70
Potain 277
Potapov 387
Potarca 176
Poten 174
Potherat 69
105 115 202 203 408
Pousson 363
Pozzi 323
Preobrajensky 412
Presta 359
Prjevalsky 139
Prochnik 29
Proust 345
Prunac 278
Prunier 69
Prutz 131
Pryor 47
Pugnat 184

Q

Quénu 21
28 44 60 69 92 134
164 202 214 219 235 236
253 378 418 432
Quervain (de) 122 133 134 171
Queyrat 229 409
Quincke 148
Quiserne 182 235 255

R

Rabajoli 376
Raczowski (de) 277
Ragalski 157
Raïevsky 428
Railliet 128
Randers 287
Rapin 204
Rasumowsky 411
Rathery . 28 44 172 277 433
Ravant 52 245 254 392
Ravenel 238
Raviart 270
Ravitch 208
Raybaud 433
Raymond 89
Raynaud 40
Reale 376
Reber 86
Reboul 353 362
Reclus... 28 92 150 234 387
Reer 252
Reerink 131
Régis 267 270
Régnier 59 74
Rehn 121 133
Rehns 106 143
Reichert 40
Reid 64
Reimer 264
Rein 319
Remak 135 220 320 410
Remlinger 370
Rem-Picci 55
Remy 320
Renault 84 228
Renaut 114 388
Rendu 6 39 60
Renon 22 235 345 423
Reverdin 224 363
Reymond 352
Reynès 353 363
Reynier 43
69 104 150 157 252 253
355 362 408
Ribeiro Couto 295
Riberolles 126
Ribierre 245 254
Ricard.. 28 202 214 253 392
Riche 263 369
Richelot 28
51 59 60 69 134 142
143 181 337 392 418 423
Richet 43 70 183 418
Richter 107
Riedel 133 134
Rieux 165
Rispal 130
Ritter 93 134
Riva 368 376
Robin 27 134 327 417
Rocca-Serra (de) 50
Rochard 182 203 252
Roche 428
Rodet 408
Roger 393
Róna 72 168
Roncagliolo 377
Roorda Smit 16
Roosen-Runge 339
Rose 56
Rosenbaum 147
Rosenberg 395
Rosenfeld 103 149
Rosenheim 40 85
Rosin 23
Rossoni 368
Rothe 420
Rothmann 61 410
Rothschild 40
Rouget 70
Rousseau 263 401
Routier 59
92 134 143 150 203 219
228 253 345 369 378
Rouville (de) 203
Roux 121
181 204 353 361 362
Rovsing 132 207
Roy 16 203
Royster 238
Ruata 223
Rucavado 96
Rudinger 419
Rudolph 412
Rummo 376
Rumpel 141
Rumpf 148
Rust 426

S

Sabouraud. 22 84 85 159 409
Sabrazès. 29 46 106 183 435
Sacquépée 235 345
Sahli 141
Sailer 371
Salge 83
Salomon 93 149 408
Salzwedel 246
Samberger 80
Sanger 133
San Martín y Satrústegui 395
Sassaparel 8
Savariaud 353
Saward 152
Schäffer 30 70
Schauta 271 319
Scheie 118
Schild 93
Schlagdenhauffen 252
Schlange 118
Schlesinger .. 86 173 371 419
Schmidt 30 72 149
Schmiedicke 96
Schmoll 251
Schnirer 30
76 86 107 136 160 173
184 200 216 338 371 395
419 425
Schnitzler 76 371
Schönemann 292
Schönheimer 115
Schott 149
Schottelius 338
Schröder 304
Schrön 240
Schrötter (von).... 30 141 149
Schücking 200
Schüle 222
Schüller 371
Schultze 141
Schur 76
Schwartz 59
75 105 252 362 432
Schwarz 85 395
Schweitzer 296
Sciallero 377
Sebastiani 412
Sebileau 228 408
Sebring 388
Sederholm 16
Seglas 268
Segond 92 142 369
Sellei 88 348
Senarclens (de) 204
Senator 29
45 61 379 380 402
Sendziak 222
Seppilli 403
Seregé 70
Sevestre 92 128
Shaw 231
Sheild 8
Sicard 52 418 433
Silvestri 176
Silvestrini 375 376
Simon 78 165
Simonin... 6 93 220 235 378
Simonini 326
Simpson 319
Singer 395
Sipari 222
Siredey 158 245 388 400
Sjögren 16
Small 231
Smith 388
Soloviev 240
Somers 152
Sonnenburg 122
Soret 27
Sorgo 86
Sorotchinsky 262
Soulier 126
Souligoux 69 228 361 363
Soupault 220 423
Souques 105
151 165 183 197
Spiegler 85 184
Spiller 188
Spinelli 323 324
Sprengel 121 131
Springer 207 354
Spronck 343
Staalberg 48
Stadelmann 246 401 402 410
Stangenberg 346
Stangl 199
Stassano 277
Stefanovsky 356
Steinbüchel (von) 404
Steiner 62
Stephanowska 190
Stern 230
Sternberg 76 107 371 395 425
Stewart 216
Stinson 256
Stockmann 78
Stoker 372
Stork 200
Strasser 395
Strassmann 115
Strauss 85 141 184
Strubell 148
Sturm 237
Sultan 118
Surmont 172
Svehla 80
Swales 88
Sweet 426
Syllaba 79
Szontagh (von) 419

T

Tailhefer 362
Tanfiliev 239
Tarnovsky 206
Tarruella 359
Tavel 64
108 133 227 271 362
Taylor 388
Tédenat 361 363
Teissier 29 123
127 128 197 255 389
Teixeira de Mattos 83
Teleky 173 184 395
Temoin 401 408
Terrien 143 150 182 183
Terrier 28
142 150 202 220 253 352
Terson 256
Teyssier (de) 116 324
Theilhaber 346
Themerson 294
Theobald 208
Thibierge 392 433
Thiem 133
Thiéry 353 361
Thoinot 220
Thomalla 411
Thomas 165 214 215 245
Thomayer 224
Thommen 271
Tietze 122
Tillaux 134
Tissot 188
Tixier 224
Tobeitz 224
Tollemer 337
Topolanski 107 419
Tóth 348
Touche 39 52 69 214
Toulouse 197
Treitel 40
Trendelenburg 118 133
Treub 323
Triboulet 378
Trinkler 327
Tripier 248
Troisfontaines 192
Tuffier 69
75 92 157 202 219 253
323 388
Turck 230
Türk 76
Turner 356
Tzviétaïev 328

U

Uchermann 311
Uhlenhuth 94
Ullmann 85 189 395 419
Unger 116
Urbantschitsch 371

V

Vaillard 93 150
Valentino 309
Vallas 362
Vallon 267
Van den Corput 7
Van Emden 294
Van Gehuchten 402
Van Ijzeren 15
Vanverts 364
Van Vyve 198
Vaquez 51
165 182 235 245 254 378
392 393 418
Variot 22
39 51 52 135 150 158
Vaschide 92
104 197 263 303 387
Veis 304
Veit 323
Venneman 190
Vercesco 176
Verchère 379
Ver Eecke 113 114
Verger 143 280

Vérité 84
Vernitz 56
Véron 246 263
Veyrassat 411
Vianello Cacchiole 280
Viannay 32
Vidal 352
Vieira 199
Vignolo 427
Villar .. 352 353 362 363 369
Villaret 7
23 29 40 45 53 54
61 71 85 94 106 116
135 159 160 173 184 190
199 204 215 221 230 246
264 371 394 402 410 424
434
Villemin 263
Vincent 158 254
Virchow 7
Vlaccos (de) 46
Vladimirov 160 327
Vogt 149
Volhard 148
Völker 117
Volkovitch 152
Vollbracht 85
Voorthuis 206
Vorochilsky 232
Vrédène 180
Vuillemin 51 181
Vulpius 364
Vurpas 92 215 303 387

W

Waldo 63
Walko 380
Wallis 168
Walsh 230
Walther 92
105 150 172 219 228 392
Walzberg 435
Wassermann 263
370 371 420
Weber 149 410
Webster 230
Wedensky 354
Weidenfeld 380
Weil 345 375 378 393
Weinlechner 136
Weiss 27 214 395
Wells 230
Wertheim 323
Wesolowski 191
Westenhöffer 424
Weyl 71
Whiteford 192
Wickham 198
Widal 28
39 52 60 69 93 158
203 228 244 245 254 255
370 392 400 408 433
Wiesel 200
Wilbert 425
Williams 328 425
Willis 56
Willson 230
Wilms 173 232
Winkler 304
Wolff 40 61 199 246
Wright 412
Wychgel 347

Z

Zahkaria 51
Zaky 165 215 255
Zanoni 369 378
Zelenski 240
Zesas 284
Ziegenhagen 23
Ziemssen 117
Zinn 71
Zlotovsky 312
Zondek 45 410
Zuckerkandl 200
Zülzer 7
Zuntz 291
Zunz 434
Zweifel 208 286 324

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. CHARPENTIER.

LA

SEMAINE MÉDICALE

VINGT-DEUXIÈME ANNÉE

1902

ANNEXES

PARIS

BUREAUX : 18, RUE DE L'ABBÉ-DE-L'ÉPÉE

—

1902

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

LA SEMAINE MÉDICALE

VINGT-DEUXIÈME ANNÉE

ANNEXES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1902)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

A

Académie de médecine pratique de Francfort-sur-le-Mein 206
Afrique occidentale française (Projet d'assainissement de l') 206
Animaux domestiques et propagation de la variole 158
Annonces soumises à l'appréciation du corps médical 158
Assainissement de l'Afrique occidentale française 206
Assistance médicale en Italie 206

B

Bureau sanitaire international de Washington 206

C

Carrière médicale et diplômes universitaires qui y ont donné accès, en France, pendant le dix-neuvième siècle 5
Centenaire de l'internat des hôpitaux de Paris 85
Certificat médical et mariage en Espagne 158
Chambre médicale suisse 17
Cœur et sa mensuration 1
Commission médicale suisse 17
Concours international pour l'étude de la nature de la substance vénéneuse du poisson et de ses antidotes 185
Conférence internationale de la Croix-Rouge 101
— sanitaire internationale des Républiques américaines 206
Congrès autrichien de médecine sociale 206
— de Madrid et son règlement 97, 137, 206
Croix-Rouge (Septième Conférence internationale des Sociétés de la) 101
Cystoscopie sus-pubienne 29

D

Diplômes universitaires ayant donné accès en France, pendant le dix-neuvième siècle, à la carrière médicale 5
Docteur en médecine président du Conseil des ministres en France 93

E

Ecoles en France et prophylaxie de la tuberculose 178
— publiques et leur inspection médicale à New-York 158
Ecrémage et teneur du lait en lécithine 145
Etudiantes à l'Institut de médecine pour les femmes à Saint-Pétersbourg 206
Etudiants en médecine dans les Facultés et Ecoles françaises en 1902 54
— — en France et en Allemagne 141
Exercice de la médecine par les étrangers au Luxembourg 206

F

Facultés et Ecoles de médecine françaises (Nombre des étudiants inscrits, en 1902, dans les) 54
Fédération médicale suisse 17

H

Hygiène publique et assistance médicale en Italie 206
— scolaire en France 178

I

Inspection médicale des écoles publiques à New-York 158
Institut bactériologique français à Bangkok 206
Institut de médecine coloniale de Paris 158
— — pour les femmes de Saint-Pétersbourg 206
Internat des hôpitaux de Paris (Centenaire de l') 85

L

Lait et sa teneur en lécithine après écrémage 145
Loi relative à la protection de la santé publique en France 22

M

« Malade » (Etymologie du mot français) 198
Maladies contagieuses et voyageurs de commerce en Autriche 158
— vénériennes en Prusse 109
Mariage et certificat médical en Espagne 158
Médecins suisses (Fédération des) 17
Médicaments héroïques et unification internationale de leur formule 166

N

Nécrologie 1, 9, 13, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 61, 69, 77, 89, 101, 113, 117, 125, 133, 145, 157, 165, 169, 173, 185, 189, 193, 197, 201, 209

P

Percussion (Procédé perfectionné de) 206
— du cœur 1
Poissons vénéneux (Concours pour l'étude des) 185
Population de la France en 1901 9
— — et son mouvement en 1901 181
Président du Conseil des ministres en France (Un docteur en médecine) 93
Prix décernés par l'Académie de médecine de Paris en 1902 à des médecins étrangers 205
— Nobel (Distribution du) 201
— proposés par l'Académie de médecine de Paris pour l'année 1904 16
Propriété littéraire en matière de presse médicale 53
Protection de la santé publique en France (Loi relative à la) 22

R

Radiothérapie et responsabilité médicale 5
Recensement de 1901 en France 9
Responsabilité médicale en cas d'application des rayons de Röntgen 5

S

Sanatoria pour tuberculeux indigents en Espagne 206
Santé publique en France (Loi relative à la protection de la) 22
Sérum antiscarlatineux 158
Suicides en France pendant les vingt dernières années du dix-neuvième siècle 153

T

Tuberculose en Espagne (Projet de loi relatif à la prophylaxie de la) 206
— et sa prophylaxie dans les écoles en France 178

U

Unification internationale de la formule des médicaments héroïques 166

V

Vaccination en Angleterre 206
Variole et sa propagation par les animaux domestiques 158
Voyageurs de commerce et obligation de certificat médical en Autriche 158

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL (ANNÉE 1902)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

A

Aakerman 211
Aaron 70
Abadie 2 82 170 195
Abbe 118 211
Abbott 39 176 198
Abderhalden 146
Abel 39
Abell 119
Abelsdorff 39
Aberastury 175
Abesgaus 18
Abesser 34
Aboulker 62
Abrahams 135 175
Abrahamsen 142
Abramoff 98 158 174
Abrams 82 106 134
Abrikossov 103
Abuladse 135
Achalme 34 212
Achard 182
Acker 212
Acquisto 18
Adam 134 212
Adami 182
Adamkiewicz 146
Adda 102
Addario 102
Adenot 79
Adler 46 62 146 211
Adrian 14 203
Adt 88
Afzelius 183
Agathos 110
Agéron 190
Ahlfeld 27 212
Ahlström 123
Ahrens 3
Aichel 39 71
Aikin 202
Aillet 98
Aimé 103
Ajello 143
Akutsu 182
Alaux 182
Alba Carreras 176
Albeck 107
Albert 3 30 151
Albert-Weil 176
Albertin 3 159
Albrecht 54 159 190
Albu 34 38 82
Alderton 39
Aldor (von) 46
Aldrich 7 202 212
Alegiani 151 159
Alessandrello 99
Alessandri 103 104 118
Alessandrini 54
Alessi 8 102 143
Alexander 10
15 78 122 159 167
212
Alexandre 43
Alexandrov 39
Alexandrowicz 170
Alexéiev 135
Alguine 212
Allain 170
Allaire 67 159
Allard 46 132
Allaria 38
Allchin 54 210
Allen 38
47 87 103 118 202
Allgeyer 35
Allingham 68 119
Allis 91
Almès 66
Almkvist 66 198
Alquier 130
Alsberg 107 119
Alterthum 107
Alurralde 175
Amann 3
71 91 119 146
Amantini 151
Ambrosini 8
Amburger 3
Amigues 146
Amrein 135 147
Amson 74
Amyx 3 211
Andéol 170
Anderodias 135
Anders 70 74 94
Andersch 94
Anderson 32
Andrade (C. de) 24
André 38 107 184
Andrews 63 70
Andvord 135
Anfreville (d') 171
Angelici 146 210
Angheloff 170
Annovazzi 31
Ansaloni 11
Anschütz 54
Anselmi 135
Antal 3
Anthony 10
Antoine 130
Antoine de Taillas (d') 170
Anton 10
Antonacopoulo 190
Antonelli 96 107 151
Antonini 94
Anzilotti 10 31 38 54
Anzinger 106
Apert 119
Aphentoulidès 170
Aporti 135 170 208
Apostoli 96
Appel 55
Appelbaum 94
Aráoz Alfaro 91 107
Arapov 135
Arata 91
Arbaud 10
Arcangeli 32 119
Arène 170
Ariès 98
Arkangelskaya 18
Arkine 2
Arloing 26
30 74 94 111 119
122 130 150 182
Armaignac 107 211
Armand 26 182
Armand-Delille 127
Armstrong 135
Arnaoudoff 186
Arnaud 158
Arndt 78
Arning 42
Arnold 78 94 198
Arnould 171
Arnozan 96
Arnsperger 119
Aron 48 134
Aronsohn 98
Aronssohn 126
Arsimoles 146
Arthus 102 103 210
Arullani 143
Arzac 46
Asch 90
Aschoff 174
Ascoli 6
26 30 34 67 74
111 134 190 198
Asher 207
Ashihara 2
Askanazy 194
Asselin 154
Assfalg 94
Assicot 118
Astros (d') 99
Astruc 195
Atabékiantz 18
Athanassoff 154
Atlee 11
Aubaret 39 184 195
Aubeau 67
71 104 107 119 175
Auber de Peyrelongue
(d') 46
Aubert 67
Aubertin 106 166
Aubery 48 91 106 186
Aubian 46
Aubineau 123 124 151
Aubry 70
Aucaigne 202
Auché 18 26 34 74
Audain 118
Audan 186
Audebert-Lasrochas 134
Audenino 212
Audiau 211
Audibert 70 119 142 176
Audiffrent 124
Audry 63 183
Auerbach 190
Aujeszky 212
Auler 14
Ausset 3
15 75 88 135 147
168 176 212
Austregesilo 135 146
Auvard 39
Avellis 32
Axenfeld 203
Aymé 30
Ayres 63
Ayrignac 26
Azémar 66

B

Baas 118
Babcock 82 203
Babes 66 102 106
Bacaloglu 119
Bacaresse 94
Baccarani 34
38 106 134
Baccelli 26 30 46 62
Bach 102
Bachelet 198
Bachmann 118
124 138 203
Bacialli 102 135
Bäcker 212
Backman 94
Bacon 151 159 203 212
Badal 11
31 39 55 123 168
Badaloni 135
Bade 203
Bädeker 91
Badia 208
Badin 102
Baeyer (von) 8
Bagarus 107
Baginsky 15
106 107 118 168
Bahans 191
Bail 42
Bailey 175
Baillet 14
Bailliart 203
Bailly-Salin 122
Bain 30
Bainbridge 134
Bajardi 90 140
Bajénov 134
Bakardjieff 170
Baker 151
Balacescu 34 135
Baldassari 54 91 135
Baldi 34
Baldy 11 151 159
Balfour 179
Ball 63
Ballance 90
Balland 32 140 208
Ballantyne 32 151
Ballet 142
Ballner 16
Balloch 107
Balthazard 179
Bamberger 203
Bancel 26 135
Bandel 146
Bandelac de Pariente 122
Bandelier 195
Bandi 38 135 211 8
Bandler 39 43 179 210
Bang 18 34
Banks (Sir W. M.) 70 124
Bannes 211
Bannister 159
Banti 158
Baracoff-Dimitre 138
Baracz (von) 54 119 191
Baradat 48
Barailhé 66
Baratoux 135
Barbarin 94
Barbaroux 170
Barbarroux 170
Barbary 134
Barbat 15
Barbe 95
Barbé 2
Barbèra 122 134 143
Barbiani 99
Barbier 94
Barbosa 107
Bard 2 67 118 182
Bardach 94
Bardeleben (von) 182 186
Bardes 75
Bardwell 35
Barendrecht 118
Baret 38
Barette 203
Bargnoni 90
Barjon 2
10 26 118 183 202
Barker 3 67 119 151
Barnard 202 211
Barnes 151
Barnsby 171
Baros 150
Barotte 154
Barr 202
Barraja 176
Barratt 186
Barrau 146
Barrel 186
Barrère 46
Barret 30 116 147
Barringer 118
Barros (A. D. de) 156
Barstow 135
Bartel 62
Bartels 150 211
Barth 119 195
Barthélémy 66 190
Barthez 126
Bartholdy 119
Bartrina y Thomas 151
Basan 3
Bashford 118
Bass 171
Bastero Lerga 195
Bastian 159
Bastin-Williams 184
Batsch 191
Battelli 18 106 210
Batten 39
Battle 175 183
Baty 126
Bau 66
Baudin 150
Baudouin 2
35 74 95 107 168
190
Baudran 79
Baudry 143 211
Bauer 39
Baum 147
Baumgart 91
Baumgarten 48
62 82 86 106 146
171
Baumgärtner 107
Bäumler 107
Bäumlin 54
Baumm 27 107
Baur 66 130
Baurowicz 3
Baurrier 182
Bayer 68 102 119 212
Bayet 118
Bayle 107 203
Bazénerie 55
Bazerolle 134
Beach 211
Beaban 8
Beard 174
Beatson 68
Beattie 27 186
Beau 66 114
Beauchef 134
Beaugeard 94
Beauperthuy 134
Beauregard 39
Beausoleil 151
Beaussenat 46
Bec 170
Becher 82
Bechterev (von) 2
10 35 106 118 150
159
Beck 3
14 31 39 47 48
54 68 70 71 82
91 96 119 122 135
151 159 174 186 191
202 208
Beck (von) 183
Becker 67
86 106 118 119 159
170 191 210
Beckmann 175 183
Beddard 118
Bégot 146
Bégouin 70 107 183
Behrend 7
Behring (von) 107
Belbèze 186
Bélètre 138
Bell 3 70 200
Bellamy 18 78
Bellan 114
Bellati 202
Bellei 118
Belli 32 96
Bellini 208
Below 119
Beltrami 183
Benassi 7
Benda 35
Bender 11
Bendix 67
91 94 190 195
Bénech 130 156
Benedict 68 151
Benenati 30 146 155
Bénéteau 102
Benevento 38
Beniasch 146
Beninde 16
Benjamin 3
Bennecke 118
Bennett (Sir W.) 107
Benoist 130 132 147
Benoit 94 135 211
Bensen 119
Bente 88
Bentivegna 62
Benvenuti 35 90
Bérard 31 127
Béraud 182
Berdach 47
Berdal 159
Berestnev 159
Berg 70 151 175
Bergengrün 119
Berger 26 91 119 167
Bergey 79 198
Bergh 103 106 175
Bergholm 212
Bergmann (von) 90
107 211
Bergonié 200
Bergouignan 114
Bérigaud 138
Berlatzky 94
Berliner 118 202 211
Bernabei 135
Bernabeo 191
Bernard 2
30 63 67 70 183 195
Bernardbeig 191
Bernasconi 186
Bernays 111 159
Berndt 91 159
Bernel 46
Bernert 106
Bernhardt 3 10 191 202
Bernheim 190
Bernucci 106
Berrier 134
Berruyer 30
Bertelsmann 167 175
Bertenson 104
Berthier 98
Bertier 168
Bertignon 150
Bertin 16 103 159 198
Bertin-Sans 104
Bertrand 66
118 135 183 198
Bertucat 208
Besançon 43
Besio 11 47
Besnier 11 122 183
Besredka 34 79
Besse 18 130
Bessel-Hagen 70
Besson 96
Besta 211
Bettmann 7
46 106 159 183
Beulaygue 170
Beurnier 43
Bevacqua 47
Beyea 27 43 151
Beyer 11
Bézy 195
Bezzola 198
Biagi 54 175
Bial 146
Bialobjesky 135
Bialy 119
Bibent 195
Bicci 122
Bichat 135 150 191
Bickel 30 90 190 202
Bidder 151
Bidon 70 106
Bidone 39
Bidwell 107
Bielert 68 87
Biedl 190
Bielschowsky 182 198
Bielsky 190
Bierhoff 90 139 156
Biernacki 67
Biffi 26 32 96 107
Bigg 88
Biggs 82
Bikeles 35 70
Bilhaut 71
Bilik 75
Billet 10 118
Billings 26 170
Binaghi 167
Binda 63 143
Bindi 202
Binet-Sanglé 2
Binetti 2 190
Bing 54
Bingel 94
Biondi 91
Bird 91
Bire 170
Bisch 30
Bischofswerder 94
Bishop 48 74
Biss 202
Bissauge 91
Bissell 135
Bizzozero 10
Björklund 35
Björkstén 26 176
Black 151
Blad 134
Blagowjeschtschenski 104
Blake 31 135 159
Blanc 3 102 170
Blancard 122
Blanchard 150
Blanchet 6 126
Blanchon 170
Blandin 46 134
Bland-Sutton 176
Blanquinque 126
Blaschko 159
Blasi 200
Blasius 26
Blaskovics 11
Blau 168 179
Blauel 38
Blaufus 170
Blavot 98
Blayac 170
Blecher 3 175
Bleuzé 198
Bloch 66
67 94 106 135 182
Blondel 142 176
Bloodgood 31
Blos 95
Blottière 111
Blouet 134
Bluhm 107
Blum 54 62 78 174 210

Blume 26
Blumenthal 184 211
Blumer 16 82 106
Blumfeld 151
Blumreich 107 174
Boas
67 74 118 134 158
Boccardi 10
Boccasso 191
Bocci 106 122
Bock 118
Bockenheimer 107
Bockhart 11
67 87 90 104 106
118
Bocquillon 102
Bocquillon-Limousin 55
Bodin 147 207
Boeg 190
Boeke 203
Boeri 30 183
Bogdan 195
Bogdanik 107 191
Boghossian 18
Böhm 30 202
Böhtlingk (de) 86 118
Boidin 95
Boinet 79 95 191 202
Boissat 186
Boix 94 171
Bókay (von) 75
Bökelman 94
Boks 31
Bollack 26
Bolles Lee 166
Bolli 10 135
Bollinger 134
Bolton 14 134 135
Bommier 8
Bomstein 200
Bonain 184
Bonandi 124
Bonanni 26
Bonatti 183
Bond 70
Bondesen 96
Bondi 8
Bonelli 212
Bonhöffer 10 90
Boni 91 135
Bonifield 151
Bonjour 30
Bonnamour 14 27 135
Bönnecken 47
Bonnel 138
Bonnet 2 170 190
Bonnier 26
Bono 190 195
Bonome 10 200
Bonsdorff (von) 211
Bönsel 212
Borchard 3 31 82
Borchardt 82 103
Bordas 24 183 200
Borde 39
Bordenave 26
Bordereau 182
Bordet 31 182
Bordier 26
71 74 94 102 116
130 132 147 176 208
Bordoni 14 26 74
Borelius 70 119
Borgherini 190
Bormans 90
Borne 134 212
Borobio 200
Borrmann 10
Borst 106
Borszéky 54 68
Boschetti 34
Bosellini 202
Bossuat 126
Bost 18
Boston 42 106
Böttiger 87
Boucaud (de) 107
Bouchard 86 182 186
Bouchaud 70
Bouchet 114
Boudin 159
Boudreau 146
Bouffleur 184
Bouhadjeb 46
Bouin 190
Bouinévitch 134
Boulade 134
Boulai 75 103
Boulenger 198
Boulud 2 98
Bourak 184
Bourdeaux 102
Boureau 183
Boureille 26
Bouret 147
Bourg 118
Bourgeau 106
Bourgeois 68 110 114 211
Bourges 130
Bourget 8 119 142
Bouriot 146
Bourla 98
Bourret 43 46
Boursier 71
Bousquet 170
Bousseau 6
Boutier 106
Boutry 186
Bouveret 2 67 118
Bouzitat 126
Bouzoud 74
Bovée 119 203
Bovier-Lapierre 186
Bowhill 171
Bowie 118
Bowman 67
Box 74
Boyce 140
Boyd 63
Boye 182
Boyer 138
Braatz 183
Bracken 10
Bradford 75
Bradshaw 2 74 146
Braine-Hartnell 87
Braitenberg (von) 107
Braithwaite 86
Bramwell 35
Brancaleone-Ribaudo 42
Brancati 118
Brandenberg 70
Brandenburg 98 158 183
Brandweiner 151
Braquehaye 68 139 167
Brasch 70
Brassart 167 210
Bratz 35
Brauer 159
Braun 14
54 62 134 183 210
Braun (von) 212
Braunschweig 7
Braye 114
Brayton 106
Brécy 122 199
Bredier 122
Breffeil 46
Bregman 35 46 54
Breitenstein 67
Breitung 7
Brejtman 183
Brémont 126
Brengues 159
Brennsohn 68
Breton 32
75 88 124 198
Breucq 96
Brewer 107
Brianes 170
Brickner 119
Bridges 150
Bridier 182
Bridoux 198
Brieger 171 190
Briens 130
Briggs 95
Brill 146
Brillaud 30
Brinda 32
Brindel 15
Brion 159
Brissaud 86 182 190
Brito-Foresti 175 191
Britto (V. de) 118
Broadbent (Sir W. H.) 158
Broca 32 135 143
Brocard 94
Brocq 11 46 67 183
Brodie 135
Broeckaert 38
Bronner 88
Bronstein 10 140
Brook 119
Brooks 70 150
Brooksbank James 88
Bröse 39
Broter 78
Brothers 104
Brouardel 62
75 91 104 107 124
170 171 190 212
Brower 2 159
Browicz 166
Brown 75
95 119 202 211 212
Brownlee 10
Bruandet 190
Bruas 154
Brucauff 62
Bruce 10
Bruch 16 71 168
Bruck 183
Bruckner 63
Brudzinski 156 168 208
Brugeille 187
Brügelmann 74 82
Brugnola 62
Brugnot 122
Brühl 207
Bruining 190
Brun 66 154
Brun (de) 54
Brunazzi 134
Bruncher 47
Bruneau 10
118 134 135 198
Brunet 30 46 182
Brüning 175 212
Brunn (von) 71 211
Brunner 54 74 174
Bruno 10 98 150
Brunotte 47
Bruns 2
26 90 95 111
Bruns (von) 90 167 211
Brunschvig 68
Brunschwig 130
Brunswic-Le Bihan 167
Brunton (Sir L.) 107
151 171
Bruscalupi 35
Bruschini 143
Bruusgaard 35 118
Bryant 54 151
Buard 139
Buccelli 95 96 211
Buch 48 67 106 135
Buchanan 2
Buchner 6 10 34
Buck 71
Bucura 48
Budberg (von) 27
Büdinger 14 31 195
Bué 96 110 212
Buffa 10
Bühler 175
Bukovsky 3
Balius 96
Bull 11 34 62 96
Bullard 119
Bullock 119
Bullrich 191
Bülow-Hansen 107 119
Bum 55 119 167
Bumat 182
Bumm 159
Bundschuh 38
Bunge (von) 66
Büngner (von) 211
Bunts 71
Burckhard 48
Burckhardt 168
Burckhardt (von) 3
Bureau 11 150
Buret 103
Bürger 8
Burgerhout 202
Burgerstein 179
Burghard 14 68 167
Burke 54 150
Burkhardt 78
Burmeister 91
Burnett 119 135
Buro 91
Burt 94 118 135
Burwinkel 134
Busacca 71 151
Busquet 19 106 146 184
Busscher (de) 210
Busse 62 179
Butler 54 106
Butlin 3
Butz 3
Butza 26
Buxton 31 175 176
Buzzard 87
Bychowski 207
Byford 71

C

Cabannes 39 68 123 184
Cabon 138
Cabot 31 71
Cacace 143 176
Caccini 30
46 54 67 103 159
Cackovic (von) 95
Cade 2
10 26 67 103 118
183 202
Cadet 6
Cafiero 30 170
Cagnetto 114
Cahanesco 55
Cahen 119
Cahier 183
Cahn 106 134
Calabresi 34
Calamet 94
Calandra 7
Calas 170
Calderonio 159
Cali 91
Callet 38
Calmette 140
Calugareanu 87
Calvet 146
Calvini 139
Calvo 134
Camaggio 143 175
Cambier 147
Cambours 43
Camerer 170
Cameron (Sir Ch.) 107
Caminiti 82 119
Campana 78 191
Campanella 171 190 195
Campiche 107
Campione 91 151 159
Campredon (de) 186
Camus 10 102
Camuset 138
Cancino 210
Candegabe 6
Caneva 35
Canevazzi 7 103 110
Cannon 94
Canon 31
Cantacuzène 190
Cantalamessa 48
Cantalupo 94
Canton 26
Cao 68 107
Capaldi 191
Capauner 211
Capdevielle 66
Capitain 186
Capogrossi 79 103 134
Cappelletti 118
Cappelli 103
Cappuccio 63 159 190
Capriati 19 143
Caradja 134
Caraës 6
Carafoli 202
Carayon 31
Carbone 118
Carbonelli 48
Cardoso 167
Cardot 126
Carducci 134
Cargue 146
Carini 151 191
Carle 67 78
Carless 191
Carlet 138
Carlier 198
Carmalt 151
Carnett 127
Carnot 142
Caro 116 212
Caron 106
Carp 74
Carpot 10
Carr 71
Carrara 90 190 212
Carrel 183 191
Carreras 194
Carrez 66
Carrier 2 106
Carrière 3
19 39 42 55 70
99 118 119 135 158
159 168 182 195 212
Carroll 74 202
Carron 186
Carstens 96 151
Carter 71 86 91
Carton 98 143
Carwardine 119 175
Casabianca (de) 183
Casali 91
Casassa 32 91
Casavecchia 135
Cascella 35
Casciani 200
Casella 2
Cash 171
Casparie 138
Casper 55 68
Cassé 134
Casselberry 8
Cassiau 170
Cassirer 118 211
Cassuto 39 151
Castelain 198
Castellani 159
Casteret 182
Castex 135
Catellani 39
Cathala 42
Cathcart 183
Cathelin 107 122
Cathelineau 135
Caton 63
Cattaino 54
Cattan 104
Cattaneo 135 184
Catterina 151 159
Cattier 138
Cattle 106
Cauderay 130
Caudron 183 198
Causse 171
Cautley 3 86
Cauzard 30
Cavallero 39
Cavani 210
Cavazza 30 150
Cavazzani 3 32 55 107
Cavicchia 203
Cayla 96 130
Cayre 110
Cecchetelli-Ippoliti 151
Ceconi 2
10 26 106 150 158
Cedercreutz 191
Celli 70
Celos 110
Ceni 7
Censier 202
Centanni 74 103 190
Centeno 195
Cérac 98
Ceradini 34
Ceramicola 35
Cerf 151 190 207
Cernezzi 210
Certowitch 18
Cesareo 119
Cesari 118
Cesaris 107
Cesaris-Demel 210
Cevidalli 26
Chabade 170
Chabaud 170
Chabert 118
Chabert (de) 171
Chadzynski 98
Chaïkévitch 35
Chaillous 15 132 184
Chaldecott 212
Chaleix-Vivie 104 176
Chamaillard 138
Champeaux 122
Champeaux (de) 35
Champy 66
Chanoz 31 190
Chantemesse 10
Chapelle 122
Chapin 3
Chapochnikov 210
Charbonneau 182
Charcot 86
Chardin 6
Chardon 103 104
Charlier de Chély 170
Charpy 86 102 114 198
Charrier 78
Charteris 83
Charvet 2 26 38
Charvin 14 186
Chase 91
Chassaignac 35
Chassel 95 202
Chastang 2
Chatard 156
Chatin 67
Chaudron 150
Chauffard 212
Chaumier 138
Chauveau 43
96 104 114 195
Chavannaz 26 38 47
Chavasse 119
Chavastelon 134
Chavigny 74
Chazan 71
Chazet 26
Cheatham 88
Chédevergne 118
Chelmonski 122
Chenais 104 138 183
Chervin 212
Chesnais 118
Chesneau 111
Chetwood 135
Chevalier 43
91 194 198
Chevallereau 203
Chevreux 98
Cheyne 14 167
Cheynes 146
Chiadini 171
Chiaïs 147
Chiari 66 182 212
Chichcoff 46
Chicotot 24
Chilesotti 10
Chipault 167
Chirico 202
Chiron du Brossay 126
Chittenden 198
Choksy 82
Cholzow 35
Chomet 6
Choulguine 171
Choussaud 154
Choutet 98
Chrétien 66
Christer-Nilsson 27
Christian 102
Christiansen 202
Christopher 48
Chrobak 88
Chtchastny 194
Chtchepinsky 168
Chudovszky 15 151
Chuffart 198
Church 135
Chvojka 119
Ciechomski 167
Cima 88 156 212
Cimbal 54
Cioffi 96 103
Cionini 134
Cipollina 6 34
Cirincione 195
Cisler 184
Cistrier 138
Civalleri 102
Clado 75 151
Claiborne 8
Clairmont 67 96
Claparède 18 118
Claps 139
Clari 135
Clark 31 71 203
Clarke 71 135
Claude 190
Claudius 211
Clause 150
Clausse 102
Claytor 110
Clemens 54
Clément 139 190
Clemm 10 126
Clerc 98
Clésinger 134
Cleveland 179
Cloarec 150
Clochard 46
Cloetta 198
Cloitre 154
Cluzet 94 134 208
Cobb 8 48
Cobbett 79
Cochet 138
Cochez 170
Codivilla 7 183
Coen 143
156 175 176 183
Coffey 203
Cohn 86
175 176 190 202
Coignerai 94
Cointepas 122
Colas 170
Colbeck 86
Colbertaldo 170
Cole 119
Coleman 119 175
Coles 107
Coletti 190
Coley 3 31
Colin 147 171
Colineau 66 71
Colineaux 154
Colle 146 198
Collet 3
Collina 10 82 119
Collins 106 118 150
Collmann 34
Collomb 18 39 75
Collon 46
Colmayer 135
Colmers 71
Colombet 122
Colombini 46 151
Colombo 8 119
Colon 46
Colucci 106
Colyer 71
Comandini 168 182
Comba 179
Combemale 135 171
Combes 170
Comby 32 55 168
Commandeur 68
71 88 104 212
Comméléran 154
Compin 186
Comte 170
Concetti 55 107 212
Condamin 107
119 135 159
Cönen 150
Coni 107
Connell 71
Conner 202
Conradi 111 171
Constantinoff 18
Conte 66
Contenau 110
Contet 110
Contremoulins 71
Cook 119
Coolidge 88
Coomes 15 71 82
Coover 3
Copello 122
Copeman 2
Coplin 139
Coppez 75 151
Corda 123
Cordiale 68
Cordier 3 119
Corlett 175
Cormao 122
Corner 38 151
Cornil 55 71 78 110 186
Cornillon 3
Cornu 186
Corral y Maestro 190
Corseri 119
Corsini 190
Corson 38 119
Corthorn 30
Corvini 159
Cosentino 34
Cosse 31 75 96 151 184
Costa 143
Costa Ferreira (A. da) 124
Cothereau 154
Cott 3
Cotton 48 119
Coudray 71 190
Coulet 170
Coulloch 6
Coulomb 66
Courmont 10
26 95 122 150 182
Coursault 130
Courtin 48 187 212
Cousins 119
Coussieu 6
Coustan 170
Cousture 146
Coutard 134
Couturier 66
Cova 190 195
Cowan 47 186
Cozzolino 63 119 195
Craandyk 142
Craciunescu 55
Craig 106
Cramer 14 15 104
Crämer 191
Crawfurd 34
Credé 48
Crendiropoulo 138
Crenshaw 82
Crépin 119 176
Criegern (von) 91
Crile 107 119 134 146
Crisafi 87
Crispino 182

Crispolti 106 122
Cristeanu 63
Cristiani 182 190
Crockett 55
Crocq 2
11 95 118 150 159
175 183 211
Croës (de) 135
Croftan 98 130 134
Croixmarie 6
Cronheim 135
Crook 106 134
Cros 31 146
Crosmarie 150
Crothers 88 171
Crouch 151
Crouse 212
Crouzon 95
Crowder 194
Cruchet 34
48 139 154 190
Cséri 2
Cubry 170
Cucherousset 110
Cullingworth 212
Cumpelik 35
Cumston 82 95 96 191
Cunéo 42 78 86
Cunningham 182
Curcio 55 187 191
Curini-Galletti 75
Currier 11
Curschmann 86 103 150
Curtis 38 208
Cushing 203
Cushny 16 104
Cybulski 151 203
Cyon (de) 90
Czarniecki 198
Czerny 140
Czyhlarz (von) 202

D

Dabout 30
Da Costa 31 82 90 170
Dagonet 27
Dahlgren 139
D'Aiutolo 119
Dalban 134
Dalché 168
Dalén 195
D'Alfonso 134 135
Dall'Acqua 10
Dalla Rosa 191
Dalla Vecchia 19
D'Allocco 106
Dalmais 26
Dalmasso 96
Dalton 3 11
D'Amato 138 150 170
Damianos 203
Damiens 198
Dana 6 110 122 211
Daniel 98 119 135 203
Danilewsky 94
Dannelon 154
Danysz 134
Daphnis 170
Daraignez 211
Darcourt 98 135
Dardenne 146
Daremberg 210
Darger 212
Darier 203
Darkchévitch 139
Darmezin 66
Darnall 124
Dasse 150
Dassonville 26
Dauban 130
Dauphin 170
D'Auria 90
Dautheville 66
Davenport 179
Davezac 39
Davicion 26
Davidescu 207
Davidsohn 55
Davies 10
Daviot 66
Davis 11
74 75 87 107 123
156 175
Davison 119
Davrinche 167
Deaver 3
14 31 71 82 87
119 139
Debierre 130
De Blasi 119
Debove 182
Debrand 171
Debray 183
Debrie 74
De Buck 10 67 95 183
Debusschère 126
Debussières 190
Decastello (von) 82 190
Déchine 166
De Cigna 79
Deckmyn 198
Decoly 46
Decottignies 98
Decq 114
Decreuse 102
De Dominicis 171 190
Deetjen 10
Deetz 10 150
Defalle 212
De Forest Willard 3 74
De Francesco 150
De Gaetano 119 135 151
Deganello 146
De Giovanni 106
Degorce 98
Degrais 6
De Grazia 34 67 118
De Gregorio 111
Deguy 135
Dehay 198
Dehio 198
Dehler 46 74
Dehon 83 114 126
Dejace 8
Déjault 106
Dejerine 159
De Jong 190
De Josselin de Jong 107
Delaage 26
Delachaux 18
Delacour 138
Delacourt 30
Delafield 102
Delage 83 143
Delagénière 3
14 74 179 184
Delagrammatica 55
Delahousse 6
Delaini 191
Delalbre 154
Delamare 32
De Lancey Rochester 79
Delange 150
De Lange 88
Delanglade 55 107
Delbanco 183
Deléarde 79 106 122
De Lee 39 71
Delestan 182
Deleuze 66
Delfino 170 190
Delfosse 207
Del Gaudio 184
Delherm 135
Delhommeau 114
Dellas 146
Della Torre 190
Dell'Isola 50
Delmas 182
Del Monaco 191
Delobel 130
Delor 26
Delore 211
Del Pellegrino 46
Delporte 6
Delteil 146
De Luca 2 34 74 91
De Luna 95 139
Delvaille 96
Del Vecchio 118
De Maldè 150
Demange 130
De Marsi 75
Demateis 142
Demay de Certant 187
Demicheri 211
Démidovitch 211
Demme 75
Democh 119
Demoulin 198
Dench 8 168
Denecke 106 107
Denier 34 39 46
Denis 27 74 198
Dennecé 138
Dennis 79
Denobili 118
Denoyès 24 66 170
Dentillac 26
De Paoli 55
Deplano 142
Dercum 110 122 154
De Renzi 138 171
Derlin 211
Derocque 39 107 194
Deronde 11
Deroy 198
Derscheid 150
De Sanctis 187
Deschamps 102 170
Desclaux 138
Descos 26
38 94 118 138 190
Desgrez 179
Deshayes 203
Desnos 79
Dessauer 176
Destarac 116
Destot 107 211
Determann 102
Dethan 126
Deutsch 10 63
Deutschländer 38
Dévé 183
De Vecchi 78
Devèze 170
Devic 31 34 158
Devillers 123
De Vries 143
Devy 154
Dewey 70
Deygas 186
Dianoux 123
Dickerson 79
Dickinson 39 202
Dide 75 103 183
Didsbury 116
Dienst 96 123
Dietz 107
Dietzer 38
Dieu 130
Dieudonné 10 48
Dieulafoy 159 210
Di Giuseppe 151
Dikran-K-Zartarian 170
Dikshoorn 191
Diller 70 202
Di Luzenberger 26
Dion 154
Dionis du Séjour 6
Dionisi 102 118 150
Dionisio 32
Di Pietro 74 107
Dirmoser 11 184
Disselhorst 106 182
Di Tommasi 175
Dixon 39
Dixon Jones 48
Dobbert 123
Dobbertin 119
Dobson 159
Doctor 118
Döderlein 135 159
Doflein 30
Doglioni 135
Dohrn 10 79
Doléris 123
Döllner 195
Domansky 54
Domenici 166
Dominici 198
Donath 6 54 63 110
Donati 107
Donner 138
Donoghue 212
Döpke 207
Dopter 35
Dor 95 135
Doran 107
Doranth 11
Dore 151
Dorendorf 190
Döring 175
Dorion 15
Dorland 39 118
D'Orlandi 195
D'Ormea 95 98 211
Dorsett 90
Dorso 46
Doty 70
Douglas 26
Douriez 47 135
Dousset 6
Dowd 63 187
Downes 27 203
Doyon 174
Drago 124
Drake 191
Drasche 74
Dreesmann 48 87
Drejer 71 191
Drennan 212
Dreyer 151 187
Dreyfous 150
Drigalski (von) 111
Drivon 142
Drizard 182
Drouet 170
Drucbert 8
114 167 191 198
Dsirne 139
Dubar 71 187 194
Dubiquet 115 198
Dubois 110 175
Du Bois-Reymond 10
Duboucher 54
Dubreuilh 11 67 78
Ducarré 110
Ducasse 154
Duchamp 74
Duckworth (Sir D.) 122
Duclaux 91 110
Dudgeon 95 175
Dudley 27 123 176 203
Dueñas 10 11
Duflos 26
Dufoix 170
Dufougeré 154
Dufour 46 107
Dufour-Labastide 126
Dufourt 134
Dugat 110
Duguey 114
Duhot 47
55 78 103 135
Duhourcau 43
Dührssen 3 83 96
Dulles 96
Dumas 118 156
Dumolard 186
Dumon 182
Dumond 122
Dumstrey 74
Duncan 126
Dunème 110
Dunlop 123
Dunn 74 123
Dunning 55 123
Dunogier 107
Dünschmann 42 107
Dunstan 171
Dupé 126
Duperrier 138
Dupin-Dulau 154
Dupla 146
Duplant 95 190
Duplay 75
Duponnois 170
Dupont 146 198
Dupoux 102
Duprat 46 134
Dupret 102
Dupuy 26 96 150
Duran 46
Durand 94 98 107 186
Durandard 134
Durañona 31 48
Durante 63 74 140 156
Durbecé 26
Dürck 26
Durieux 26 198
Düring (von) 202
D'Urso 55 79
Dury 182
Dussauze 122
Dutton 30
Dützmann 123 184
Duval 98 156
Duvau 182
Duvernay 95
Dwight 102
Dydynski 174
Dzierzgowski 6 86 146

E

Eastman 79
Ebbell 10
Ebstein 6 10 66 67
Eccles 123
Eckardt 182
Eckert 67 106
Eddé 91 135
Eddowes 110
Edebohls 11
68 87 110
Edel 74
Edelmann 147
Edes 26
Edinger 66 86 110
Edlefsen 110
Edsall 2
82 122 158 175
Edwardes 107
Edwards 55
106 135 203
Eeckman 8
Eggebrecht 194
Egmann 3
Ehlers 87 191 202
Ehret 94
Ehrhardt 14
Ehrich 211
Ehrlich 62
86 151 158 190 198
Ehrnrooth 11
Eichel 47
Eichholz 110
Eichhorst 10
143 150 212
Eichler 194
Eigenbrodt 3
Eijkman 134 167
Einhorn 6
18 26 34 39 46
67 106 130 159 182
Eiselsberg (von) 14
31 175
Eisenberg 39
67 68 171
Eisendrath 74 82 87
Eissen 154
Eissendeck 198
Eitelberg 8
Ekehorn 31 119 123
Ekgren 106 194
Ekstein 11
Elder 139
Elgart 10 46 75 88
Eliot 38
Ellinger 175
Elliot 111
Elliott 16
Elsberg 75
Elter 3
Emanuel 75
Embden 75
Embley 139
Emerson 66 75
Emery 103
Emmerich 103
Emmet 156
Endelman 191
Enderlen 38 55 78
Endrjéevsky 170
Engel 103 171 202 212
Engelbach 91
Engelman 123
Engelmann 11
Engels 175
Englisch 90
English 75
Ennen 95
Enright 68
Enriquez 134
Eonnet 30
Epaulard 66
Ephraim 134
Epron 46
Erb 198
Erbrich 91
Ercklentz 10 91
Erdheim 46
Ernberg 183
Erni 39
Escaravage 154
Eskridge 95
Esmenard 134
Esparbès 146
Espezel 10 122
Espine (d') 194
Essen-Möller 212
Esser 119
Estor 124
Etesse 102
Etienne 150 159 170
Etiévant 19 107 208
Eudel 98
Eury 68
Evans 55 86 123
Eve 47
Everington 150
Everke 88
Eversmann 14
Ewald 67 103 110 159
Ewart 39
Ewing 74 119
Eydam 104
Eysséric 182

F

Fabel 106
Faber 10
19 138 175 202
Fabian 102
Fabozzi 114
Fabre 114 159
Fabrini 3 15
Fabris 26 39 102 143
Fage 184
Faget 146
Fagge 34
Faidherbe 138
Fairchild 15 47
Fajardo 139
Falières 19 154
Falk 34 48 96
Falkman 15
Falta 195
Fano 134 207
Fantino 75
Farcy 6 186
Faré 38
Fargues 134
Farnum 91
Fasola 134 211
Fasso 170
Fauquet 46
Faure 96
Fausto 140
Fauverghe 198
Fayot 66
Federici 142
Federmann 26
Federn 87
Fedorov 110 134
Fédotov 123 207
Feer 88
Fehmers 11
Fehre 7
Feilchenfeld 208
Feinberg 118 211
Feindel 115
Feitel 46
Félice (de) 110
Fellenberg (von) 123
Fellner 11 111
Fenner 95
Fenwick 67
Féré 26
31 66 103 123 140
170 211
Ferguson 107 116 119
Férouelle 98
Ferrai 7
Ferran 103 195
Ferrand 30 98
Ferrannini 2
138 146 150 202
Ferraresi 31
91 167 194
Ferrari 139 202
Ferrarini 190 195
Ferraris 70
Ferraro 55 167
Ferras 26
Ferreira Pires 200
Ferreri 119
Ferreux 114
Ferrier 194
Ferrio 26 90
Ferron 78
Festa 62 150
Feuillade 79
Feuillet 110
Fibich 94
Fibiger 26 106 190
Fick 118
Fickler 11
Fiedler 67
Fieux 66
Figari 190
Figenschau 122
Figueira 124
Filatov 32 66
Filderman 122
Fileux 118
Filippi 2
Fillassier 140
Finck 123 126 140
Findley 31 123
Finelli 194
Finger 78 95 118
Finizio 140 200
Finkelnburg 70 122 150
Finkelstein 75
87 95 123 159
Finlay 70 139
Finney 31
Finotti 54 134
Finsen 63
Fiocca 90 119
Fiocre 30
Fiorani 110
Fiori 7
15 19 75 82 87
90 123 135 156 194
Fiquet 175
Fisch 150
Fischer 27 31
42 48 66 79 124
171 208 212
Fisher 3 122 150 190
Fittipaldi 34
Flach 182
Flachs 124
Flade 34
Flandrin 203 212
Flatau 114 138
Fleger 202
Fleig 146
Flerov 211
Flesch 166
Fleury 30 170
Flexner 30
32 34 91 106
Flick 118
Flockemann 88
Floderus 119
Florange 114
Floresco 187
Florio 75
Flouret 186
Flügge 10
Foà 82 90 102
Focke 203
Foges 88
Fokker 106 212
Folet 47
103 123 139 194 211
Folger 63
Follaci 170
Folli 16
Fonseca 95
Fontanilles 146
Ford 182
Forel 147 170
Forestier 6
Forgue 95 147
Fornaca 150 156
Fornario 74
Fornel (de) 154
Fornet 151
Forssman 118
Förster 95 103
Fortin 134
Fortineau 96
Foster 122
Fouchard 126
Foulerton 95
Fournier 104
135 183 184
Fourniols 94
Foveau de Courmelles 24
135 147
Fox 35 38 202
Fracassini 187
Fradà 3
Fradier 186
Franceschini 3
Francesconi 70
Francillon 170
Francine 183
Frangopoulos 66
Frank 95 123 184
Franke 3
15 31 110 175
Fränkel 8
15 35 48 74 88
91 98 110 158 174
Franqué (von) 39 68 88
Franz 11
Franze 211
Fraser 30
Frassi 130 174
Frattin 10 175
Frazier 68 82 88
Frédéric 47 95
Freeborn 175
Freeland 67
Freeman 123 156
Freer 8 119
Frenkel 10 122 182
Frenzel 136
Freudenberg 104 119
Freund 2
7 55 67 87 91
190
Frey 19 43 110 150 156
Freyschinard 154
Freytag 126 140 159
Fridberg 38
Fridenberg 48
Friedberger 82 98 200
Friedenreich 19
Friedenwald 75
Friedjung 15 55
Friedländer 95 134 155
Friedmann 74 104 118

Frieser 107
Frigo 182
Frisch 2
Frisco 19 150 154
Fritzsche 62
Frœlich 140 175
Frölich 31 39
Fromaget 31 143 195
Fromme 124
Frommer 87
123 139 167
Fromont de Bouaille (de) 130
Frost 176
Frottier 68
Froussard 122 140
Frugiuele 47
Fruhinsholz 150
Fruitier 102
Fry 19 48
Fuchs 15
Fuchsig 31 123 187
Fügli 18
Fuhrmann 10
Fuhs 122
Fuller 79
Fullerton 168
Fumagalli 90
Funke 123
Funkenstein 211
Fürbringer 67
Fürnrohr 202
Fürst 55 115 190
Fürstner 8
Fürth 86
Fusco 184
Fussell 26 194
Futcher 46
Füth 31 39 211
Fütterer 86 96 118

G

Gabail 130
Gabriel 39 54
Gabritschewsky 159
Gaetano 194
Gage 123
Gagnol 66
Gahinet 118
Gaillard 134 146 154 170
Galand 94
Galatti 88 176
Galdi 90 167
Galewsky 203
Galippe 74
Gallant 200
Gallavardin 31 34 67 78
Gallemaerts 11
68 75 151 195
Gallenga 102
Galler 211
Galli 55
63 68 150 182 194
202
Galliard 32
Galliot 94 190 202
Gallois 15
Gallony 138
Galloway 175
Galvagni 86 138
Gammon 48
Gandy 10 43
Ganghofner 156 168
Gangitano 3 31 38
Gangolphe 3
Garabedian 186
Garbini 211
Garcin 182
Gardini 151
Gardner 62
Gareiso 87
Garès 146
Gargano 190
Garioni 31
Garnault 208
Garnier 75 124
Garofolo 47
Garrè 95
Garrigue 183
Garrigues 39 203
Garrod 94 122
Gärtner 110 123
Gary 146
Gasca 207
Gassmann 67 183
Gastou 159
Gatteschi 212
Gatti 90
Gaucher 95
Gaudier 48 116 194
Gaupp 19
Gauraud 154
Gaus 124
Gaussin 138
Gauthier 6 176 186
Gautier 150
Gautrelet 43 74
Gavalas 118 150
Gavazzeni 70 122
Gavello 139
Gayet 68 187
Gaylord 174
Gazza 38
Gazzarrini 202
Gebele 99
Gebhardt (von) 190
Gebhart 47
Gehle 187
Geiger 94
Geirsvold 26 70
Geissler 176
Géleskoff 170
Gelibert 79
Gellé 167
Gellért 15
Gellhorn 31
Gemelli 115 207 210
Gemmel 110
Genet 66
Génévrier 138
Genglaire 138
Gennet 138
Gentilhe 154
George 95
Georgii 47
Geraldini 171
Gerard 8 118 158
Gérard-Marchant 203
Geraud 118
Géraudel 98
Gerber 195
Gerest 110
Geret 6 34 79
Gerhardt 96 110
Gerlach 11
Gerlinger 119
Germani 2
Germès 146
Germond 126
Gershel 75
Gersuny 167
Gervino 210
Gessard 18 55 140
Gevaert 47 95 140 175
Geyer 94
Ghedini 194
Ghillini 7 95 103 110
Ghon 54 96 198
Giacomelli 175
Giani 123 139 194
Giannelli 212
Giannettasio 62 143
Gibb 8
Gibbes 10
Gibbon 3
Gibney 87
Giboux 122
Gibson 187 194
Gierke 118
Giertsen 195
Gigli 135
156 159 168 176
Giglioli 124
Gilardoni 171
Gilbert 26
55 62 102 142 170
190
Gilblas 194
Gildersleeve 176
Gilet 74
Gilford 75
Gilles 146
Gillespie 3
Gillet 195 198
Gillette 31
Gillot 94
Gimbal 26
Gimbert 182
Gindus 95
Ginestous 200
Giordano 8
38 123 139 170 187
Girard 26
114 123 154 200
Giraud 134
Gisselbrecht 150
Giudiceandrea 90 110
Giuffrida-Ruggeri 6
Giuliani 186
Given 200
Gladin 134
Gladstone 75
Glaister 171
Gläser 35 74
Glass 47
Glässner 194
Glatard 126
Gleason 159
Gleitsmann 203
Glénard 194
Glibert 96
Glinski 118 134
Glogner 30 183
Glorieux 19
95 110 155 170
Glück 3 118
Glückmann 151
Glücksmann 187
Gluzinski 110
Gobbi 194 202
Göbel 171
Göbell 31 87 175 211
Gobinet 130
Gocht 15
Godart 11 135
Godart-Danhieux 94 150
Godeau 182
Godinho 140
Godlee 151
Goelet 75 203
Goiran 170
Goldbaum 35 86
Goldberg 68
75 119 139 156 184
Goldflam 166 211
Goldman 8
Goldmann 15 62
Goldsborough 176
Goldscheider 96 171
Goldschmidt 103
Goldspohn 31 55
Goldstein 38 99 131 186
Goldzieher 123
Golebiewski 195
Golesceano 96
Goloubinine 194
Gomez 151
Gomma 115
Gömöry 151
Gonçalves Cruz 43 87
Gonella 55
Gonin 200
Gönner 3
Gonot 186
Gonser 212
Gontier 134
Gontier de la Roche 184
Gonzalez Quijano Sanchez 114
Goodall 124
Goodhart 184
Gording 175
Gordon 42 122
Gorez 32
Gosio 139
Gossage 166
Gosselin 114
Gosset 116 203
Got 138
Gottschalk 111 123 191
Gottstein 75 87 90
Goubarev 103
Goudal 43
Goudareau 170
Gouin 175
Gould 75
Goundobine 99
Goupil 171
Gourdet 3
Gourfein 107 151
Gouriane 18
Goussev 198
Gouvêa (H. de) 126
Gowers (Sir W. R.) 11
155 167 175
Goyard 130
Gradenigo 15
Gradenwitz 212
Gradle 184
Gräfe 123 135
Graff 110 211
Graham 115 155
Graillot 138
Gram 195
Granal 170
Grande 74 195
Grandin 75
Grandis 122 210
Grandjean 150
Grandmaison (de) 95
Grange 118
Graser 47
Grasset 19
107 110 122 208
Grassi 67
Grassmann 203
Grawitz 71 86 95
Gray 140
Graziani 26
Grebner 110
Greco 159
Greeff 91 167
Green 115
Greene 24 74 79 150
Greenley 124
Greenough 146
Gregersen 210
Grekov 75 111 211
Grenier 66
Griewank 154
Griffith 31
32 63 139 140 156
Griffiths 87
Griffon 10
Grimaud 154
Grimsgaard 31
Grixoni 35 70
Grober 122
Groddeck 10
Grohé 42 123
Grojean 150
Grön 135
Gröné 39 88
Gros 83 159
Grosglik 35 211
Gross 15
74 95 135 139 211
Grosse 35 122
Grosskopff 15
Grósz 95 135 140 156
Grote 133
Grotjahn 200
Grouzdev 138 191
Groz 182
Grube 134
Gruber 74
Grudzinski 79
Grullon 94
Grünbaum 74 86 202
Grünblatt 140
Grünfeld 34
Grunmach 202
Grunow 16 174
Grünwald 8 96 114 212
Grützner (von) 142
Gryglewicz 110
Gschwend 186
Guangiroli 155
Guarnieri 202
Guéguen 138
Guellate 39
Guelpa 170
Guende 11 211
Guénot 182
Guentcheff 3 18
Guérard (von) 88 91
Guérin 27 194
Guermonprez 95
Guerra 175
Guerrini 30 78
Guès, née Gironce 146
Guetschel 182
Gugenheim 88
Guiard 130
Guibal 191
Guibert 30 170
Guichard 138
Guida 107 176
Guidi 2
Guigues 170
Guilbaud 211
Guilbert 198
Guillain 35 98
Guillaumin 186
Guillemet 114
Guilleminot 147
Guilliermond 184
Guinard 111 139
Guinement 30
Guiol 170
Guiot 55
Guirauden 170
Guisez 102 116
Guisoni 186
Guiteras 2 79 139
Guizzetti 7 210
Gulbenkian 118
Guleke 15
Gulland 142
Gumpertz 67
Gumprecht 67 122
Gunsett 151
Gunson 107
Gurrieri 6
Gussenbauer 95 111
Guth 38
Guthrie 79 156
Guttmann 91 156
Gutzmann 7
Guy 126
Guye 32
Guyot 18 114
Gwyer 15
György (von) 54
Gyurmán 46

H

Haab 107
Haas 15
Haasler 95
Haazen 79
Haberda 212
Haberer 203
Haberern 95
Habershon 150
Häckel 123
Hacker (von) 3 95 111
Hacks 48
Hadjimichalis 202
Hagelberg 16
Hagelstam 11
Hagen 54
Hagen-Torn 68 203
Hagenbach 123
Hagenberg 38
Hägler 3 123
Haglund 203
Hahn 6 46 95 151
Haig 2 174
Hajek 119
Halász 15
Halban 24 118 132
Halban (von) 74
Hale 74 151
Halgan 30
Halipré 183
Hall 10
55 74 127 139 174
Halle 11 140
Hall Edwards 15
Halliburton 34 87 135
Hallowes 3
Halmi 107
Halstead 3 123
Halsted 203
Haltenhoff 211
Hamard 94
Hamburger 68 88 99 190
Hamel 62
Haméon 182
Hämig 15
Hamilton 39 68 87 174
Hamm 211
Hammelbacher 88
Hammer 62 67
Hammerschlag 8 124
Hammesfahr 31
Hammond 75
Hampeln 194
Hancock 202
Hand 70 207
Handwerck 110
Hänel 38 78 127
Hanna 191
Hannequin 167
Hannes 10
Hansemann (von) 34
94 146 211
Hansen 26
Happel 14
Harbitz 102
Hardaway 78
Hardesty 102
Hardoüin 48 75 150
Hare 31 176
Harmer 203
Harmsen 150
Harrington 16
Harris 3 38 139
Harrison 104 168
Harte 38 198
Hartemann 150
Hartenberg 19 190
Hartley 3 139
Hartmann 155
168 202 211
Hartridge 11
Harttung 167
Hartwell 2
Harvey 39
Haskovec 122 139
Haslund 110
Hassler 167
Hatch 182
Hauffe 11
Hauman 140
Hauser 54 63
Haushalter 159
Hausman 111
Hausmann 150
Hausner 75
Hautefeuille 122
Hawkins 67
Hawthorn 2
62 74 118 202
Hawthorne 107 156
Hay 24
Hayat 39
Hayd 68
Hayden 71
Hayes 203
Haynes 187
Hayward 7
Hazard 134
Heath 68
Heaton 187
Hébert 35
Hebold 35
Hecquet 118
Hector 142
Heddaeus 35 110 195
Hedinger 94
Hédon 10 34
Heermann 15
Heffter 208
Hegar 48
Heiberg 200
Heidenhain 31 38 96 175
Heidingsfeld 207
Heiduschka 124
Heil 68
Heile 111
Heim 75 203
Heimann 107
Heineman 86
Heinleth (von) 32
Heinsius 75 123
Heinz 48 98 174 182
Heisler 130
Heitzman 16
Hekma 190
Hektoen 2 122
Helbing 151
Helbron 107
Heldenbergh 67
74 123 175
Hélion 154
Hellat 15
Hellendall 38 95
Heller 150 158 194
Hellich 146
Hellin 67
Helly 198
Helsted 103
Hémery 198
Hemmeter 138
Henderson 7
Hendrix 184
Hengge 96 124 158
Henle 7 10 15 111
Henne 75
Henneberg 19
Henneguy 166
Hennig 179
Henriot 182
Henry 139 183
Hensay 6
Hense 39 139
Hensen 123
Herczel (von) 187
Herescu 203
Herman 38 47 139 175
Hermann 86 90 139
Hermes 62 191
Heron 42
Herr 16 32 126
Herrera Vegas 31
Herrick 187
Herringham 34
Herrmann 143 158 167
Herschell 96
Herscher 134
Herter 122
Hertle 123
Hertwig 186
Hertzberger 94
Herviault 126
Hervouet 86
Hervy 6
Herxheimer 10 202
Herz 3
67 98 175 179 198
Herzen 6 146
Herzfeld 31 39 48 55
Herzog 3 87 150 190
Hess 67 182
Hesse 122 159
Heubel 202
Heuck 187
Heurtaux 15 31
Heus 90
Heusner 47
Heveroch 35
Hewlett 70 87 200
Heyerdahl 86
Heymann 11 14 63 96
Heyn 2
Hibert 134
Hideux 138
Higier 74 98 103 190
Higley 95 127
Hilbert 194
Hildebrand 90 139 187
Hildebrandt 111 123 175
Hilgenreiner 151
Hilger 211
Hill 11 15 111
Hillairet 154
Hille 151
Himmel 79 186 210
Hints (von) 31
Hirsch 74 174 179 194
Hirschberg 88
123 138 168
Hirschfeld 10
11 34 62 66 94
103 110 122 194
Hirschkron 54
Hirschsprung 15
Hirst 167
Hirt 54
His 107
Hiss 176
Hitschmann 147
Hitte 115 170
Hitzig 110 167
Hobbs 43 111
Hochheim 11 207
Hochsinger 116
Hocke 138
Hocquard 68
Hodara 151
Hödlmoser 194
Hoffa 90 123 151 195
Hoffmann 74
110 115 123 211
Hofmann 7 26 179
Hofmann (von) 195
Hofmeier 159
Hoke 62 67
Holländer 123 199
Hollopeter 88 116
Holloway 82
Holmes 7 46 75 111
Holmgren 26
Holmström 11 151
Hölscher 55 95
Holst 190
Holth 143 176
Holtschmidt 104
Holzknecht 70
Homberger 63 107
Homburger 11 115
Homén 11 19
Hondo 124
Hönigsberg 168
Honsell 19
79 87 151 167
Hoople 8
Hopkins 10
Hoppe 8 150
Horn 8
Hornung 46
Horowitz 130
Horrocks 68 102
Horwitz 79 175
Hostalrich 170
Hotchkiss 62 187
Hotz 203
Houdart 130
Houdeville 6
Houghton 16 96
Houston 91
Hoven 24
Hovnanian 118
Howard 106
Howitz 176
Hoxie 42
Hryntschak 71
Hubbard 19 31 123
Hubbell 75
Hübener 203
Huber 19 123 132 182
Hückl 75
Huddleston 27
Hudovernig 35 74 103
Hue 24
Huet 207
Hug 139

Hügel 90
Hughes.. 66 114 124 174
Hugues 66
Huismans 103
Hüls 194
Humbert 122 150
Humiston 48
Hünermann 202
Huntington 75 123
Hupp 31
Hüppe 18
Huppert 11
Hurion 102
Hutchinson 68
Hutchison 159
Huyghe 11 34
Hyde 11 55

I

Iacobæus 110
Idelsohn 67 123
Ihm 55
Iliine 30
Ill 62
Illoway 124 138
Illyés (von) 35 79 138
Imbert.. 19 147 174 210
Immerwol 75
Infeld 7 190
Ingalls 123
Ingals 176
Ingelrans 2
83 87 115 135 167
Ingerslev 176
Ingersoll 140
Inglessi 122
Ingraham 55
Inouye 198
Ionescu 150
Ioteyko 115 123 167
Ioudine 3
Iovane 99 124 194
Irimesco 102
Isager 202
Isambert 150
Ischreyt 55
Isenthal 91
Isidori 111 184
Israel 167
Israelson 123
Italia 103
114 127 139 151
Ito 34 75 78
Iványi 151
Iwanicki 139
Iwanoff 10
74 87 124 146 168
198 208
Izaac 66

J

Jaboulay. 16 19 31 127
Jaccoud 24
Jack 75
Jackson 32
46 47 75 106 111
Jacob 96 171
Jacobelli 174
Jacobi 96 176
Jacobsohn 87 159
Jacobson 15 139 168
Jacobsthal 151
Jacoel 203
Jacontini 127
Jacqueau 200
Jacquet.. 11 46 67 183
Jacquier 110
Jacubasch 139
Jadassohn 67 78
Jaffé.. 19 139 167 175
Jäger 42 87
Jahrmärker 87
Jaia 203
Jaklin 79
Jaksch (von) 14 62
Jamain 42
Jambon 48 104
Jamet 118 122
Jamieson 202
Jamin 10 102
Jancsó 2
Janin 94
Janot 118
Janowsky 74 95
Jansen 32
Janson 150 159
Janssen 87 175
Janvier 126
Jaquet 8
75 94 122 140
Jarecky 203
Jarman 75
Jarvis 114
Jatta 114 146 210
Jaubert 186
Jaume 134
Javal 31 96
Jawein 42
Jaworski 107 139 168
Jean 26
Jeanbrau 19
Jeandelize 150
Jeannin 114
Jehle 115 154
Jellett 68
Jellinek 6 90 146
Jemma 3 184
Jenckel 19 175
Jendrassik 55
Jeney 78
Jennings 16 124
Jensen 190 194
Jepson 48
Jesensky 171
Jesionek 199
Jessett 3
Jessup 148
Jewett 156
Jez 24
Joachimsthal. 75 91 151
Jochmann 26 47 150 207
Jodlbauer 171
Johansen 110
Johnson 43
83 126 127 139 142
168
Johnston 110 194
Joire 139
Jolles 2
Jonas 127 211
Jones 2 167 168
Jonnesco 187
Joos 182
Jopson 87
Jordan 27 67 187
Jordanis 210
Jores 70
Joret 98
Josefson 34
Joseph 47
119 127 142 151
Josephson 31 39
Josias 104
Josipowici 167
Joslin 70
Jossand 130
Josserand 78 167
Josso 94
Jouffreau 146
Jouglard 130
Joukovsky 116 168
Joulia 43 211
Jourdan 174
Jourdanne 134
Jourdin 42
Jourdran 78
Joussaume 154
Jousselin 66
Jousset 124 179
Jouve 66
Jouvenel 210
Joy 139 203
Judalewitsch 67
Jude 66
Judet 47 102 171
Jugnet 186
Juliusberg 207
Jullemier 126
Jullian 174
Julliard 111
Jullien 30 186 199
Jump 95
Jundell 34 35
Jung 55 138 175
Jungnickel 15
Jüngst 187 195
Jürgens 63
Jürgensen 124
Jürgensen (von) 140
Jürgensohn 140
Jurowski 111
Justi 38 78
Juvara 167

K

Kaarsberg 88
Kabloukov 75 95
Kachkadamov 38 95
Kachmann 134
Kaczvinszky 95
Kaeppelin 3 66
Kaijser 123 187
Kaiser 42
Kaiserling 122
Kalabine 39
Kalachnikov 88
Kallionzis 42
Kallistratov 123
Kalt 68 96
Kalteyer 31
Kaminer 36
Kamm 39
Kammerer 32
Kane 139
Kankarovitch 175
Kann 90
Kapelusch 127
Kaplan 18
123 174 190 207
Kaposi 187
Kappeler 175
Karajan (von) 7
Karcher 15
Karewski 184
Karfunkel 2
Karlow 195
Karwowski (von) 19
Käs 198
Kashiwamura 74
Kassowitz 39 55 151 168
Kast 70 114
Katounsky 7
Kattenbracker 110 142
Kattwinkel 34
Katz 139
Katzenstein 19
Kaufmann 14
104 110 151
Kaupe 111
Kavetzky 158
Kayser 159 176
Keay 176
Kedzior 115
Keen 7
Keetley 139
Kehr 167 183
Kehrer 15 32 39 75
Keiffer 46
Keilmann 88
Keith 102
Keller 78 140
Kelling 7 42 47 95
Kellner 124
Kelly 35 94 203
Kendirdjy 126
Kenerson 47
Kennedy 139
Kenwood 212
Keown 203
Kerambrun 134
Kéraval. 183 190 194 195
Kerley 15
Kermabon (de) 182
Kermarrec 126
Kermauner 88
Kermorgant 170
Kerneïs 154
Kernig 124
Kessler 123 151
Kharitonov 111 195
Khautz (von) 184
Khayat 138
Kholzov 104
Khoury 96
Kien 55 123
Kienböck 7 67 203
Killbourn 166
Killebrew 103
Kimel 94
King 31 75 115 176
Kingsbury 88
Kionka 24
Kipp 151
Kirchhoff 167
Kirchner 32 138
Kirikov 194
Kirkbride 87
Kirmisson 184
Kirstein 98
Kissel 104
Kjelgaard 127
Klausner 19
Klebs 55
Kleefeld 11
Klein 34
39 132 154 194 208
Kleine.. 6 34 54 55
Kleinertz 3 32
Kleinhans 123
Kleinwächter 96 127
Klemm 71
Klemperer 86
94 138 147
Klimowicz-Drzewina 122
Klimowitz 171
Klingmüller 142
Klotz 150 155 187
Klynens 135
Knapp 3
15 78 86 126 139
150 159 168
Knoll 210
Knopf 96
Knotz 14
Kober 32
Kobert 202 203
Koblauck 127
Kobrak 124
Kobryner 18
Koch 74 79 95 151
Kocher 87 103
Kock 203
Kodym 3
Koelichen 155
Köhler 7
26 87 88 123 143
Kohlhardt 31
Kohnstamm 123
Kolb 198
Kölbing 39
Kolipinski 83
Kolisch 156
Kolischer 79 123 208
Kollarits 127
Kolle 95 147 207
Kollmann 48 194
Kölpin 115
Kolster 10
Komotzky 106
Kone 123
König 15
78 111 127 139
Königshöfer 184
Konstantinowitsch 122
Konwerski 79 187
Kopczynski 46
Kopfstein 19
Köppe 6
Koppius 87
Kopytowski 3 38 103
Korbsch 138
Korchoune 111
Korczynski (von) 34
146 154 194
Körmöczi 103
Korn 138
Körner 140
Kornilovitch 78
Koroléeff 174
Korteweg 187
Kose 14 110 179
Koslenko 96
Kossowski 184
Koster 15
Köster.. 46 167 187 207
Kottmann 18
Kouchewa 18
Koudriachov 68
Koutchouk 126
Kouwer 127
Kouzmine 195
Kovacs 47 130
Kovalevsky 95
Kovatcheff 146 210
Kövei 138
Kowarski 6
Kozai 55
Koziczkowsky (von) 182
Kozlovsky 75 111
Kracheninnikov 194
Krafft 42
Krafft-Ebing (von) 139
Kraft 19 70 138 194
Krahulik 67
Kramer.. 19 31 127 167
Kramsztyk 168
Kranowitz 48
Kraske 111
Krasmitski 170
Kraus 6
11 18 67 87 98
111 126 154 166
Krause 19
34 111 194 195
Krauss 2
Kravkov 35
Krebs 71 96
Kreibich 3 67 207
Kreidl 126
Kreis 96
Kreisch 32
Kresser 134
Kreutzmann 123
Krevet 39
Kreyberg 142
Krieg 15
Kriegel 200
Krieger 175
Krische 42
Krivochéine 191 203
Kriwski 96
Krogius 195
Krokiewicz 2 14 115
Krömer 111
Kron 187 210
Kronfeld 110
Krönig 8
15 96 104 139 168
179 195 208
Krönlein 7 167
Krüche 187
Krug 42 208
Krukenberg 155
Krukov 19
Krumbein 187
Kruse 86
Krylov 110
Krymov 127 167
Krzysztalowicz (von) 66
Kucharzewski 194
Kucher 48
Kuh 74 111
Kuhn. 18 75 88 94 151
Kühn 74 207
Kühnemann 15
Kühner 43 62 83 124
Kukula 14 139
Külbs 62
Kulneff 207
Kümmell 15 155 167
Kun 207
Kundrat 55
Kunz 168
Kurpjuweit 155
Kürt 74
Kurth 34
Kurz 195
Küster 15 183
Küstner 55
Kuttner 86 104 154
Küttner 24 75
Kviatkovsky 167

L

Laband 103 130
Labarrière 10
Labat 126 200
Labbé 190
Labey 102
Labeyrie 139
Labhardt 155
La Bonnardière 91 140
Laborie 126
Laboulais 130
Labussière 138
Lacassagne 30 116
Lachs 156
Lack 176
Lacombe 118
Lacour 124
Lacroix 154
Ladame 127
Ladinski 96 127
Ladyschenski 171
Laferrière 66
Laffaille 146
Lafond.. 42 46 186 194
Lafond-Grellety 7 195 212
Lafont 154
Lagache 210
Lagarde 138
Lagardère 134
Lagoutte 127 139
Lagrange 15
31 96 111 132
Lagriffe 146
Lagriffoul 24 154
Laguesse 18
Lahusen 8
Lakah 68
Lalli 39
Lalomia 34
Laloy 116
Lalung-Bonnaire 46
Lamari 127
Lamb 94 191
Lambranzi 194
Lambret 47
103 111 139 167
Lamèris 95
Lamouroux 110
Lancien 67
Landau 8 39
Landerer 183
Landi 194
Landolt 30
Landow 127
Landry 106
Landsteiner 6
62 74 98 118
Lane 111
Lang 18 167
Langdon 78
Lange.. 95 96 155 183
Langemak 95
Langer 19 168
Langerhans 158
Langeron 134
Langgaard 140
Langlais 139 186
Langley 78
Langstein 99
Langwill 8
Lannois. 2 115 127 168
Lansezeur 122
Lanz 7 111
Laplace 78
Laporte 130
Lapthorn-Smith 96
Laquerrière 96
Laqueur 70 115
Lardier 130
Laroyenne 182
Larrabee 94
Larrieu 167
Larrivé 116
Lartigau 30 140 176
Laslett 186
Lasne-Desvareilles 114
Lassallas 6
Lassalle 146
Lastaria 139
Latham 198
Lathrop 31
La Torre 55
Lattes 104
Latzko 8 75
Lau 15
Laubenburg 15
Lauenstein 42 195
Launay 26
Laurent 47 86 146
Lavdovsky 114
Laveran 30 110
Lavie 118
Lavrand 124
Lawrence 127
Lazarus 167
Leaf 78
Leavell 78
Lebailly 127 134
Lebasteur 102
Le Bayon 68 126
Lebbin 83
Le Bêle 191
Leblanc 42
Lebon 94
Le Boutillier 139
Lebreton 134
Le Calvé 138
Lecène 95
Leclainche 202
Le Clerc. 7 48 111 139
Leclerc. 18 67 78 195
Leclerc-Montmoyen 126
Leclercq 210
Le Coat de Kervéguen. 102
Lecoconnier 134
Lecomte 66 102 110
Le Conte 68 126
Le Conteur 46
Le Count 86 122 146
Lecq 130
Le Damany 74 174
Le Dantec 107
Ledderhose 184
Le Dentu 103
Ledermann 103
Lednev 195
Le Dosseur 26
Ledoux 94
Ledoux-Lebard 182 202
Leduc 39
43 75 78 79 94
154 202 208
Le Fagnays 127
Lefas 130 168
Lefébure 146
Lefert 140
Lefèvre 102
Lefizelier 134
Le Fort 7 35 78 127
Le Gall 94
Le Gargam 130 194
Le Gendre 124
Le Gentil 98
Léguiez 143
Legrand 39 122
Legros 94 114
Le Gros 138
Legueu 203
Le Hardy 46
Lehmann 91
Le Houx 130
Leibovici 102
Leiner 54
Leishman 98
Lejeune 6 210
Le Juge de Segrais 138
Lelièvre 138
Lelong 6 174
Lemaire 170 212
Lemaistre 191
Lemaitre 122
Lemann 175
Lemanski 71
78 111 140 171 179
Lemasson 130
Lemercier 130
Lemoine 24
55 110 140 208
Le Moniet 48
Lemonnier 111
Lemonnyer 106
Le Monnyer 26
Lemos 176
Lengemann 62
Lenglet 138
Lenhardt 16
Lenhartz 6
Lennander 42 127
Lenné 124
Lenoble 124
Lenoir 39
Lenormand 114
Le Nouëne 27
Lenz 46
Lenzmann 14 155
Leo 110
Léo 83
León (J. de) 115 139 143
Léonard 83 111
Leoni 175
Leopold 139
Leotta 183
Lepage 86 91 124
Le Pape 154
Lépinay 6
Lépine 2
98 103 110 138 187
194
Leport 130
Le Prieur 106 138
Leprince 132
Léquyer 6 14 138
Le Ray 78
Lereboullet 98
Leredde 176
Léri 138
Leriche 140 143
Le Roux 94
Le Rouzic 114
Leroy 134
Le Roy 130
Le Roy Broun 75 111
Le Roy des Barres 98
Leser 42 87 95 167
Lesieur 10
32 35 66 147 155
190
Lesser 83 140 208
Le Strat 46
Leszynsky 47
Letourneulx 154
Leube (von) 143 159
Leuridan 194 210
Leusden 127
Leusser 194
Levachov 70 74
Levaditi.. 14 82 98 114
Lévai 47 167
Leven 110
Levet 18
Levi 124 127 194
Levi Bianchini 175
Levin 62 104 174
Lévine 88
Levinger 110
Levinsohn 78
Levy 16 39 111
Lévy 94 102 138
Levy-Dorn 90
Lewenstern 7
Lewers 8
Lewine 6
Lewis 34
87 143 179 207
Lewitzky 43

Lewkowicz 124
Lexer 111
Leyden (von). 6 111 138
Leynia de la Jarrige 110 122
Lhopitallier 30
Lhoták 174
Lianz 199
Liaras 32
Liberman 138
Libersat 210
Libert 110
Libman 175
Libov 75 179
Licata 200
Licci 26
Lichem (von) 111
Lichtenstern 15 143
Lichtwitz 63 104
Liebe 159
Liebermeister (von) 14
Lieberthal 95
Lieblein 62 139
Liebreich 140 179
Liebscher 122
Lieffring 7 42
Liefmann 127
Liek 155
Lienévitch 127
Liepelt 194
Lierre 146
Lignières 27 34 110 191
Ligorio 104 142
Liguine 102
Likhatchev 35
Lilienthal 19 104 155
Limasset 26 66
Limon 150
Limoncelli 111
Lindahl 203
Lindenthal 55 123 147
Linder 195
Lindt 187
Link 62
Linn 43
Linser 7 42 211
Lionti 198
Liotta 135
Lipliavsky 78
Lisanti 75
Lissaman 110
Litten 111 159
Little 87
Littlejohn 138
Livanov 114
Livon 42
Lloppet 66
Lloyd 42 111
Lobligeois 94
Lobstein 184
Locard 182
Lochbihler 199
Lochte 67
Loeb 174
Löffler 71 91
Logez 126
Lohnstein 55 154 166
Loloff 174
Lombardi 139 143
Lomer 55
Lommel 7 170
Lo Monaco 6 102 104 115
Londe 199 207
London 6 126
Long 2 66 182
Longcope 159 194
Longo 147
Longuet 79
Lönnberg 32 79
Lopatina 18
Lopriore 184
Lor 75 156
Lorcin 150
Lorenz 95 155
Lorgnier 210
Loring 32 203
Loriot 106
Lortat-Jacob 54
Lotheissen 7 111 127
Loubet 114
Louis 66 182
Loux 139
Lovelace 124
Lovera 139
Low 102
Löwenbach 78
Löwenberg 24
Löwenfeld 11 190
Löwenstein 18 55 111
Lowenthal 140
Löwenthal 150
Löwit 14
Lubarsch 18
Lübcke 126
Lubinski 63
Lublinski 88
Lucatello 78
Lucchi 124
Lucibelli 38
Ludwig 98 154
Lukács 88 115
Luke 183
Lull 38
Lumière 26
Lumpe 96
Lund 102
Lundborg 67 127 207
Lundstrom 118
Lüning 207
Lussac 66
Lussich 195
Lustig 74
Lüthje 2 46 94
Lutiis 127
Luxenburger 47
Luzzatti 63
Luzzatto 47 82 90 167
Lvov 208
Lydston 111 203
Lyon 104 110
Lyonnet 71

M

Maas 14
Maasland 139
Maass 78
Mabille 19 24
Mabit 106
Macaire 66
Macalester 14
Macarovici 143
MacCombie 87
MacCoy 116
Macdonald 127
MacFarlane 82
MacGowan 87
Macgregor 86
Machenaud 7 83
Machol 143
MacKaig 194
Mackenzie 103
Mackey 103
Mackie 14
MacLaren 139
Macleod 35 67
Macmorran 140
MacMurchy 66
Macpherson 87
MacWilliam 154
Madsen 138
Maduro 139
Magalhaes (P. S. de) 19 135
Magé 127
Mager 42 88
Maggioni 147
Magill 147
Magimel 154
Magnan 7 35 116 187
Magnanimi 90 124
Magnanini 183
Magnant 114
Magni 34
Magnus 183
Magnus (von) 208
Magri 139 156
Magruder 183
Magunna 46
Mahaim 147
Maher 24
Mailfert 182
Mailland 31 167
Mailland-Gonod 66
Maillard 46
Maillon 186
Maine 207
Mainot 30
Maisonneuve 55
Maixner 142
Majerczak 6
Majewski 15 34 190
Majocchi 95
Makaroff 122
Makaweew 200
Makuen 19
Malcolm 8
Malet 154
Malfatti 78
Malherbe 78 166
Malinowski 195
Malinvaud 146
Malkhasian 150
Mallet 18 98
Mallory 66
Malméjac 171 208
Malosse 174
Malsang 126
Maluta 38
Malvoz 202
Maly 122
Mamlock 126
Mancini 42 139 155 156
Mandl 8 15
Mandoul 182
Manega 143
Manfredi 140 154
Mangakis 10
Manget 212
Mangin 179
Manicatide 176
Mankovsky 202
Manley 7
Mann 7
42 124 143 187
Mannaberg 126
Mannini 127 174 187
Manouilov 38 158
Manson 74
Marage 140
Maragliano 34 83
Marandon de Montyel 139
195
Marano 32
Maraspini 186
Marc 150
Marceau 150
Marcel 212
Marchand 10
38 42 68 194
Marchese 68
Marcille 78 86 106
Marcland 130
Marcotte 138
Marcou-Mutzner 26 34
Marcus 115
Marcuse 19 123 151
Marey 90
Marfan 127
Margoniner 179
Mariani 7
26 87 126 186 194
195
Marie 15 79 176
Marimo 183
Marin 154
Marina 74 78 127
Marinesco 155
Marini 102
Marion 174
Mariotti 38
Mariotti-Bianchi 27
170 186 211
Markheim 126
Markl 98
Markoe 167
Markus 88
Marlière 210
Marmonier 127
Marmorek 132 140
Marocco 15 168
Marple 156
Marque 167
Marrassini 42
Marro 30
Marroni 102
Mars (von) 127
Marsat 114
Marsh 182
Marshall 11 78 190
Marsoo 26
Martel 19 42 127 139
Martens 127
Martin 2
30 31 32 43 68
71 88 118 127 155
174 195 199
Martina 139
Martinaud 154
Martinelli 127
Martinez 191
Martini 38 95
Martirano 199
Martirené 140
Martius 26 67
Martre 66 174
Marty 174
Martz 71
Marwedel 187
Marx 14
55 87 139 167 182
Masini 75 176 202
Masoin 115
Mason 98
Massalongo 75 155 183
Massart 10
Massaut 79
Masselin 147
Masselon 106
Massey 208
Massimi 91
Massini 110 154
Massol 174
Mastri 78 167
Matanowitsch 187
Matas 95
Matheny 48
Mathes 79 127 143
Mathieu 30
32 103 130 139 210
Mathis 46 54 115 142
Matthes 91 103
Mattirolo 34
Matzenauer 187 211
Matzuschita 63 200
Mau 167
Maubert 114
Mauclaire 47 162
Maurel 34 140 154
Maurin 30 174
Maussire 186
Mauté 190
Maxwell 30
May 34 11
Maydl 19
Mayer 32
78 116 118 126 208
Mayet 24
82 83 98 115
Maylard 95 155
Maynard 34 103
Mayo 7
31 78 143 167
Mayor 124
Mayoud 140
Mayr 46
Mays 32
Mazade 182
Maze 134
Mazé 132 140
Mazet 134 168
Mazzarotto 156
Mazzi 142
Mazzone 155
M'Bride 195
McCann 8 156
McCardie 7
McCarthy 19 127 183
McCaskey 126 182 208
McCone 156
McCosh 47 63
McCrae 183
McElroy 42
McFarland 86 139
McGraw 78
McKee 184
McKenzie 78
McLean 7
McMurtry 62
McPhedran 103
McReynolds 91 203
Meczkowski 155 171
Medici 138
Meer (von) 87
Méheut 102
Mehlem 200
Meier 132
Meige 38 115 167
Meijers 195
Meinel 122
Meinertz 82 182
Meirelles 124
Meisl 154
Meissen 67
Melean 47
Mélikian 30
Melograni 140
Meltzer 26
Melzi 147
Memmi 34 154
Ménard 6 134
Mendel 7
8 15 87 96 104
132 187
Mendelsohn 14
Mendelssohn 118 122
Mendez 124 199
Ménétrier 106 166
Menge 79
Ménier 124
Menzer 42 95 166
Menzi 132
Mercadante 207
Mercadé 95
Mercatelli 202
Mercer 183
Mercier 103 175
Merel 174
Méret 6
Mergoni 200
Méric (de) 38
Mering (von) 26
Meriwether 15
Merk 207
Merkel 10
Merkens 11
Merklen 94
Merle 30
Merletti 127
Mermann 187
Merrins 126
Mertens 31 42 62
Meslier 110
Mesmain 114
Mesnard 167
Mesnil 30 110
Messedaglia 6 190
Metcalf 32
Metchnikoff 67 82
Metnitz (von) 187
Metzger 66 126
Mével 186
Meyer 6
14 34 38 55 62
88 94 96 98 111
154 159 183 184 195
212
Meyer (von) 184 195
Meyer-Ruegg 55
Meyer-Wirz 212
Mibelli 90
Micaud 186
Michaelis 66
102 114 154 176
Michard 182
Michel 7 96 138
Michel (von) 91
Michelazzi 34 126 195
Micheli 10 34 156
Michoff 174
Miclescu 32 104
Mieczynski 156
Migaï 200
Migliorato 199
Mignon 127
Mikhaïlov 6 42 155
Mikulicz (von) 31 90 211
Milhiet 106
Milian 42
Milkowska 18
Millant 134
Millard 142 207
Millener 140
Milliet 122
Millon 106
Millot 118 186
Mills 19 24 115
Minciotti 78
Minet 83
Mingazzini 155
Minine 24
Mink 124
Minkowski 198
Minor 2
Minovici 200
Mintz 42 96
Miodowski 198
Miquel 118 147
Mir 94
Mirallié 7 127
Miranda 32
Mircoli 132
Mirto 24 75 86 147
Mirveaux 122
Mitchell 8 88
Mittelbach 34
Mitzora 186
Miwa 124
Mixter 96
Mixy 127
Mizzoni 106
Mlodzéievsky 6
Moak 174
Möbius 98
Modinos 87
Moeli 7
Moffat 98
Moggi 31
Mohr 18 62 104 124
Moindrot 151
Moinson 79
Molco 143
Molinié 32
Moll 124
Mollard 103
Möller 14
32 87 90 139 184
Möllers 83
Molon 8
Momo 207
Monari 3 98 167 194
Mönckeberg 126
Moncorgé 98 140
Mondiet 46
Mondin 122
Monéry 186
Monfher 114
Monfort 154
Mongeri 38 194
Mongour 7 31 78 104
Monié 46
Monin 31 103
Monnier 124 199
Monod 167
Monrad 32 99
Monribot 146
Monsiorski 39
Monsseaux 138
Montagard 26 67 182
Montagnon 8 104 151
Montamat 174
Montané 46
Monteverdi 32
Montgomery 8
11 55 135
Monthus 110
Monti 15 63 147 184
Montier 138
Montille 6
Montini 142 143
Montoro de Francesco 18
63 95 142
Monzon 167
Moore 87 132 142
Morache 147
Moraczewski (von) 2 207
Moraes Miranda (J. de) 138
Moran 48 111
Morandi 66 90
Morano 32
Morax 15
68 96 132 176 184
200
Moreau 66 130
Moreira 27
Morel 130 174
Morelli 195 199 208
Moresco 167
Morestin 3
68 71 75 82 87
90 142 155
Moretti 19
Moreul 115
Morgenroth 194 202
Mori 8
126 142 155 171 183
Morichau-Beauchant 30
Moriez 210
Morin 32
Morisani 184
Morison 142
Moritz 98
Moro 55 99 147
Morquio 15 183 195
Morris 63 111 127 151
Morse 43 176
Mortier 126
Morton 111
Mosella 8
Mosny 140
Mostkoff 39
Mott 87
Motta 127
Motta Coco 190
Moty 7 142 199
Mouchotte 91 143
Mouisset 83
Moulin 182
Moulis 174
Moullin 203
Moulonguet 176
Mouly 48
Mouneyrat 130
Mouraviev 194
Moure 75
Moureau 124
Mourgues 154
Mournand 186
Mourrut 146
Moursou 46
Moussault 122
Mousson-Lanauze 126
Moussu 86
Moynihan 27
87 111 179 203
Muench 32
Muggia 98
126 132 168
Mühsam 34
Muir 82
Mul 91
Muller 30 111
Müller 2
7 43 75 78 82
83 96 99 127 135
142 156 202
Munch 110
Munk 98
Munro 143
Münsterberg 140
Munter 91
Muralt (von) 19
Muratet 114 154
Murdoch 18
Muret 111
Murgia 16
Murphy 19 123
Murray 155 168
Murrell 30 126
Muscatello 62
Musehold 87
Muskens 14 27
Musser 30 96 142
Mutnianski 156
Mutschler 39
Muus 86
Muzio 98
Mygind 39 127 183
Mynter 187

N

Naamé 82
Näcke 2
Nadler 43
Nagel 8
Nägelsbach 107
Nalbandoff 62
Nalin 166
Nallino 103
Nardi 7 142
Nasi 104
Natvig 195
Naumann 19 31 115
Nauwerck 158
Nava 207
Navarre 67
Nebelthau 194
Neck 158
Nédeleff 66
Nédrigaïlov 24
Neermann 78 99
Negrescu 140
Negretto 63 203
Negro 86
Nehrkorn 99 187
Neisser 110
Nencki 126 200
Nenninger 14
Nespoli 88
Nestorovsky 158
Neter 68
Netolitzky 179
Neubauer 75
Neufeld 158
Neugebauer 8
124 167 168 191
Neuhaus 70
Neuman 43
Neumann 6
70 91 127 132 140
156 176 183 199 202
207
Neustätter 47
Newman 168 203
Newsholme 140 179 207
Nichols 138
Nicholson 143
Nicoladoni 127 171
Nicolaï 184 203
Nicolas 26
30 32 35 43 103
114 190
Nicolaysen 31 127
Nicoll 176 179
Nicollas 30
Nicolle 35 66 184 194
Niedner 200
Niedzielski 99
Niel 116
Niemack 78 191
Niémtchenkov 132
Niessen (von) 32 200
Nietert 87 171
Niles 127
Nilus 150
Niola 47
Nissen 87
Nisticó 200
Nitzsche 179

Nizzoli 16 155
Njemtschenkow 211
Nobécourt 32
Nöbel 124
Nobl 78 207
Noble 32
79 116 142 143 155
184 203 208 211
Noccioli 195
Noce 91
Noé 94
Noguchi 106
Nogué 208
Noirot 182
Nonne 103 155
Noorden (von) 48 96 155
Noordijk 142
Norbury 46
Nordentoft 195 199
Nordmann 55 87 116
Norfleet 83
Norris 203 207 208
Nösske 132 175 194
Nötel 124
Nothnagel 6 194
Noto 96
Nouveau 174
Nové-Josserand 19
Novikov 156
Novy 71 116
Nuel 79

O

Obersteiner 14
Obrecht 102
Ochérovsky 171
Ochsner 68 115 171
O'Conor 207
Oddo 93 127 142
Odenthal 15
O'Donovan 3
Oehler 7
Oettingen (von) 195
O'Farrell 83
O'Followell 43
Ogston 78 176
Ohandjanian 127
Ohlemann 184
Ohlmacher 147
Ohmann-Dumesnil 14
Olano 175
Oliari 42 208 212
Oliva 32
Oliveira (O. de) 39
Oliver 7 19 191
Olivier 18
Ollive 14
Olmer 66
Olshausen 96 168
Oltuszewski 87
Omeltchenko 10
Omi 75
Onodi 140
Opie 63 166
Oppel 2 114
Oppenheim 78
99 106 114 115 199
Oppenheimer 39 48 203
Oppler 142 155
Oraison 191
Orefice 19
O'Reilly 79
Orgler 55 122
Orlipski 155 167
Orlow 19 78
Orlowski 38
Ormsby 67
Oro 207
Orr 68
Orssaud 174
Ortal 16
Orticoni 66
Ortner 176
Ortona 155
Ortynski (von) 30
Osborne 46 176
Osler 62 142
Ossipow 2
Ostermaier 6
Ostermayer 63
Ostertag 18 55 140
Ostheimer 48
Ostmann 184
Ostrianine 182
O'Sullivan-Beare 111
Otradinsky 39
Otsuka 18
Ott 18 87
Ott (de) 32 43 195
Ottaviano 62
Otto 207
Ottolenghi 91
Oudin 200
Oui 140 184 195
Oulié 146
Ouspensky 127
Ovazza 140 147 199
Overend 103
Overholser 31
Owens 7

P

Pacheco Mendes 42 47
Pachf 86
Paciotti 195
Packard 70 87 126 155
Pactet 147 171
Padoa 200
Pagenstecher 99
Pagès 114 208
Pagliano 200
Pagniez 10 102
Painblan 31 132
Painter 87
Pal 66 155
Paladino 32
Paladino-Blandini 132
Pallard 18 199
Pallegoix 110
Palleroni 179
Pallut 46
Palm 83 154
Palma y Mena 106
Palmiéri 126
Palombi 179
Paltauf 67 70
Pamard 130
Pampoukis 103
Pancoast 99
Pancrazi 174
Pándy 82
Pane 55 79
Panichi 35 79 104 115
Panitch 110
Panse 88
Pansier 91
Pansini 62 103 155
Panski 127
Pantaloni 31
Panzacchi 154
Paoli 190
Papillon 30
Papin 123
Pappanicolaou 48
Pappenheim 18 30 78
Paramucchi 8
Parascandolo 42 68
Parhon 38 99 131 186
Parinaud 68
Pariser 150 155
Parisot 14
Park 62
Parke 143
Parker 18 142 156
Parkes 212
Parlavecchio 90
Parnisetti 24
Parodi 132
Parona 7
Parrozzani 90
Parsons 68 131
Pascale 19
Paschkis 186
Pasini 103
Pasquereau 126
Pasquini 142
Passini 75
Pässler 194
Passover 195
Passow 47
Passtoors 191
Pastena 18
Pastore 91
Pastrovich (de) 7
Pasturel 146
Patamia 68
Patel 19
66 78 99 127 212
Patella 62 87 114 126
Patellani 46 88
Patoir 19 26 83
Patrick 78 87
Patrikios 207
Patrizi 210
Patry 171
Patterson 7 87
Pauchet 7 143
Paucot 39
Pauer (von) 168
Paul 7 43 47 66
Paulli 42
Pautet 115
Paviot 155
Pavlekovich (de) 18
Pavy 82 207
Pawlof 127 210
Payer 79
Payne 8
Payr 7
19 35 143 155 171
179
Pazzi 24
Pearce 34 82 87
Pearson 46
Pechkranc 7 131
Peckham 30
Pédarré 130
Pedrazzini 175 208 212
Pégurier 24
Peham 19
Péhu 26 67
Peillon 19 200
Peiser 15
Pekelharing 174
Pel 18 142
Pelagatti 199
Pélicier 134
Pellagot 103
Pellegrino 63
Pellet 30
Pellissier 126
Pelnare 126
Pelon 147
Peloux 174
Pels-Leusden 132
Peltier 154
Pembrey 118
Pendl 127
Penkert 210
Penninckx 212
Pennington 88 127
Penzoldt 102 176 186
Pepere 126 210
Pepper 70
Péraire 19
Perassi 99 115 211
Perdu 130
Pereira 175
Perez-Avendaño 147
Perge 182
Pergens 15 124 156
Peri 48
Périchitch 150
Périer 30
Peritz 163
Perlis 123
Perman 83
Pernice 30 34
Pérochaud 15
Perondi 195
Perrando 94 124 212
Perrier 174
Perrin 118 150 182 186
Perrin de la Touche 48
63
Perrody 30
Pers 127
Personali 170
Perthes 124
127 143 155 171 207
Pertot 18
Perutz 104
Pes 39
Pesina 39
Pestalozza 147
Pestemalzoglu 106
Peters 132 184
Petersen 87
98 115 143 191
Petersen (von) 135
Peterson 135 168 184
Petit 39
110 114 115 143 156
174 200 212
Pétranoff 154
Petraroja 199
Petrén 38 166
Pétridis 27 32
Petrie 186
Pétroff 19
Petrone 24 184 195
Petruschkij 208
Pettazzi 208
Peugniez 179
Peyre 138
Peyronny 114
Peyrot 154
Pezzoli 203
Pezzolini 82 126
Pfahler 115 147
Pfaundler 43 68 184
Pfeifer 79 126
Pfeiffer 82
86 96 98 115 200
Pfister 130 176
Pfisterer 147
Pflanz 99
Pflüger 179
Pförringer 7
Phelps 142
Philippe 110 146 186
Philippson 99
Phillips 116 155
Phocas 27
42 62 115 171
Pic 147
Picard 6
Picarougne 138
Picart 26
Piccinini 179
Pichler 135
Pick 8
19 30 43 67 82
87 95 103 114 115
132 159
Pickett 131
Picone 78
Picot 39 82 86
Picqué 27 191
Picquet 143
Pied 6
Pieniazek 88 135
Pieraccini 90
Pierce 102 132
Pieri 8
62 102 142 143 154
Piéron 99
Piersol 68 198
Piévnitzky 200
Pigg 62
Pignatti Morano 38
Pignet 24
Pilcz 87
Pilpoul 146
Piltz 170 186 194
Pilzer 110
Pimpot 134
Pinatelle 27 186
Pinchon 182
Pincus 27 39 116 147
Piñero 18
Pini 134 207
Pinkus 155
Pinzani 156
Piollet 15 186
Piorkowski 119
Piperkov 115
Pirolli 8
Pirone 210
Pirrone 138 150
Pisa 38
Pisani 200
Pischinger 88
Pissot 130
Pitha 132 147
Pitini 207
Pitois 6
Pitous 154
Pitres 82 87
Pittarelli 207
Pizzini 104
Placzek 86 124
Plato 38
Platon 143 171
Plehn 71 87 104 187
Plesch 166
Plessi 8 199
Plicque 42
Ploc 207
Pluyette 176
Podciechowski 179
Podevin 30
Podwyssotsky 10 140
Pohl 43
Pöhl (von) 82
Poirier 86
102 114 130 198
Poirson, née Kaminski 150
Poisson 110
Pokrovsky 94 106
Polacco 115
Polak Daniëls 14
Poliakov 2
Polievktov 156
Pollack 2
Pollak 156
Pollet 210
Pollio 142 186
Pommeret 134
Pommier 174
Poncet 71 127 199 210
Ponfick 26 166
Pont 147
Pontoppidan 46
Poore 171
Popescul 24
Popov 18 71 96
Porosz 104 127 143
Portemer 114
Porter 27
46 48 83 88 107
Porteret 195
Posadas 203
Poscharyski 75
Posey 143 156
Posner 104 168
Possetto 176
Postina 94
Potain 126
Potapow-Pracaïtis 18
Potarca 143
Potel 48
71 134 135 187
Poten 15
Potet 182
Pouillaude 210
Poulain 102
Poulet 182
Poullet 71 78
Poulsson 18
Pouly 182
Poupault 118
Pourpre 66
Poussardin 130
Poussèpe 14
Pousson 15 131 143
Poutet 18
Power 68 194
Powers 47 78
Pozerski 126
Pozza 42
Pozzo-di-Borgo-Molinier 174
Praguer Fróes 179
Prallet 182
Prandi 195
Pratt 86
Preble 142
Preiser 43
Preisich 168
Prentiss 79
Préobrajensky 14 58
Prepin 154
Presmann 24
Presta 71 200
Prevost 18 91
Pribram 114 166
Price 62 171
Primet 78
Prisznor 207
Pritzsche 184
Proal 140
Probst 19 86 170
Probyn-Williams 62 156
Prochaska 16 170
Prochazka 131
Prochnik 98
Prochownick 27
Profeta 103
Prokop 212
Proskauer 171
Proust 142 203
Prout 86
Prudden 102
Prunet 126
Prutz 175
Pruvost 150
Przewalski 122
Przewoski 126
Puccioni 79 211
Pugliese 200
Pugnat 156 199
Pulawski 207
Pulido Fernández 208
Pupovac 78 207
Purnell 30
Purpura 42
Purves 135
Pusateri 27 135
Pusey 47
Pye-Smith 34
Pyle 104 211

Q

Quadflieg 7
Queirel 99 132
Queisner 83
Quensel 114 170
Quénu 35 79 115 171
Quervain (de) 42
71 78 88 99 135
171 207
Quéry 102
Queyron 154
Queyrot 182
Quill 130
Quillier 26
Quillon 26
Quintard 7
Quiot 174
Quiserne 134
Quisling 168
Qurin 38 116

R

Rabajoli 26
Rabéjac 174
Rabère 168
Rabieaux 103
Rabinovitch 200 212
Rabot 14
Rachford 132
Räcke 115
Racoviceano 71
Racoviceanu-Pitesti 143
Raczynski 3
Radaeli 96
Radafiné 6
Radasch 194
Radcliffe-Crocker 99
Raff 167
Raffaele 91 171 200
Raffier 30
Rafin 15 71 111 156
Rager 103
Rahlmann 68
Rahn 132
Railliard 154
Raimann 6 155
Rainy 159
Raisonnier 118
Rakhmaninov 102
Rakotosaona 174
Rallier du Baty 210
Ramé 75
Ramón y Cajal 166 200
Ranaivo 138
Rançon 210
Randall 32 140
Randers 132
Ranglaret 210
Ranke (von) 68
Rankin 103
Ransohoff 115
Ranvier 186
Ranzi 16
Raoul 66
Raoult 102 140 156
Rapin 115
Rappin 212
Rasch 48
Rasumowsky 115 143
Rathmell 48
Rauber 174
Raudnitz 91
Raulin 156
Rauline 47 63
Rauzier 147
Ravasini 203
Ravaut 48
Ravelonahina 174
Ravenel 32 115 138
Ravenna 154
Raviart 131
Ravitch 143
Ravogli 207
Raw 88
Ray 203
Raybaud 35 66 107 132
Raymond 67 115
Raynaud 55 124
Razetti 48
Reach 102 186
Reale 18 175 176
Reber 27
Rebeyrolle 130
Rebierre 182
Rebuschini 19
Recchi 43 122
Reckzeh 168 199
Redlich 131
Reed 14
27 74 98 179 208
Reger 27
Régnault 39 142 191 208
Régnier 67 104 116 132
Rehm 182
Rehn 35 179
Reich 176
Reichard 115
Reichardt 174
Reiche 207
Reichenbach 124
Reichert 98 198
Reichmann 82
Reid 142
Reidhaar 116
Reifferscheid 43
Reimann 54 184
Reinbach 55
Reineboth 30
Reinecke 19
Reinhold 82
Reiss 14 70
Reissmann 116
Reissner 98
Remlinger 38 184
Rémon 122
Rem-Picci 103 143
Remy 43 48
Renner 135
Renou 26
Renouard 6
Renoult 94
Renshaw 203
Respighi 132
Ressère 140
Retière 106
Réthi 88
Retzius 18
Reumaux 94
Reure 186
Reuss (von) 187
Reutter 18
Reverdin 171
Reverdy 182
Révérend du Mesnil 174
Revillet 68
Revilliod 30 199
Rey 132
Reyburn 207
Reymond 43 182
Reynaud 26 171
Reynès 114 191
Rey-Pailhade (de) 198
Rheinboldt 87
Rheiner 156
Rheinwald 7 78
Ribas 42
Ribaut 15
Ribbert 70 82 98 155
Ribis 146
Richard 154
Richards 124
Richardson 130 199
Richelot 99
Richer 156 191
Richet 210
Richmond 38
Richoux 66
Richter 14
Ricker 18
Ricketts 62 87
Rideal 104
Ridel 211
Ridlon 7
Rieck 8 83 208
Riedel 131
143 156 191 199
Rieder 132
Riedinger 35 131 170
Riegel 90 98
Riegler 186
Riegner 199
Rienzo 88
Ries 32
Riesman 2 130 142 194
Riésnikov 98
Rietber 184
Rieux 115
Riey 174
Rigal 68 102 156
Riggio 30 34
Riley 27
Rille 142 155
Rinckenbach 130
Rindfleisch 191
Rinehart 115
Rinne 199
Rio 199
Rioblanc 131
Riolacci 79
Riolo 18 143
Riou 114
Riqué 174
Risel 82
Risley 83 88
Riss 94 95
Rissmann 184
Rist 96
Rit 66
Ritter (von) 24
Rittershain (von) 168
Riva 26
Rivacono 186
Rivalta 126
Rivet 82 98
Rivière 46 96 102 208
Rizzo 7

Robb... 11 27
Robbaz... 174
Robecchi... 26
Robelin... 134
Roberts... 27 38 63
Robertson... 43 103
Robey... 167
Robillard (de)... 106
Robin. 71 154 168 199
Robinet... 114
Robinson 86 114 115 175
Roblot... 94
Robson 27 99 143 156
Rocaz.. 35 83 104 168
Rocca-Serra... 102
Roche... 68 114
Rocher... 34 154
Rochet... 83
Röchling... 183
Rodella... 111
Röder... 102 142
Rodet... 154
Rödiger... 43
Rodman... 7
Rodriguez... 83
Rodriguez y Abaytúa. 210
Rodzaevska-Storojeff (de)... 18
Roger... 14 103
Rogers... 142
Rogman... 31 79
Rogovin... 208
Rogozinski... 102
Rohleder... 14
Rohmer... 34
156 168 184 208
Roinet... 118
Rolando... 35 156
Rolleston... 130 183
Rollet... 68 79 143
Rolly... 46 62 154
Roloff... 131
Romani... 114
Romano... 32
Romberg... 103
Römer... 38 86 132
Romignot... 210
Römisch... 8 142 147
Romme... 48
Rommel... 179
Rômniceanu... 71
Róna... 83
Roncali... 43 78 115
Roncoroni... 174
Rondot... 14
Rongier... 30
Roorda Smit... 27
Roos... 132
Roosa... 156
Roosen-Runge... 186
Röpke... 124 131
Roques... 130 154
Rosales... 175
Roscher... 132
Rose... 6
42 82 104 115 156
Roseda... 200
Rosemann... 34
Rosenbach... 83
98 130 131
Rosenbaum. 18 166 186
Rosenberg... 195 198
Rosenblath... 82
Rosenfeld... 43
66 79 102 111 155
194
Rosenheim... 130
Rosenow... 143
Rosenquiste... 38
Rosenstein.. 43 86 116
Rosenstirn... 75
Rosenthal... 32
131 132 150 166 182
195
Rosenwald... 94
Rosenwasser... 63
Rosin... 103 130
Ross... 71 79 195
Rossi... 7 99
Rossier... 99
Rössler... 19 62
Rossolimo... 14 126
Rost... 208
Roster... 142
Rostoski... 158
Rostovtzev.. 147 154 171
Rotch... 83
Rotgans... 179
Roth... 116
Rothbart... 47
Rothe... 131 143 199
Rothenspieler... 6
Rothmann... 98 170
Rothschild... 86
Rothschild (de). 55 104 147
Rotter... 27
Roualet... 66
Roubaud... 138
Roubtzov... 63
Rouby... 75
Roudaire... 186
Rouet... 134
Rouffiandis... 167
Rouhet... 98
Rouslacroix. 114 126 211
Rousseau... 122 154
Rousselot... 124
Rouvière... 66
Rouville (de)... 99
Roux... 2
42 103 115 119 126
140 171
Rouyer... 182
Rovsing... 131 184
Roxo... 183
Roy... 88
Royet... 124
Rozánek... 71
Rozier... 102
Ruata... 35 90
Rubeska... 116
Rubino... 142
Rubner... 207
Rubovits... 207
Rubzow... 195
Ruffer... 138 179
Ruge... 199
Ruggi... 27
Ruhemann... 98
Rühl... 43 63 115
Rummo... 24 83
Rumpf... 42 82 111 170
Rundström... 75
Runge... 99
Rupp... 79
Rusch... 127
Rushmore... 62
Russell... 79 156 202
Ruth... 88
Rybalkin... 2
Rydygier... 171
Rymovitch... 200
Rzetkowski... 154

S

Sabatié... 114
Sabbatani... 116
Sabeva... 174
Sabot... 114
Sabouraud... 99
Sabrazès 19 43 46 114
Sacerdotti... 90 175
Sachs... 115
126 156 158 202
Sacquépée.. 14 103 207
Sadoul... 43
Sagols... 146
Sagrandi... 156
Sahli... 142 155 179
Sailer.. 82 103 142 170
Saint-Ange Roger... 106
Sainton... 26
Saint-Pau... 46
Saint-Philippe... 83
Saint-Vincent de Parois (de)... 182
Saison... 6
Sakhansky... 199
Salabert... 46
Salaghi... 107
Salge... 132
Salkowski... 110
Sallard... 182
Salles... 184
Salmon... 74
Salomon 18 39 104 155
Salomonsen... 184
Salomonson... 130
Salterain (J. de)... 116
140 156
Saltykow... 95
Salus... 132
Salvarelli... 106
Salvatore... 130 140
Salvia... 159
Salvioli... 98 102 126
Samberger... 70 131
Samokhotzky... 79
Samter... 199
Samways... 199
Sanarelli... 30 107
Sandberg... 147
Sander... 7
Sandwith... 31
Sanfelice... 38
Sänger... 8
31 82 99 103
Sangiovanni... 210
Sanine... 18
Saniter... 79
San Martín y Satrústegui... 199
Sanna Salaris... 142
Sannucci... 155
Sano... 42
Santas... 48
Sante Solieri... 103
Santi... 75 147 156 168
Santillana... 43 116
Santucci... 32
Sapejko... 27
Saquet... 43 143
Saraceni... 155
Sarachaga... 132
Sarbó (von)... 62 158
Sarda... 43 171
Sarkisov... 38
Sarrazin... 154
Sarwey... 47
Sarytchev... 115
Satterthwaite... 24
Satullo... 187
Saul... 91
Sauvage... 114
Sauvaitre... 46
Savage... 79 176
Savelli... 114
Savill... 142
Savoye... 114
Savtchenko... 114 146
Sawada... 82 202
Sawyer (Sir J.)... 103
Sayol... 26
Sbrana... 24
Sbriscia... 207
Scaduto... 155
Scaffidi... 186
Scanzoni (von)... 116
Scarano... 142
Scarpini... 14
Scarrone... 15 26
Scemama... 134
Schabad... 54 187
Schachner... 88
Schächter... 99
Schafer... 27 103
Schaffer... 99
Schäffer... 8
63 71 79 99 147 184
Schaldemose... 179
Schanz... 11
35 43 71 103 171
Scharff... 71 150
Schatz... 66
Schauta... 116
Schech... 96
Scheffer... 190
Scheib... 154
Scheier... 147
Schein... 167
Schenk... 6 99
Scherb... 19 82
Scherer... 168
Scheyer... 168
Schiassi... 11 99 143
Schickele... 202
Schiele... 31
Schiffmacher... 83
Schiller... 47 191
Schilling 7 11 124 198
Schirmer... 132
Schittenhelm... 131 207
Schläfrig... 71
Schlagenhaufer... 131
147 194
Schlatter... 35
Schlayer... 199
Schlechtendahl... 115
Schlesinger... 99
110 132 199
Schley... 167
Schloffer... 11
27 47 63 71 99
Schlöss... 82
Schlossmann... 132 147
Schmaus... 86
Schmid... 200
Schmidt... 8
79 102 116 142 143
187 199 203
Schmiedeberg... 140
Schmieden.. 99 103 199
Schmilinsky... 38
Schmit... 63
Schmitko... 122
Schmitt. 11 142 150 208
Schmorl 86 90 99 202
Schnabel... 88
Schneidemühl... 179
Schneider... 46 70
Schödel... 8
Schofield... 67
Schöler... 212
Scholten... 26 116
Scholtz... 99
Schönborn... 131 167
Schönemann... 154
Schönenberger... 18
Schönstadt... 48
Schönwerth... 191
Schoo... 87 95
Schopf... 82
Schott... 131 155
Schoull... 68
Schrader... 179
Schram... 8 207
Schramm... 199
Schreiber... 38 168
Schröder... 43
48 115 126 207
Schrön... 132 184 207
Schrötter (von)... 11
114 187
Schücking... 168
Schüder... 54 71 124
Schüle... 8
Schuler... 143
Schüller... 63 114
Schulthess... 207
Schultz... 16 18 179
Schultze... 27
67 79 90 99 114
147
Schulz... 11 143
Schulze-Vellinghausen. 184
Schumburg... 18
Schumm... 26 82 207
Schupfer... 6
7 19 115 131
Schurrer... 170
Schuster... 88 199
Schütz... 90 99 168
Schütze... 34 62 199
Schwabe... 46
Schwæbel... 182
Schwalbe... 102 174
Schwartz... 199
Schwarz... 6
66 70 82 211
Schweinitz (de)... 47
Schweitzer... 116
Schweizer... 199 212
Scialom... 174
Sciamanna... 14 90
Scott... 48 68
Scotti... 34
Scudder... 2 27
Secchi... 131 191 207
Secrétan 11 24 27 146
Secreti... 99
Sederl... 96
Sée... 30
Seelig... 63 83 131 143
Seeligmann... 116
Seeligmüller... 155
Seemann... 187
Ségalen... 154
Segalov... 114
Ségelle... 174
Séguin... 114
Seidelin... 179
Seifert... 99
Seiffer... 199
Seigneux (de)... 8 27 104
Seiler... 82
Selberg... 47
Selby... 83
Seliger... 27
Seligmann... 175
Sellei... 14 132 142
Sellheim... 79 132
Sématzky... 27
Semmelink... 200
Sempé... 30
Senator.. 38 86 114 210
Senn... 43 47
Sepet... 171 199
Seppilli... 155
Serafini... 140 176
Séran... 146
Sereni... 24 115
Sergent... 31 114 142
Sergi... 27
Serkowski... 86 212
Serre... 146
Sesboüé... 134
Setbon... 134
Severi... 43
Sévin... 126
Sevray... 94
Sewall... 30
Seyer... 102
Seytre... 90
Shambaugh. 104 124 184
Shattuck... 187
Shaw... 88
Sheild... 11 88 140
Sheldon... 11 82 207
Sherman... 171
Sherrington... 140
Shields... 170
Shiga... 67
Shipley... 132
Shirres... 99
Shoemaker... 11 82 90
Shukowsky... 191
Shumway... 156
Shurly... 212
Sibelius... 18
Sicard... 134 199
Sicardi... 46
Sicre... 182
Sid er-Huguenin... 184
Sieber... 24 126 146
Siebert... 184
Siebold (von)... 43 124
Siebourg... 27
Siecke... 116
Siefert... 171
Siegert... 24 95 132
Sigaud... 70
Sighinolfi... 195
Sigogne... 130
Sikkel... 159
Sikora... 106
Silbermark... 171
Silberschmidt... 7 74
Silfvast... 14
Siller... 63
Silva... 143
Silvagni... 42 43 210
Silvestri 42 43 140 155
Simart... 102
Simerka... 142
Simmons... 68
Simnitzky... 67
Simoes... 124
Simoff... 18
Simon... 19
102 138 175 187 191
Simonini... 48 155
Sinclair... 208
Singer... 32 183
Sinnreich... 131
Sipari... 47 68
Sippel... 27 200
Sippy... 159
Sironi... 199
Sisto... 66 90
Sitta... 18
Sittner... 43
Six... 106
Sizémsky... 83
Sjöbring... 82
Sjövall... 47
Skultecki... 32
Skutsch... 27 132
Sladen... 16
Slatinéano... 30
Slavik... 47
Sleeswijk... 210
Slefrig... 212
Slomann... 191
Slosse... 199
Smale... 71
Small... 207
Smidt... 132
Smirnov... 71
Smith... 15
32 35 48 79 116
130 132 158 179 200
Smoler... 27 99
Sneguireff... 179
Snel... 171
Snow... 38
Sobel... 83 131
Sobernheim... 8 187
Sobolievsky... 159
Sobotta... 102 208
Socin... 168
Soderlindh... 174
Sohn... 187
Sokolov... 74
Sokolowski... 186
Solacolu... 138
Sölder (von)... 115
Solger... 19
Soli... 71
Solieri... 11 99 111
Solley... 174
Sollmann... 55 104
Solomon... 83
Soloviev... 171
Solowij... 27
Solt... 116
Soltmann... 111
Somers... 124
Sommariva... 66
Sommer... 47 132 208
Sommerfeld... 106 116
Sonnenburg... 63
Sonneville... 39
Sonntag... 210
Sorel... 27 71 146
Sörensen... 24
Sorgente... 63 176
Sorotchinsky... 115
Sötbeer... 175 212
Soudzilovsky... 74
Souhaut... 138
Soukhanoff... 131 198
Soukostavska... 174
Soukov... 3
Soulé... 146
Soulié... 14
Soupault... 199
Sourdille... 83
Sourov... 90 200
Sousa Teixeira (B. de). 207
Southworth... 3
Soutkovsky... 142
Spadaro... 47
Spadoni... 32 107
Spallitta... 18
Speck... 38
Spellissy... 171
Spencer... 27
Sperino... 6
Spiegel... 115
Spiegelberg... 24
Spielmeyer... 171
Spiethoff... 210
Spijarny... 99
Spiller... 88
115 131 139 159 171
174 190
Spillmann... 159 200
Spineanu... 6
Spira... 32
Spiridonov... 11 99 174
Spiro... 74
Spissu... 130
Spitz... 2 110
Spitzer... 67 211
Spitzley... 47
Spolverini... 8 116 132
Spratling... 27 46 183
Sprecher... 102 184
Sprengel... 11 88 171
Springer... 116 171 208
Spronck... 207
Squire... 131
Ssaweljew (von)... 19
Ssobolew... 154
Stadelmann... 35
Stadtler... 104
Stähelin... 210
Stahl... 43 114
Stäbler... 116
Stamm... 68 131
Stanculeanu... 102
Stanford... 24
Stangenberg... 140
Stangl... 46 62
Stanley... 132
Starck... 159 191
Starkey... 79
Starling... 210
Starr... 99
Staude... 200
Stavely... 99
Steel... 87
Steele... 98 114
Stefani... 174
Stefanile... 88 114
Stefanovsky... 212
Stefanowska... 115 123
Steffen... 70
Stegmann... 190
Stein... 71 99 184
Steiner... 24
47 122 183 199
Steinert... 190
Steinhaus... 154 186
Steinhausen... 2
Steinitz... 16
Steinthal... 191
Stejskal (von)... 103
Stelwagon... 199
Stempel... 11
Stengel... 35 83 86
Stenhouse... 68
Stenitzer (von)... 70 199
Stepanoff... 130
Stéphan... 174
Stephenson... 143 156
Stepinski... 30
Stérin... 210
Stern... 7 99 111 210
Sternberg... 70 79
Sterne... 43
Steudel... 191
Stevenel... 186
Stevens... 207
Steward... 139
Stewart... 43 90 171
Sthamer... 63
Stich... 200
Sticher... 8
Sticker 104 115 199 207
Stieda... 11 27
Stierlin... 11
Still... 43 184
Stiller.. 46 86 142 170
Stilling... 115
Stillman... 42
Stilo... 38
Stimson... 27 179
Stinson... 79 131 200
Stintzing... 82 176 186
Stirling... 102
Stitelet... 182
Stöckel... 35 131 211
Stockman... 83 199
Stockton... 46 82 88
Stoenesco... 200 212
Stoicescu... 114
Stokvis... 130 155 187
Stolper... 8 132
Stöltzing... 175
Stolz... 94 116 131 156
Stone... 99
Stoner... 14
Stood... 184
Stooss... 208
Storch... 171
Störk... 18 62
Stowe... 79
Strada... 103
Stransky... 27 46
Strasburger. 142 207 210
Strasser. 27 32 132 155
Strassmann... 200
Straus... 71 114
Strauss 70 98 155 199
Sträussler... 27 103
Stravoskiadis... 62
Strebel. 6 71 116 140
Stroganoff... 147 187
Stroheker... 122
Strohmayer... 159
Strube... 199
Strubell... 6 170
Strübing... 115
Strümpell... 82 114
Strümpell (von)... 142
Struppler... 46 62 170
Struycken... 124
Strzyzowski... 66
Stumph... 146
Sturli... 98 190
Sturmann... 8 195
Stursberg... 2 130 171
Stybr... 104
Subbotin... 83
Suchannek... 39
Suckstorff... 74
Sudeck... 131 159
Sudhoff... 115
Suker... 88
Sulli... 103
Sultan... 35 95
Sulzer... 79 168
Supino... 42 187
Surmont... 126 146
Süsswein... 67 111
Suter... 90 111 131
Sutter... 154
Svehla... 68
Svenson... 190
Sverjevsky... 168
Swain... 203
Swales... 131
Sweet... 111
Swiecinsky... 90
Syers... 155
Sykow... 131
Syllaba... 6 30

Symonds 208
Syms 83
Szalárdi 155
Szántó 47 63
Szczawinska 138
Szejko 182
Székely 63
Szili 63 68
Szontagh (von) 176

T

Taddei 27
35 47 83 191 208
Taillens 146
Talbot 130
Talke 131
Talley 155
Talma 30
106 115 199 210
Tambacopoulo 175
Tandler 24 132
Tanfiliev 19 88 104
Tangl 171
Tannenhain (von) 70
Tanquerel des Planches 138
Tansini 146 179
Tantilov 115
Tanton 35
Tantzscher 83
Taouber 99
Tarassévitch 114 194
Tardieu 147
Targhetta 94
Tarnovsky 99
Tarozzi 142 194 202
Tarruella 71 200
Tartière 208
Taruffi 115
Tarugi 83
Tate 71
Taussig 43
Tausz 47
Tauzia 154
Tavel 27
63 71 88 116 131
146 187
Taylor 43
48 83 88 91 115
208
Tchacaloff 18
Tchernov 155
Tchernychev 102 106
Tchiriev 146
Tchitcherine 39
Tchlenov 167 199 207
Tcypkine 115
Tedeschi 19
55 134 183 202
Teillais 156
Teixeira de Mattos 99
Teleky 199
Ten Cate 19
Tendlau 126
Terni 35
Terrett 208
Terriberry 146
Terrien 48 151 156 212
Terrier 83 116 131
Terrile 42 47 210
Terson 15 163 184
Tessier 122
Tesson 114
Testi 155 170 175
Testut 78 86
Teutsch 79 199
Teweles 47 116
Texier 140 184
Teyssier (de) 158
Thayer 86
Theilhaber 99 132
Theisen 63 176
Thelberg 86
Themerson 156
Thenen 46
Theobald 176
Thévenet 67
Thibaudeau 106
Thibaut 48
Thiem 199
Thieme 116
Thiemich 24 168 187
Thiesing 103
Thiis 200
Thimm 70
Thiry 159
Thoinot 147
Thomalla 199
Thomas 2
32 42 70 104 116
122 130 131 132 147
159 186 191
Thomas-Latour 146
Thomass 168
Thomayer 142
Thomin 26
Thommen 131
Thomson 11
48 70 79 82 95
116 208 210
Thomson (Sir W.) 156
Thorel 30
Thorn 83 132
Thorner 48
Thost 168
Thresh 68
Thrush 176
Thudichum 19
Thue 115 130 146
Thuillier 30
Thumim 43
Thurnwald 6
Thursfield 43
Tiché 174
Tieschi 47
Tietze 115
Tigerstedt 142
Tikanadzé 208
Tikhov 199
Tilanus 13[illegible]
Tilé 88
Tiling (von) 42
Tillmanns 35
Tilmann 131
Tilton 191
Timachev 200
Tioumianzev 158
Tiptzev 142
Tirado 179
Tirelli 38
Tissié 83
Tissot 114
Tittel 48
Tizzoni 79 82
Többen 71 86
Tobeitz 199
Tobias 110
Todd 79
Toeplitz 212
Tolot 83
Tomasczewski 167
Tomaselli 83 88 146
Tomassi 6
Tonin 156
Tonnel 110
Tonzig 82
Töpfer 142
Topsent 68
Torday (von) 116 190
Torella 83
Torelli 19
Torggler 8
Törngren 99
Törnqvist 146
Török 14 90 155 167
Torrance 11 131
Torresi 155
Torretta 208
Torri 179
Torrild 27
Touche 67 199
Toulouse 10
Toumilovitch 199
Tourlet 114
Tourner 99
Tournère 27
Toussaint 26
35 83 116
Toutourine 194
Toutychkine 190
Townsend 211
Tozzi 62
Traina 102
Trambusti 103
Tramer 74
Tranquilli 146 170
Trautmann 46 127
Travers 208
Traversier 186 199
Trébeneau 182
Trégouet 122
Tréguier 78
Tréhet 42
Treitel 16 88
Trendelenburg 71 168
Trenel 194
Tresilian 3
Trespe 156
Trétrôp 32
Treupel 66 190 199
Treves 86
Treves (Sir F.) 147
Triantaphyllidès 130
Trifiletti 176
Trifonoff 31
Trinkler 171
Triol 174
Tripier 179
Tritschler 94
Trivas 154
Trizlintzeff 174
Troin 143
Troitzky 147
Trombetta 15 63
Trouchaud 142
Troussaint 103 131 142
Trousson 114
Truffi 14
Truffier 210
Trumpp 68
Tryde 46
Trzebicky 131 156
Tsakona 103
Tubby 27 43 159
Tuffier 27 42
Tuley 11
Tumpowski 208
Tunnicliffe 171
Turazza 63
Turcan 130
Türk
46 62 111 199
Turner 35
67 131 147 151 176
Turnowsky 19
Turquan 208
Tyrie 19

U

Uchermann 142
Ugel 182
Ughetti 175
Uhlenhuth 8 68
Ulesko-Stroganowa 168
Ullman 27
Ullmann 83 167
Umber 199 207
Ungar 200
Unger 90
Unna 70 198
Unterberger 18
Upson 6
Urbantschitsch 124
Uriarte 54
Uribe-Troncoso 79
Urquiza 199
Ury 70
Utchida 86
Utili 207 210

V

Vaccari 11
Vacher 203
Vacquerie 130
Vagner 167
Vaïas 130
Vaillant 34 70 74 154
Vaissade 186
Valagussa 43 90
Valassopoulo 32
Valenti 131 200 203
Valentin 30
Valentine 191
Valentini 104
Valentino 103 146
Valerio 114
Valery 34
Vallas 27 83
Vallat 66
Valle 199
Vallée 202
Vallette 171
Vallois 168
Valude 15 132 184
Van Assen 130
Van Beneden 74
Van Buren Knott 147
Vandamme 208
Van den Bergh 14 19
Van der Briele 183 211
Van der Hoeven 187
Van der Minne 210
Van der Pöl 115
Vanderveer 27
Van de Velde 18 168
Van Duyse 79
Van Emden 138
Van Eysselsteijn 35
Van Fleet 96
Vangeon 130
Van Ijzeren 6 30
Vanlaer 210
Van Méris 66
Van Moorsel 183
Van Olden Barneveld 94
Van Oordt 27
Van Tussenbroek 6
Vanverts 27 147 167
Van Voornveld 187 210
Van Vyve 130
Vanysek 190
Vanzetti 102 131
Várady (von) 131
Varay 104
Varenne 46
Variot 24
Varnek 43
Vas 86 140
Vaschide 42
99 127 131 142 159
171
Vasiliu 199
Vassiliev 116
Vassmer 8 96
Vassor 94
Vaudin 98
Vaughan 82 142
Vautrin 154
Veasey 176
Veau 42
Veber 88
Vecchi 90
Vecki 42
Vedel 174
Vedeler 104 132
Veeder 207
Veillon 186
Veit 116 132 168 200
Vendeville 30
Venneman 156
Veras 116
Verchinine 140
Verdelet 8 48
Verdier 83 90 116 191
Verdun 68
Vergely 74
Verger 82 115 200
Vergez 26
Verhaeghe 210
Verlaine 210
Vermehren 210
Vernay 24 71 79 132
Vernet 114
Véron 48 83 104 146
Verrière 15
Verworn 18
Vésian (de) 146
Vesterdal 90
Vève 122
Veyrassat 170 186
Veyrune 174
Vian 102
Viana 142 155 156
Vianello Cacchiole 200
Vianey 146
Viannay 70
71 83 186 194
Vidal 42
Vieillard 130 143
Vierhuff 42
Vierordt 19
Vieubled 114
Vignard 83
Vignaud 122
Vigne 182
Vignolo 174
Vignolo-Lutati 19
Vignon 122
Vigorita 200
Vigot 14 66
Vilaire-Cabèche 138
Villa 104 116
Villar 35 83 147
Villard 102 147 168
Villaret 26
Villedieu 186
Vilmain 150
Vincelet 138
Vincent 27 210
Vincenzi 114
Vincenzo 42
Vineberg 32 147 179 184
Vinsonneau 174
Violet 131
Virdia 199
Vismard 174
Vitek 42 190
Viura 83
Vivenza 191
Viviani 126
Vlaccos (de) 27
Vladimirov 83 115 158
Vogel 146 147 168
Voges 115 131
Vogt 42
Voigt 132
Völcker 7 131 191
Volhard 18 207
Volk 171
Vollbracht 91
Vollmer 3 70 155
Volovatz 130
Volpelière 174
Volpilière (de la) 30
Volterrani 179
Voorthuis 115
Voss (von) 70 82 199
Vouzelle 142 167
Vrasse 87 210
Vrédène 147
Vues 116 151
Vuillemin 191
Vulliet 24 27 159
Vulpius 90 175 208
Vurpas 122
127 131 142 159 171
Vymola 116
Vysin 42
Vysotzky 114

W

Wachsmuth 27
Waegeli 18
Wagner 26
116 154 159 168 200
Wagstaffe 156
Wahlen 122
Waibel 104
Wainwright 104
Wakefield 48
Walbaum 18 70
Waldeyer 6
Waldheim (von) 143 155
Waldo 14 24
Waldstein 83
Waldvogel 130 183
Walger 116
Walker 48
82 126 183 187
Walkhoff 86
Walko 62 63
Wall 187
Wallace 63 74 131
Wallenberg 42 86
Waller 86
Wallis 140 208
Walls 32
Wälsch 71 131
Walsh 74 130 167
Walsham 6 27 82 115
Walter 116
Walters 24
Walthard 99
Walther 159
Walz 146 199
Walzberg 131 147
Wang 210
Wanklyn 207
Ward 91 99
Warda 2
Warde 115
Ware 2 27 191
Warren 99
Warthin 47
Wasielewski (von) 35
Wassermann 16
114 147 158 175
Watanabe 2
Wateff 75
Waterhouse 39
Waterman 191
Watkins 187
Watt 90
Watten 47
Webb 71
Weber 11
27 42 67 83 86
183
Webster 83 156
Wechsberg 98
126 131 199
Wechselmann 191
Wecker (de) 68
111 184 200
Wegele 24
Wegner 131
Weichardt 62 86
Weichselbaum
110 155
Weidenfeld 210
Weigert 182 198
Weiler 155
Weill 135 138
Weinberg 132
Weinberger 43 90
Weinreb 63
Weinsberg 208
Weir 11 43 208
Weis 147
Weiss 24
35 131 155 175
Weissbart 124
Weissberg 211
Weisswange 200
Weisz 3 14 155
Weitzel 208
Welander 19 207
Wells 2 83 104 106
Welp 167
Welsh 202
Welt 156 176
Wenckebach 98 116 187
Wenhardt 212
Wenning 132
Wenzel 116 131 147
Werder 208
Werner 186
Wernitz 116
Wertheim 63 132
Wertheim-Salomonson 99
Wertheimber 147
Wesener 86
Wesolowski 87 200
Wessel 104
West 187
Westberg 70
Westenhöffer 154
Westerman 35
Westermark 27
Westphal 19 90 99
Westphalen 32 187
Westphalen (von) 132
Wetherill 156
Wette 131
Wettendorff 74
Wetzel 200
Weygandt 99
Weymann 79 124
Wharton 11
Wheaton 131
White 24
43 70 83 87 130
167 176
Whitehead 140
Whitfield 14 87 155
Whitla 83
Whitman 27 90
Whitney 6
Wiasemski 147
Wichmann 15
Widmann 66
Widmark 212
Wiebe 62
Wiedemann 202
Wieland 34
Wielowieyski 3 38
Wiemuth 35
Wiener 104
132 159 168 210
Wiesinger 63 83
Wiesner 155 199
Wieting 3 83 116 131
Wiggin 183
Wiki 2
Wilbrand 31
Wildbolz 90 130
Wilde 18
Wilder 88
Willemin 94
Williams 7
32 43 48 55 83
87 116 147 176 179
208
Williamson 210
Willson 90 191 198
Wilms 11
47 63 131 191
Wilson 7
83 104 156 208
Winckler 142
Windscheid 131
Wingrave 16
Winkler 38 48 71 79
Winstel 200
Winter 99 115 183
Winternitz 24
107 147 200
Wintersteiner 55
Wirgin 184
Witting 104
Wittmaack 184
Wittmer 159
Witzel 47
Wlassow 202
Woakes 203
Wodarz 35
Wohlgemuth 27
Wolbarst 47
Wolf 90 187
Wolff 18
19 35 47 62 66
70 90 94 102 104
115 131 147 159 175
183 186 207
Wolkowitsch 43 147 212
Wolter 200
Wolters 146
Wood 96
124 142 155 179
Woods 32
Wormser 43
Worobjew 47
Wrangham 8
Wright 38
66 70 110 132 139
143 212
Wroblewski 88 96
Würth von Würthenau 187
191
Wurtz 130
Wutzdorff 126
Wychgel 179
Wyeth 35 183
Wyss 47 83
Wyssokowicz 74

X

Xanthopoulides 140
Xech 146

Y

Yaïch dit Jaïs 134
Yañez 149
Yarr 168
Yonge 79 140
Young 47 83 104 211
Yvon 55

Z

Zabolotny 7
Zaccaria 83
Zachariades Bey 179
Zacher 82
Zagari 19
Zagato 199
Zahn 46 67 98 159
Zahradnicky 27
35 71 131 147
Zajkowska 18
Zalewski 16
Zammit 142
Zanardi 191
Zander 10 83
Zangemeister 24
156 187 200
Zangger 16 176 191
Zanietowski 96 116
Zanoni 39 104 132
Zanuttini 187
Zappert 62
Zarubin 87
Zarzycki 30
Zawadzki 208
Zebrowski 187 190
Zeehuisen 32 138 210
Zeissl (von) 14
99 142 167 183 191
Zeit 79
Zeliony 18
Zenoni 126
Zérénine 19 159
Zeri 170
Zesas 131
Zezschwitz (von) 30
Zibell 71
Zieciakiewicz 126
Ziegler 2 158
Ziemke 63
Ziffer 168
Zilberberg 18
Zilgien 83
Zimmermann 187
Zinke 156
Zinno 10 42 79
Znamensky 131
Zöge von Manteuffel 104
Zoledziowski 191
Zollikofer 131 174
Zuckerkandl 63 182
Zülzer 86 90
Zumbusch (von) 211
Zuntz 18 107
Zunz 6 98 174 175 210
Zupnik 67
Zuppinger 24
83 104 159
Zusch 115
Zweifel 132
Zwillinger 116

VINGT-DEUXIÈME ANNÉE — N° 1, 1er JANVIER 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose latente des amygdales et des végétations adénoïdes.

Parlant de la tuberculose des amygdales, Virchow (1) écrivait encore en 1863 : « Il est difficile de dire pourquoi la tuberculose des amygdales et des glandes folliculaires de la langue n'a pas été observée jusqu'ici ; peut-être est-ce faute de recherches suffisantes. Mais en admettant qu'on arrive un jour à en établir l'existence, cette localisation de la tuberculose doit être extrêmement rare, de sorte qu'il est presque permis d'attribuer à ces organes une certaine immunité contre cette maladie. »

Les faits sont bientôt venus donner un démenti à l'opinion de Virchow. Cependant, les nombreux travaux qui ont été publiés sur la question avaient surtout en vue la forme ordinaire de la tuberculose, telle qu'elle se manifeste sur les muqueuses en général, où elle est caractérisée par une grande tendance à l'ulcération, ce qui en rend le diagnostic possible à l'aide de la simple inspection.

Mais les amygdales sont souvent le siège d'une autre forme de tuberculose, la forme larvée ou latente, qui apparaît et évolue à l'intérieur de l'organe sans se traduire par aucun signe extérieur. La connaissance de cette variété est de date relativement récente ; comme son histoire se trouve assez étroitement liée à celle de l'hypertrophie des amygdales, il ne sera pas inutile, avant d'aborder le sujet même de notre travail, d'indiquer brièvement les principales notions qui ont successivement prévalu sur les causes et la nature des hypertrophies amygdaliennes.

I

En ce qui concerne, en premier lieu, les amygdales palatines, il était convenu depuis longtemps que leur hypertrophie est le résultat d'un simple processus inflammatoire, identique dans tous les cas, et c'est tout au plus si on attribuait dans la production de cette hypertrophie un rôle quelconque au terrain, à la prédisposition individuelle. La question semblait résolue une fois pour toutes, et on avait pris l'habitude de considérer l'hypertrophie amygdalienne comme une affection de peu d'intérêt, ou tout au moins ne nécessitant aucune nouvelle recherche.

Un revirement se produisit dans l'opinion médicale, à la suite de la retentissante publication de W. Meyer (de Copenhague) (2), concernant l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée de Luschka, hypertrophie connue sous le nom de végétations adénoïdes. On s'aperçut que l'hypertrophie des amygdales palatines accompagne très souvent, voire dans la plupart des cas, celle de l'amygdale pharyngée, et on se demanda si, dans l'ensemble des troubles dont Meyer venait de donner un tableau resté classique, une certaine part ne revenait pas à la première de ces affections. Cependant, Meyer lui-même était loin de se douter de toute la portée de sa découverte. Il croyait que l'entité morbide qu'il avait réussi à créer se présentait non seulement sous le même aspect chez tous les malades, mais encore dans des conditions partout et toujours identiques. Il ne soupçonnait pas que le même ensemble symptomatologique pût être l'expression de modifications anatomo-pathologiques très dissemblables et avoir une étiologie et une pathogénie variant d'un cas à l'autre. Il établissait l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée à côté de celle des amygdales palatines et croyait, comme on le croyait pour cette dernière, que chez tous les sujets, quels qu'ils fussent, porteurs de végétations adénoïdes, il s'agissait d'un simple processus inflammatoire, d'un caractère toujours bénin, sans danger appréciable pour la santé générale, et qu'il suffisait d'une opération des moins compliquées pour assurer à ceux qui en étaient affectés une guérison complète et définitive.

De nombreux travaux, parmi lesquels il faut citer particulièrement ceux de Stöhr (1), ont paru depuis, mettant en évidence ce fait que les amygdales palatines, l'amygdale pharyngée et les follicules clos de la base de la langue ont une structure essentiellement identique et entourent d'un anneau presque ininterrompu l'entrée des appareils respiratoire et digestif ; ils ont montré en même temps que tous ces organes se composent de tissu lymphoïde, tissu qui, par son rôle physiologique, est pour l'organisme d'une très grande importance. On s'est demandé alors s'il fallait encore maintenir la distinction entre l'hypertrophie des amygdales palatines et celle de l'amygdale pharyngée, s'il ne serait pas plus conforme à la réalité de parler d'une hypertrophie de l'anneau lymphatique en général et si cette hypertrophie, vu le rôle joué par les éléments lymphoïdes, était vraiment et dans tous les cas d'une explication aussi simple et de nature aussi bénigne qu'on le supposait encore.

On a cru remarquer d'abord que la plupart des symptômes dont l'ensemble constitue ce qu'on désignait sous le nom de *scrofule* se retrouvent chez les sujets porteurs d'hypertrophies amygdaliennes, et surtout de végétations adénoïdes. De là à voir dans les végétations adénoïdes l'expression d'un tempérament scrofuleux ou à considérer celui-ci comme une conséquence de celles-là, il n'y avait qu'un pas (2). Mais cette manière de voir n'a pu prévaloir longtemps, et cela pour deux causes : 1° parce que la notion même de la scrofulose subit avec le temps des atteintes considérables, et que des voix autorisées s'élevèrent, lui refusant toute autonomie et lui assignant dans la plupart des cas une base franchement tuberculeuse ; 2° parce qu'on s'aperçut que ces troubles ou manifestations de nature soi-disant scrofuleuse, auxquels on attribuait cependant un caractère constitutionnel, disparaissaient comme par enchantement à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes.

On voulut alors remplacer la notion de scrofule par celle de lymphatisme, et faire de celui-ci comme l'avant-coureur de la tuberculose. C'est ainsi que Hansemann (1), entre autres, essaya d'établir un rapport entre le lymphatisme et la tuberculose, en attirant l'attention sur la fréquence de l'infection tuberculeuse secondaire chez les lymphatiques. Mais cette manière de voir n'eut pas plus de succès que la précédente, car elle se heurtait à la même difficulté : celle d'expliquer une affection aussi fréquente que les végétations adénoïdes et les hypertrophies amygdaliennes par une cause constitutionnelle.

Cependant, l'étude attentive des tuberculoses locales avait mis en évidence cette particularité qu'un grand nombre de manifestations morbides considérées autrefois comme les expressions les plus caractéristiques de la scrofulose n'étaient autre chose que des lésions tuberculeuses plus ou moins avancées, plus ou moins déclarées. Tel fut, par exemple, le cas des polyadénites observées chez des enfants sains en apparence ; et c'est en s'attachant à l'étude de ces manifestations peu apparentes de la tuberculose, évoluant sans symptômes bien nets ni bien prononcés, sans dommage souvent pour la santé générale, qu'on est arrivé à établir la notion de la tuberculose latente, dont les recherches ultérieures, appuyées de nombreuses autopsies, n'ont fait que confirmer l'existence et la fréquence relativement assez grande.

C'est ainsi que Bollinger, Baumgarten, Kossel ont observé la tuberculose latente dans 25 à 40 % de tous les cas qu'ils ont examinés ; Hecker, sur 700 autopsies, a trouvé 164 cas de tuberculose déclarée et 50 cas de tuberculose latente ; Kelsch donne, pour la fréquence de la tuberculose latente dans l'armée, la proportion de 1 : 3.

En présence de ces faits, on s'est demandé si l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx et du naso-pharynx ne serait pas elle aussi, parfois tout au moins, une manifestation tuberculeuse latente, et cette hypothèse a servi de point de départ à un grand nombre de travaux qui en ont en partie confirmé la justesse. Ces travaux ont soulevé quelques problèmes d'un intérêt considérable, tels que les rapports entre la tuberculose des amygdales d'un côté, et la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, de l'autre, la part qui revient à la tuberculose amygdalienne dans l'hypertrophie des amygdales, le mode d'infection de ces organes, etc. Si toutes ces questions ne peuvent encore être considérées comme résolues d'une façon définitive, il ne s'en dégage pas moins des recherches publiées jusqu'ici un certain nombre de faits positifs qu'une étude critique nous permettra de mettre en évidence.

(1) Cité par Seifert, *in* Handbuch der Laryngologie und Rhinologie de Heymann, T. II, fasc. 8 et 9, p. 741. Vienne, 1898.

(2) W. Meyer. Ueber adenoïde Vegetationen in der Nasen-Rachenhöhle. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1873, I. 4, p. 241.)

(1) Stöhr. Ueber Mandeln und Balgdrüsen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1884, XCVII, 2, p. 211.)

(2) Trautmann. Anatomische, pathologische und klinische Studien über Hyperplasie der Rachentonsille, sowie chirurgische Behandlung der Hyperplasie zur Verhütung von Erkrankungen des Gehörorgans. Berlin, 1886.

(1) Hansemann. Die secundäre Infection mit Tuberkelbacillen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 mars 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 94.)

II

C'est à Strassmann (1) que revient le mérite d'avoir le premier signalé l'existence de la tuberculose latente des amygdales palatines : sur 21 amygdales provenant de 15 sujets morts de tuberculose pulmonaire, 13 présentaient des lésions tuberculeuses latentes. Dmochowski (2), ayant examiné 15 amygdales d'individus tuberculeux, trouva dans tous les cas sans exception des altérations tuberculeuses plus ou moins prononcées ; il insiste particulièrement sur ce fait qu'aucune des amygdales en question n'offrait de modification macroscopique et que les lésions tuberculeuses dont elles étaient le siège auraient passé inaperçues sans l'examen histologique. Krückmann (3), étudiant l'état des amygdales dans la tuberculose ganglionnaire, examina dans ce but 12 cadavres et trouva sur tous des lésions tuberculeuses des amygdales. Les résultats obtenus par cet auteur n'ont fait que confirmer ceux auxquels était arrivé l'année précédente Schlenker (4) à la suite d'un examen attentif de 24 cas de tuberculose ganglionnaire.

Tandis que les recherches que nous venons de citer ont été faites principalement sur des cadavres d'adultes, Schlesinger (5) publia en 1896 une statistique portant sur 17 enfants tuberculeux (dont l'âge variait entre sept mois et treize ans), avec lésions tuberculeuses des amygdales dans 12 cas. Et comme conclusion de son mémoire, l'auteur croit pouvoir formuler les propositions suivantes : « La phtisie pulmonaire est presque toujours accompagnée de tuberculose amygdalienne, et inversement cette dernière ne va jamais sans la tuberculose pulmonaire. Les amygdales sont saines lorsque les poumons sont le siège de foyers tuberculeux insignifiants ou en voie de guérison. »

Ce sont là les principaux travaux d'ensemble traitant de la tuberculose amygdalienne au cours de la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire. Deux données principales s'en dégagent : 1° les lésions amygdaliennes étaient dans tous les cas de nature secondaire ; 2° elles étaient purement latentes, c'est-à-dire ne se manifestaient par aucun signe macroscopique, ne changeaient en rien l'aspect extérieur de l'amygdale qui, dans la plupart des cas, était tout simplement hyperplasiée, et auraient facilement passé inaperçues sans l'examen microscopique.

Des recherches analogues ont été faites en ce qui concerne les végétations adénoïdes. Sans vouloir discuter ici la question de priorité, nous devons dire cependant que Trautmann qui, en 1886 (6), assignait aux végétations adénoïdes une nature scrofuleuse, finit par changer d'avis; ayant cru remarquer que cette affection s'observe de préférence chez des enfants issus de parents tuberculeux, il fut le premier à entrevoir un rapport entre la tuberculose et l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée (7). Mais il n'en est pas moins juste de reconnaître avec M. Lermoyez (8) que c'est en France qu'ont été faites et la première démonstration microscopique et les premières observations cliniques de la tuberculose des végétations adénoïdes. C'est ainsi que, dans une communication à la Société anatomique de Paris (séance du 25 mars 1892), Pilliet (1) signalait l'existence de cellules géantes dans 3 amygdales pharyngées hypertrophiées examinées par lui ; et c'est à M. Lermoyez (2) lui-même que revient le mérite d'avoir communiqué les premiers cas de cette affection. Nous verrons plus tard que la présence de cellules géantes dans l'amygdale pharyngée n'est pas toujours un signe en faveur de la tuberculose, et que les observations de M. Lermoyez ne sont pas toutes de nature à nous prouver la réalité d'une tuberculose primitive des végétations adénoïdes. Toujours est-il que ce sont les travaux d'auteurs français qui ont marqué une nouvelle étape dans l'évolution de nos idées sur cette question et servi de point de départ à des recherches ultérieures.

Sous ce rapport, la communication faite par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine (3) mérite une attention toute particulière, parce que les discussions qu'elle a soulevées et les débats dont elle a été l'objet ont mis en avant quelques points nouveaux, d'une importance très grande. On sait que M. Dieulafoy, ayant inoculé 61 cobayes avec des fragments d'amygdales palatines et 35 avec des fragments de végétations adénoïdes, a obtenu 8 tuberculoses généralisées (soit 13 %) pour la première série, et 7 (soit 20 %) pour la deuxième. Amygdales et végétations adénoïdes provenaient de sujets sains, sans aucune localisation tuberculeuse et, sauf l'hypertrophie, présentaient un aspect macroscopique normal. De ces expériences, M. Dieulafoy crut pouvoir conclure : 1° qu'il existe une tuberculose latente *primitive* des amygdales et des végétations adénoïdes ; 2° que cette tuberculose se manifeste macroscopiquement sous forme d'une simple hypertrophie.

M. Cornil (4) contesta la valeur des expériences de M. Dieulafoy en invoquant principalement cette raison que la tuberculose inoculée aux cobayes pouvait être due aux bacilles qui se trouvent à la surface des amygdales et des végétations adénoïdes, sans qu'il y eût tuberculose de ces organes à proprement parler. Il citait à cette occasion les expériences de Strauss démontrant la présence de bacilles tuberculeux dans les fosses nasales de sujets parfaitement sains, et concluait en disant que si M. Dieulafoy avait eu soin de pratiquer l'examen histologique des amygdales en question, il aurait certainement obtenu une proportion beaucoup moins élevée. M. Cornil lui-même n'aurait constaté la tuberculose des végétations adénoïdes que 4 fois sur 70 observations, et pas une seule fois celle des amygdales palatines. C'est alors que M. Helme (5) proposa d'établir une catégorie de végétations adénoïdes « bacillifères », par opposition aux végétations vraiment tuberculeuses.

Les objections de M. Cornil résument toutes celles qui ont été formulées depuis cette époque contre les expériences de M. Dieulafoy. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut en penser; disons tout de suite qu'elles s'adressaient surtout à la façon de procéder de M. Dieulafoy et à ses conclusions relatives à la fréquence de la tuberculose des amygdales et des végétations adénoïdes, et semblaient ne pas mettre en doute l'existence même d'une tuberculose latente et primitive de ces organes.

Il est vrai que M. Broca (1) et Wright (2) sont arrivés à des résultats absolument négatifs, le premier à la suite de l'examen histologique de 100 végétations adénoïdes, le second par l'inoculation à des cobayes de fragments de 12 amygdales pharyngées hypertrophiées. Mais ce sont là des faits isolés. De nombreux auteurs (Lermoyez, Gottstein, Brindel, Pluder et Fischer, Luzzati, Hynitzsch, Wex, Lewin, Friedmann, Silberstein), dont les travaux sont pour la plupart postérieurs à la communication de M. Dieulafoy, ont été amenés à des conclusions qui, tout en ne concordant pas avec celles de ce dernier, quant à la fréquence de la tuberculose primitive des amygdales, n'en semblent pas moins établir d'une façon positive la réalité de cette affection.

III

Nous avons vu que, pour combattre la façon dont avait procédé M. Dieulafoy, on avait invoqué tout d'abord les expériences de Strauss démontrant la présence de bacilles de Koch dans les fosses nasales de sujets sains, et émis l'opinion que la tuberculose provoquée chez les cobayes par l'inoculation de fragments d'amygdales et de végétations adénoïdes pouvait bien avoir été produite par les bacilles qui se trouvaient à la surface de ces organes et provenaient des fosses nasales.

En formulant cette objection, on ne tint pas compte de ce fait que, dans les expériences de Strauss, il s'agissait d'infirmiers et d'étudiants en médecine, c'est-à-dire de personnes séjournant plus ou moins dans un milieu hospitalier dont l'atmosphère peut, en effet, renfermer de nombreux bacilles. Il est impossible de généraliser les conclusions auxquelles est arrivé Strauss, à moins d'admettre l'ubiquité du bacille de Koch et d'affirmer qu'il se trouve répandu dans l'air atmosphérique d'une façon générale et dans n'importe quelles conditions. C'est là la principale difficulté que rencontre la théorie qui voit dans l'inspiration, dans l'inhalation du bacille tuberculeux la principale cause de la production de la tuberculose; Baumgarten (3) a fait justice de cette théorie, en la réduisant à ses justes proportions et en n'attribuant à l'inhalation qu'un rôle tout à fait secondaire.

En ne considérant que les expériences de Strauss, on a négligé de leur opposer celles d'un grand nombre d'autres auteurs qui sont arrivés à des résultats diamétralement opposés. Il faut savoir, notamment, que la fosse nasale ne constitue pas une cavité homogène dans toutes ses parties, qu'elle se compose de plusieurs sections dont chacune présente des conditions spéciales, et sous ce rapport on doit avant tout établir une distinction capitale entre le revêtement du vestibule nasal et la muqueuse pituitaire proprement dite. Comme le font remarquer avec beaucoup de raison Thomson et Hewlett (4), on ne peut accorder aucun crédit aux expériences qui ont négligé cette distinction; même en l'observant, il est difficile d'éviter l'erreur provenant d'une contamination accidentelle pendant la traversée du vestibule, car, tandis que les microbes de tout genre sont très abondants au niveau du vestibule, leur nombre diminue considérablement à mesure qu'on se rapproche de la pituitaire; dans plus de

(1) Strassmann. Ueber Tuberculose der Tonsillen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1884, XCVI, 2, p. 319.)

(2) Dmochowski. Ueber secundäre Erkrankungen der Mandeln. (*Beiträge z. pathol. Anat.*, 1891, X, 5, p. 481.)

(3) Krückmann. Ueber die Beziehungen der Tuberkulose der Halslymphdrüsen zu der der Tonsillen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1894, CXXXVIII, 3.)

(4) Schlenker. Beiträge zur Lehre der menschlichen Tuberculose. III. Untersuchungen über die Entstehung der Tuberculose der Halsdrüsen, besonders über ihre Beziehungen zur Tuberculose der Tonsillen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1893, CXXXIV, 1 et 2, p. 161 et 247.)

(5) Schlesinger. Die Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern. (*Berlin. Klinik*, sept. 1896.)

(6) Trautmann. (*Loc. cit.*, p. 25.)

(7) Trautmann, *in* Lehrbuch der Ohrenheilkunde de Schwartze, T. II, p. 135. Leipzig, 1893.

(8) Lermoyez. Discussion ayant suivi une communication de M. Brindel sur les « Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adénoïdes ». (*Bull. et mém. de la Soc. française d'otol.*, 1896, p. 305.)

(1) Pilliet. Note sur la présence de cellules géantes dans les végétations adénoïdes du pharynx. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1892, p. 236.)

(2) Lermoyez. Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet 1894, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 338.)

(3) Dieulafoy. Tuberculose larvée des trois amygdales. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 30 avril 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 199.)

(4) Cornil. Sur la tuberculose larvée des trois amygdales. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 14 mai 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 223-24.)

(5) Helme. La question des végétations adénoïdes tuberculeuses. (*Union méd.*, 7 sept. 1895.)

(1) Broca. Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Compte rendu du neuvième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 470.)

(2) Wright. Tuberculous infection of the lymphoid tissue of the pharynx. (*New York Med. Journ.*, 26 nov. 1896.)

(3) Baumgarten. Lehrbuch der pathologischen Mykologie. Braunschweig, 1890.

(4) Thomson et Hewlett. Die Microorganismen der gesunden Nase. (*Centr.-Bl. f. Laryngol.*, nov. 1895.)

80 % de leurs observations, les auteurs que nous venons de citer ont trouvé, dans la portion de la pituitaire accessible à l'examen, le mucus nasal absolument stérile, d'où ils concluent qu'il doit en être ainsi, à plus forte raison, dans la partie tout à fait profonde, au voisinage immédiat du naso-pharynx. Avant et après Thomson et Hewlett, Lermoyez et Wurtz (1) Piaget (2) sont arrivés à des résultats analogues.

L'absence, ou tout au moins l'extrême rareté des microbes dans les fosses nasales tient-elle, comme le veulent MM. Lermoyez et Wurtz, à l'action microbicide du mucus nasal, ou dépend-elle d'autres causes, c'est une question que nous pouvons laisser ici de côté. Il nous a seulement paru intéressant d'opposer aux constatations de Strauss des conclusions différentes et même contraires.

On a prétendu alors que, si les fosses nasales *normales* constituent un terrain peu favorable au pullulement des microorganismes pathogènes, du bacille de Koch en particulier, il n'en est pas de même quand elles sont altérées par une affection quelconque, et on a attribué particulièrement à l'ozène un rôle considérable dans la production de la tuberculose. Telle est, par exemple, l'opinion de Seifert (3) et de beaucoup d'autres. Cependant Liaras (4), qui a fait de nombreuses recherches dans cette direction, est arrivé à des résultats négatifs : non seulement la présence de bacilles tuberculeux dans les fosses nasales d'ozèneux serait extrêmement rare, mais le nombre de tuberculeux, parmi les sujets affectés d'ozène, serait très minime, et ne permettrait nullement d'établir entre ces deux affections un rapport de cause à effet.

Ce n'est donc pas en se basant sur un fait aussi peu certain et aussi sujet à discussion qu'il est possible de critiquer les expériences de M. Dieulafoy. Si la présence du bacille tuberculeux dans les fosses nasales de sujets sains était aussi fréquente que tendraient à le faire croire les expériences de Strauss, M. Dieulafoy aurait certainement obtenu une proportion beaucoup plus grande de végétations adénoïdes tuberculeuses, et, d'une façon générale, la tuberculose de cette région devrait s'observer plus fréquemment, car une amygdale hypertrophiée, et par là même sujette aux congestions et aux inflammations, ne peut que favoriser l'action morbide du bacille qui se trouve en contact constant avec elle. On objectera à cela, avec quelques auteurs (Krückmann, Schlenker, Gottstein), que les amygdales, l'amygdale pharyngée en particulier, possèdent certaines propriétés bactéricides qui leur permettent de résister pendant longtemps à l'invasion du bacille tuberculeux et, cette invasion une fois accomplie, d'en limiter l'action et d'empêcher les infections secondaires. C'est possible, mais ce n'est qu'une hypothèse, qui a été émise plus tard, dans le but d'expliquer la grande rareté, très souvent l'absence complète, de bacilles et de caséification dans les foyers tuberculeux des amygdales; on a voulu y voir la caractéristique de la tuberculose latente primitive de ces organes. Toutefois, comme il a été prouvé, d'autre part, que les mêmes particularités se retrouvent dans la tuberculose latente secondaire des amygdales, c'est-à-dire chez des sujets dont la vitalité et la force générale de résistance se trouvent considérablement diminuées, l'hypothèse que nous venons de citer perd un peu de sa valeur.

Quant à nous, nous serions plutôt enclin à considérer la présence de bacilles sur la surface des amygdales et des végétations adénoïdes (1) comme un commencement de tuberculose, car, ainsi que l'a montré Stöhr (2), il se produit, entre les cellules épithéliales tapissant les follicules lymphatiques, une migration constante de leucocytes qui arrivent souvent à éliminer complètement l'épithélium ; il en résulte de véritables « plaies physiologiques » qui constituent pour les bacilles autant de portes d'entrée, et l'invasion se fait d'autant plus facilement qu'il s'agit d'un organe hypertrophié, congestionné, dont la force de résistance est naturellement diminuée. En admettant cette explication, on arrive à restituer aux expériences de M. Dieulafoy toute leur valeur, et on comprend que la proportion admise par lui soit supérieure à celle qu'ont constatée la plupart des autres auteurs, ceux surtout qui s'en sont tenus à l'examen histologique et bactériologique et qui se trouvaient probablement en présence de lésions plus avancées.

Notre manière de voir est confirmée par Pluder et Fischer (3) qui ont rencontré, dans 5 cas de tuberculose adénoïdienne, des lésions limitées à la couche muqueuse, c'est-à-dire situées immédiatement au-dessous de l'épithélium, et jamais dans la sous-muqueuse. Ces altérations étaient donc toutes superficielles, et il est probable que dans les cas de M. Dieulafoy l'examen histologique et bactériologique n'aurait fait que confirmer les résultats obtenus par l'inoculation.

D'ailleurs, l'examen microscopique n'offre pas une certitude absolue. Nous avons dit plus haut que les bacilles, lorsqu'ils existent, sont très rares, et dans les cas les plus favorables on en découvre à peine quelques-uns. On en est donc réduit à chercher des tubercules et des cellules géantes. Mais cette recherche ne va pas sans de nombreuses causes d'erreur. En premier lieu, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, l'infection tuberculeuse n'envahit jamais l'ensemble de l'amygdale; il s'agit le plus souvent d'une lésion unique, limitée à un seul lobe et, dans les cas de foyers multiples, les lésions sont très disséminées, séparées les unes des autres par des couches épaisses de tissu sain. Il est nécessaire de pratiquer des coupes extrêmement nombreuses, de les examiner toutes les unes après les autres; lors même que l'examen de la plupart d'entre elles donne un résultat négatif, on ne doit pas s'en contenter ni se hâter de conclure, car quelquefois la dernière coupe seule renferme les éléments cherchés.

Les tubercules et les cellules géantes une fois trouvés, il s'agit de s'assurer pour ainsi dire de leur authenticité. La chose n'est pas toujours facile. C'est ainsi que Wex (4) et Lewin (5) ont rencontré dans l'amygdale pharyngée de fausses cellules géantes, dont l'examen attentif a montré qu'il s'agissait tantôt d'éléments kystiques, tantôt d'îlots épithéliaux isolés par la coupe, tantôt enfin de sections de capillaires ayant subi la dégénérescence hyaline, avec prolifération endothéliale. Lewin a observé des cellules géantes dans un cas de gomme du naso-pharynx, où il existait en même temps des altérations artérielles très prononcées, telles qu'épaississement de la tunique adventice avec oblitération presque complète des vaisseaux.

On trouve encore dans l'amygdale pharyngée des altérations simulant exactement la tuberculose et déterminées par la présence de corps étrangers qui peuvent pénétrer dans l'intérieur de l'amygdale et y provoquer une prolifération du tissu lymphoïde. D'un autre côté, Lewin et Hynitzsch (1) ont constaté dans la tuberculose vraie des amygdales des productions particulières en forme de gâteau, constituées par plusieurs couches concentriques entourées de nombreuses cellules géantes typiques. Ce sont là des concrétions calcaires analogues à celles que Görke (2) a décrites dans les tuberculomes du nez. Ce sont des formations secondaires, produits d'une métamorphose régressive; un observateur inexpérimenté et non prévenu peut facilement les prendre pour des corps étrangers et considérer les modifications qui les accompagnent comme pseudo-tuberculeuses (3).

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question qui nous intéresse ont-ils tenu compte de ces causes d'erreur? C'est peut-être pour les avoir négligées que d'aucuns, tels que M. Broca, sont arrivés à des résultats négatifs. Quoi qu'il en soit, nous avions raison de dire que l'examen histologique est loin de constituer le procédé de choix dans le diagnostic de la tuberculose des amygdales. Nous serions plutôt d'accord avec Pilliet (4) qui, frappé de la ressemblance existant entre le tissu adénoïdien normal et les granulations tuberculeuses, recommandait, dans les cas incertains, de s'en remettre à l'expérimentation, seule susceptible de nous éclairer sur la nature, tuberculeuse ou non, des modifications constatées (5).

IV

Quel rapport existe-t-il entre la tuberculose des amygdales et leur hypertrophie? M. Dieulafoy voit dans celle-ci un effet de celle-là et, d'après lui, s'il y a des amygdales hypertrophiées qui ne sont pas tuberculeuses, toutes les amygdales tuberculeuses seraient hypertrophiées. Il nous paraît impossible de souscrire à cette opinion. Comme le remarquent très justement Pluder et Fischer, si la tuberculose des amygdales affectait *toujours* la forme d'une hypertrophie de ces organes, la dénomination de *latente* appliquée à cette variété de tuberculose serait inexacte. Lorsqu'on parle de tuberculose latente des amygdales, on entend précisément par là qu'il s'agit d'une localisation tuberculeuse dont le diagnostic macroscopique est impossible et dont une amygdale hypertrophiée *peut* être le siège. Est-ce à dire que la principale et première manifestation de la tuberculose latente des amygdales soit leur hyperplasie? Nous ne le croyons pas, et il existe beaucoup de faits capables d'infirmer cette manière de voir. C'est ainsi, par exemple, que, sur 12 amygdales tuberculeuses examinées par Schlesinger, 3 seulement présentaient un degré plus ou moins prononcé d'hypertrophie; les 9 autres étaient, au contraire, « petites,

(1) Wurtz et Lermoyez. Du rôle bactéricide du mucus humain et en particulier du mucus nasal. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 15 juillet 1893, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 349.)

(2) Piaget. Etude sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne. (*Thèse de Paris*, 1896.)

(3) Seifert. (*Loc. cit.*, p. 111.)

(4) Liaras. Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse par la voie nasale (recherches bactériologiques et cliniques). (*Thèse de Bordeaux*, 1899.) — Cet auteur a répété les expériences de Strauss et dans des conditions absolument analogues : le résultat a été négatif dans les 18 cas qu'il a examinés.

(1) En admettant, bien entendu, que cette présence soit prouvée d'une façon incontestable, et quelle que soit la voie par laquelle les bacilles ont pu pénétrer à ce niveau.

(2) Stöhr. (*Loc. cit.*)

(3) Pluder et Fischer. (*Loc. cit.*)

(4) Wex. Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Rachentonsille. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 1899, XXXIV, 2-3, p. 207.)

(5) Lewin. Ueber Tuberkulose der Rachenmandel. (*Arch. f. Laryngol. u. Rhinol.*, 1899, IX, 3, p. 377.)

(1) Hynitzsch. Anatomische Untersuchungen über die Hypertrophie der Pharynxtonsille. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 1899, XXXIV, 2-3, p. 184.)

(2) Görke. Zur Pathologie und Diagnose der Nasentuberculome. (*Arch. f. Laryngol. u. Rhinol.*, 1899, IX, 1, p. 50.) — Gottstein (*loc. cit.*, obs. IV) a également constaté la présence de ces formations.

(3) Schlesinger (*loc. cit.*, p. 10), sur un grand nombre de préparations appartenant à des sujets morts de diphtérie ou de scarlatine, a trouvé, au milieu du tissu lymphoïde, des foyers circonscrits de nécrose qui présentaient une ressemblance frappante avec des tubercules caséifiés. Il n'est pas toujours possible d'invoquer le secours de l'examen bactériologique, car les bacilles peuvent faire défaut, lors même qu'il s'agit de lésions vraiment tuberculeuses; on voit l'embarras dans lequel pourrait se trouver l'observateur, s'il ne lui restait la ressource fournie par l'expérimentation.

(4) Pilliet. (*Loc. cit.*)

(5) L'emploi simultané des deux procédés est malheureusement impossible, car, les lésions étant le plus souvent circonscrites à une portion très limitée de l'amygdale, on est obligé d'inoculer la totalité de l'organe, sans réserver de fragments pour l'examen histologique.

pâles, dures, et, à l'œil nu, paraissaient absolument normales ». Gottstein (1) a observé chez le même individu des végétations adénoïdes et une hypertrophie des amygdales palatines : les premières étaient tuberculeuses, les secondes n'offraient aucun signe de tuberculose; il est donc probable que dans ce cas l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée était antérieure à son infection tuberculeuse; il est possible qu'à la longue celle-ci se fût également étendue aux amygdales palatines. Lewin (2) a pu constater des lésions tuberculeuses dans 2 amygdales de volume normal et observer souvent des foyers tuberculeux considérables dans des amygdales à peine hypertrophiées. Il semblerait donc que la coexistence de l'hypertrophie et de la tuberculose fût purement accidentelle; ou bien, si l'on veut absolument établir un rapport entre ces deux affections, on doit plutôt considérer l'hypertrophie, non comme la cause de la tuberculose à proprement parler, mais comme un facteur prédisposant, favorisant l'infection tuberculeuse.

Presque tous les auteurs qui ont étudié jusqu'ici la tuberculose des amygdales n'ont examiné que des organes hypertrophiés de sujets vivants, tandis que les documents que nous possédons sur la présence de lésions tuberculeuses dans des amygdales normales ont été recueillis sur des cadavres. On a rarement l'occasion d'extirper chez le vivant des amygdales palatines et pharyngées de volume normal, d'autant plus que, si l'on veut obtenir des résultats plus ou moins probants, on est obligé d'extraire l'organe entier : ainsi que nous l'avons vu, l'examen d'un seul ou de quelques fragments peut donner des résultats négatifs sans qu'on soit autorisé pour cela à conclure à l'absence de lésions tuberculeuses. Or, il y a peu de sujets qui se prêteraient à l'extraction totale de leurs amygdales saines. Ce n'est cependant que de cette façon qu'on arriverait à des données précises sur les rapports qui peuvent exister entre la tuberculose des amygdales et leur hypertrophie.

Trautmann (3) allait même plus loin que M. Dieulafoy et prétendait que toute hypertrophie de l'amygdale pharyngée est de nature tuberculeuse. Il citait à l'appui de son opinion ce fait, très souvent, disait-il, observé par lui, que les végétations adénoïdes se trouvent de préférence chez des enfants issus de parents tuberculeux et d'ordinaire chez *tous* les enfants de la même famille. Cette observation est loin d'être confirmée et, pour qui sait la fréquence des végétations adénoïdes, son assertion relative à leur nature *toujours* tuberculeuse paraît inadmissible *a priori*.

Le même auteur étaye encore sa manière de voir sur une communication verbale que lui a faite Koch, et d'après laquelle les injections de tuberculine à des sujets affectés de végétations adénoïdes provoqueraient d'abord de la fièvre et ensuite une tuméfaction prononcée; cette réaction deviendrait moins vive à mesure qu'on multiplierait les injections, et, après un traitement qui peut, il est vrai, durer plusieurs mois, l'hypertrophie disparaîtrait.

On ne peut que regretter que ce mode de traitement n'ait pas été essayé sur une plus vaste échelle, de façon à nous permettre d'en apprécier les résultats. Cependant Brieger (4) a pratiqué l'examen histologique d'un grand nombre de végétations adénoïdes appartenant à des enfants chez lesquels les injections de tuberculine provoquaient une réaction locale : le résultat a toujours été négatif.

(1) Gottstein. (*Loc. cit.*, obs. III.)

(2) Lewin. (*Loc. cit.*, p. 415.)

(3) Trautmann, *in* Handbuch des Ohrenheilkunde de Schwartze, T. II, p. 135. Leipzig, 1893.

(4) Brieger. Ueber die Beziehungen der Rachenmandelhypertrophie zur Tuberculose. (*Verhandlungen der deutschen otol. Gesellschaft,* 1898, et *Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXIII, 2.)

Mais l'observation de Koch n'a rien d'impossible en soi, vu la fréquence de la tuberculose latente en général ; nous avons vu plus haut que, d'après certains auteurs, cette fréquence varie de 25 % à 44 % de tous les cas examinés. La réaction générale prouve donc tout au plus qu'il existe, quelque part dans l'organisme, un foyer de tuberculose latente, sans que ce foyer réside nécessairement dans l'amygdale hypertrophiée. Quant à la réaction locale, elle peut être une simple conséquence de la fièvre. C'est ainsi que, dans un cas de Lewin (1), une injection de tuberculine a été suivie, en plus des phénomènes généraux, d'une tuméfaction très prononcée de l'amygdale pharyngée; celle-ci fut extirpée plus tard et son examen microscopique ne révéla aucun signe de tuberculose. Il s'agissait tout simplement d'une inflammation intercurrente du naso-pharynx, qui fut bientôt suivie d'une inflammation de l'oreille moyenne et d'une néphrite hémorrhagique.

Voilà un faisceau de faits et de présomptions qui, sans avoir peut-être une valeur absolue, n'en sont pas moins de nature à rendre douteuse la conception admettant, entre la tuberculose des amygdales et leur hypertrophie, un rapport de cause à effet.

V

Revenons maintenant à notre point de départ et posons de nouveau la question de principe : existe-t-il vraiment une tuberculose latente *primitive* des amygdales, et, quelle en est la fréquence *réelle?* Les considérations suivantes feront ressortir, nous l'espérons, toute la portée de cette question.

On peut dire qu'avant la communication de M. Dieulafoy, toutes ou presque toutes les recherches relatives à la tuberculose des amygdales ont été pratiquées sur le cadavre; elles faisaient partie d'un examen général de tous les organes, quelle qu'en fut l'importance. A cette époque, on s'occupait surtout des amygdales palatines, et ce n'est qu'après les travaux de M. Dieulafoy que l'attention a commencé à se porter aussi sur l'amygdale pharyngée; la plupart des recherches qui ont été faites depuis se sont bornées à l'examen des amygdales et des végétations adénoïdes enlevées opératoirement. Or, en comparant les résultats fournis par les autopsies avec ceux qu'on a obtenus sur le vivant, il est impossible de n'être pas frappé de la différence existant entre les uns et les autres.

C'est ainsi que sur plus de 60 cas étudiés par Dmochowski, Krückmann, Schlenker et Strassmann, au point de vue de la tuberculose primitive des amygdales, cette affection n'a été signalée que *deux* fois (Krückmann), ce qui constitue une proportion d'un peu plus de 3 %. Les statistiques de Hecker (700 cas examinés, dont 164 de tuberculose déclarée et 50 de tuberculose latente) et de Schlesinger sont encore plus défavorables, puisqu'il n'y figure *pas un seul* cas de tuberculose latente primitive des amygdales. Nous sommes donc loin de la proportion de 13 % établie par M. Dieulafoy, à la suite de ses expériences avec des amygdales extraites sur le vivant. A quoi tiennent ces divergences énormes? Elles dépendent, selon nous, de ce que M. Dieulafoy considérait comme primitive toute tuberculose amygdalienne dont les porteurs ne présentaient aucun signe *visible* ou constatable d'une autre localisation tuberculeuse. Du moment que les sujets en question avaient toutes les apparences d'une santé générale relativement bonne, et que l'examen objectif des poumons et des autres principaux organes ne révélait rien de suspect au point de vue de la tuberculose, l'auteur concluait que les lésions tuberculeuses des amygdales étaient primitives. Ce faisant, il ne tenait pas compte des données que nous possédons sur la fréquence de la tuberculose latente des organes les plus variés, et sur la rareté relative de la tuberculose latente des amygdales, données d'où il résulte que, lorsqu'on se trouve en présence de lésions tuberculeuses latentes de l'amygdale, il y a beaucoup de chances pour que ces lésions ne soient pas isolées; tout, au contraire, porte à croire qu'il existe très probablement d'autres foyers latents dont quelques-uns peuvent être antérieurs au foyer amygdalien. Mais il est impossible, objectera-t-on, de faire toutes ces constatations sur le vivant. D'accord. Il n'en reste pas moins que ces considérations doivent entrer en ligne de compte quand il s'agit de déterminer la fréquence *réelle* de l'affection qui nous occupe, et qu'elles sont de nature à réduire considérablement les chiffres donnés par M. Dieulafoy et par les auteurs qui, après lui, ont opéré dans les mêmes conditions.

(1) Lewin. (*Loc. cit.*, p. 398.)

Il est donc très probable que, parmi les malades ayant servi aux expériences en question, il devait s'en trouver un certain nombre dont la tuberculose amygdalienne, primitive en ce sens qu'il n'existait aucun autre foyer *déclaré* de tuberculose, ne l'était pas par rapport à d'autres foyers *latents* que les mêmes individus pouvaient présenter.

Avec ces réserves, on peut dire que les chiffres de M. Dieulafoy, tout en n'exprimant pas la fréquence *réelle* de la tuberculose primitive des amygdales, se rapprochent certainement de la vérité en ce qui concerne la fréquence de la tuberculose latente (primitive ou secondaire à d'autres foyers latents) des amygdales (1).

Les mêmes observations s'appliquent à la tuberculose latente primitive des végétations adénoïdes. Pour cette dernière, M. Dieulafoy a obtenu une proportion de 20 %, Pluder et Fischer de 16 %, Brindel de 13 % (2). Si cette affection était réellement aussi fréquente que semblent l'exprimer ces chiffres, elle aurait dû nécessairement être constatée sur le cadavre. Mais nous ne possédons sous ce rapport que la seule observation de Suchannek, citée par Lewin (3); et ce dernier, ayant examiné un grand nombre de cadavres non tuberculeux, n'a jamais pu constater de lésions tuberculeuses dans l'amygdale pharyngée; là où ces lésions existaient, elles n'étaient pas isolées, mais se montraient accompagnées d'altérations analogues dans d'autres organes.

Il est probable que les mêmes objections peuvent être faites aux observations sur le vivant, d'autant plus que l'examen de quelques faits publiés jusqu'ici est de nature à inspirer des doutes quant à la priorité des lésions tuberculeuses amygdaliennes. C'est ainsi que dans aucun des cas relatés par M. Lermoyez, cette priorité ne semble pouvoir être admise sans réserve: deux enfants qui, à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes, commencent à dépérir rapidement; une femme bien portante affectée dès l'enfance de végétations adénoïdes dont l'ablation constitue le point de départ d'une tuberculose pulmonaire à marche subaigüe; un jeune garçon qui, consécutivement à l'ablation de végétations adénoïdes, commence à se cachectiser, en même temps que les végétations récidivent; tous ces faits ne semblent-ils pas parler en faveur de l'existence d'autres foyers latents, soit dans les poumons, soit ailleurs, que l'opération n'a fait, pour ainsi dire, que réveiller?

(1) Dans une lettre qu'il a bien voulu nous écrire dernièrement, M. Dieulafoy dit : « Tout ce que j'ai vu depuis [ma communication à l'Académie] n'a fait que me confirmer dans mon opinion. Quelques auteurs qui se sont occupés de la question ont mis en doute la valeur de mes expériences, disant que les bacilles se trouvaient à la surface des amygdales que j'inoculais. S'ils avaient mieux lu, ils auraient vu que j'ai toujours inoculé des fragments du *centre* de l'amygdale suspecte ».

(2) Il est à remarquer que ces proportions sont en raison inverse du nombre de cas examinés. C'est ainsi que M. Dieulafoy n'a examiné que 35 végétations adénoïdes, Pluder et Fischer 32, Brindel 64. Viennent ensuite : Hynitzsch, avec une proportion de 4 % pour 187 cas, Wex avec une proportion de 3 % pour 210 cas, Lewin avec 5 % pour 200 cas.

(3) Lewin. (*Loc. cit.*, p. 414.)

Seifert (1) enlève, au mois de septembre 1895, des végétations adénoïdes à un garçon en apparence bien portant ; au mois de décembre 1896 cet enfant meurt d'une tumeur tuberculeuse de la protubérance, dont les premiers symptômes ont commencé à se manifester dès le mois de décembre 1895, c'est-à-dire *deux mois* après l'opération. Dans le cas de Ruge (2), il est également difficile de dire si c'est la tuberculose des amygdales qui avait précédé le mal de Pott sous-occipital, ou inversement. La patiente de l'observation II de Gottstein présentait déjà, au moment de l'opération, un certain degré de matité au niveau du sommet gauche et une érosion sur la paroi postérieure du larynx. Il serait facile de multiplier les exemples et de montrer que tous les faits publiés jusqu'ici ne sont peut-être pas des cas de tuberculose latente vraiment primitive des amygdales et des végétations adénoïdes. Nous devons cependant citer un malade de Gottstein, qui a été suivi pendant six ans, un autre de Dmochowski, qui a été revu après quatre ans, et deux de Brindel qui ont été observés au bout d'un an, et dont l'examen le plus attentif n'a pu révéler la moindre lésion tuberculeuse.

En résumé, la tuberculose latente secondaire des amygdales n'est pas un phénomène rare; ce qui l'est davantage, c'est la tuberculose primitive de ces organes. Dans beaucoup de cas qui ont été considérés comme primitifs, la tuberculose amygdalienne était très probablement consécutive à d'autres foyers latents de tuberculose.

VI

Nous arrivons maintenant à la question de la pathogénie de la tuberculose latente des amygdales; pour plus de clarté, nous considérerons successivement la forme secondaire et la forme dite primitive.

En ce qui concerne la *tuberculose secondaire*, nous nous trouvons en présence de plusieurs explications pathogéniques. Pour les lésions amygdaliennes survenant au cours de la tuberculose pulmonaire, on a voulu voir dans les crachats le principal agent d'infection des amygdales (Gottstein, Lewin). Sans nier absolument la possibilité de ce mode d'infection, il nous semble difficile de l'admettre sans réserves. Si, en effet, les amygdales palatines sont constamment baignées par les crachats tuberculeux projetés par la toux, il n'en est pas de même de l'amygdale pharyngée, car on sait que, pendant les accès de toux, le voile du palais se rapproche de la paroi postérieure du pharynx, de façon à empêcher la pénétration des crachats dans le naso-pharynx. On oppose à ce fait que la présence de végétations adénoïdes ne permet pas l'occlusion complète de cette cavité; mais c'est surtout le cas des végétations adénoïdes très volumineuses, et il est connu que la tuberculose envahit assez souvent des amygdales pharyngées modérément hypertrophiées, et très probablement même des amygdales ayant conservé leur volume normal. Nous savons, en outre, que les enfants ne crachent pas ou crachent peu; et comme c'est dans le jeune âge qu'ont été observés la plupart des cas de tuberculose amygdalienne, force est de reconnaître que ce mode d'infection, tout en étant possible, n'est pas le seul, ni peut-être le principal (3). D'après cette explication, la tuberculose des amygdales suivrait la première et le plus immédiatement la tuberculose pulmonaire; quant aux adénites cervicales et sous-maxillaires qu'on rencontre très souvent au cours de cette affection, elles se produiraient par l'intermédiaire des amygdales. C'est là l'opinion de Krückmann, Schlenker, Schlesinger, qui ont constaté la tuberculose amygdalienne dans presque tous les cas (Krückmann dit même dans tous sans exception) de tuberculose ganglionnaire. Cette manière de voir, toute plausible qu'elle paraisse, ne nous explique cependant pas le mode d'infection des amygdales elles-mêmes.

Une autre théorie admet la possibilité d'une infection ascendante des amygdales, à partir des ganglions trachéo-bronchiques, par l'intermédiaire des ganglions cervicaux. C'est encore à Schlenker et à Krückmann que nous devons la connaissance des premiers faits de tuberculose ascendante des ganglions lymphatiques, où toutefois l'infection, dans sa marche rétrograde, n'avait pas atteint les amygdales. Depuis les travaux de ces auteurs, quelques observations ont été publiées, où ce mode d'infection des amygdales, sans être établi d'une façon indiscutable, n'en a pas moins pour lui de grandes chances de probabilité. Tel est, par exemple, le cas d'une malade de Gottstein (obs. VI) à laquelle on enleva, à l'âge de huit ans, des ganglions lymphatiques très volumineux, et cinq ans plus tard des végétations adénoïdes qui se montrèrent tuberculeuses. Les cas IX et XII de Schlesinger sont justiciables de la même explication : ces deux sujets présentaient, en effet, à côté d'une adénite cervicale ascendante très nette, des lésions tuberculeuses relativement récentes des amygdales. Dans un autre cas du même auteur (obs. II), le rocher était le siège d'un foyer tuberculeux très avancé; il se produisit, à partir de ce point, une infection des ganglions cervicaux et consécutivement des amygdales; les tubercules les plus récents se trouvaient à la *base des amygdales*, ce qui fait penser que l'infection n'était pas due à l'action des crachats tuberculeux (le malade était également atteint d'une tuberculose pulmonaire très prononcée), car, s'il en avait été ainsi, l'infection se serait produite au niveau de la surface libre.

D'après cette conception, la tuberculose des amygdales (dans certains cas tout au moins) serait, même en présence d'une lésion pulmonaire, consécutive non à celle-ci, mais à l'adénite tuberculeuse plus ou moins latente qui le plus fréquemment l'accompagne, si elle ne la précède pas. Il résulte notamment des travaux de Marfan (1), de Kossel (2), auteurs ayant pratiqué un grand nombre d'autopsies d'enfants, que c'est la tuberculose ganglionnaire qui, bien souvent, constitue le point de départ de la tuberculose pulmonaire.

Il nous reste à considérer un dernier mode d'infection, l'infection par voie sanguine. Celle-ci soulève des objections qui sont loin de nous paraître décisives. Lewin (3), par exemple, dit avoir observé 7 cas de tuberculose miliaire, avec indemnité de l'amygdale pharyngée; ceci prouve seulement que la tuberculose de l'amygdale pharyngée ne se produit pas dans tous les cas de tuberculose miliaire, mais n'exclut nullement la possibilité de l'infection de cet organe par voie sanguine. Le même auteur déclare que la tuberculose amygdalienne consécutive à l'infection par voie sanguine devrait présenter elle aussi la forme miliaire, et manifester par conséquent une très grande tendance à l'ulcération, ce qui est tout le contraire de la tuberculose latente. Mais les preuves de cette affirmation manquent encore. En outre, pour le larynx, l'infection par la voie sanguine semble très probable, Krieg (1) ayant démontré que, dans un très grand nombre de cas, l'affection tuberculeuse de cet organe est unilatérale et localisée au côté correspondant au poumon malade, et au poumon le plus malade; or ce fait, inexplicable si l'on admet l'infection par les crachats, est, au contraire, d'une interprétation très facile, dans l'hypothèse de l'infection par la voie sanguine. On dira que précisément, dans le larynx, on ne trouve presque jamais la tuberculose latente, mais bien la forme ulcérée de cette affection. Mais cette dernière forme s'observe quel que soit le mode d'infection du larynx, de sorte que la latence de la tuberculose tient peut-être moins à la voie suivie par l'infection qu'aux propriétés intimes de l'organe intéressé, à ses moyens de défense, à sa force de résistance.

En somme, l'infection tuberculeuse des amygdales nous semble pouvoir s'opérer par une des trois voies que nous venons de signaler. Les chiffres manquent, qui permettraient d'apprécier la fréquence relative de chacune de ces éventualités. En nous basant tout simplement sur les probabilités, nous devons dire que c'est la voie lymphatique que l'infection nous paraît devoir suivre le plus souvent pour atteindre les amygdales.

La pathogénie de la *tuberculose primitive des amygdales* ne nous retiendra pas longtemps, pour cette raison bien simple que les données que nous possédons à ce sujet sont encore des plus vagues, comme d'ailleurs tout ce qui concerne la tuberculose primitive elle-même.

Nous avons vu plus haut ce qu'il fallait penser de l'infection par la voie nasale. L'infection des amygdales palatines par la bouche semble également peu probable, vu le faible laps de temps que l'air inspiré séjourne dans la cavité buccale. Reste l'hypothèse de l'infection alimentaire. Orth (2), Baumgarten (3) ont pu produire la tuberculose ganglionnaire, intestinale et même amygdalienne, en nourrissant des cobayes avec des substances chargées de bacilles de Koch. Cette tuberculisation intensive à l'aide d'aliments se produit rarement dans la réalité, sauf peut-être, quoique à un degré moindre, chez les nourrissons recevant le sein de femmes tuberculeuses. Là est vraisemblablement l'origine d'un certain nombre de tuberculoses latentes, de celle des amygdales entre autres (4). Dans quelques autres faits, beaucoup plus rares, il faut admettre jusqu'à nouvel ordre la possibilité d'une hérédité tuberculeuse directe; mais cette question, malgré les nombreuses discussions qu'elle a soulevées, n'est pas près de recevoir une solution définitive.

VII

Nous réunirons dans le même chapitre ce qui a trait au diagnostic, au pronostic et au traitement de la tuberculose latente des amygdales.

On comprend, après tout ce qui vient d'être dit de cette affection, que son diagnostic soit très difficile, souvent même impossible. En présence de sujets tuberculeux, on ne pourra avoir que des présomptions, et, dans la plu-

(1) SEIFERT. (*Loc. cit.*, p. 723.)

(2) RUGE. Die Tuberculose der Tonsillen vom klinischen Standpunkte. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1896, CXLIV, 3.)

(3) Une autre objection qui se présente à l'esprit est tirée de ce fait que, dans aucun des cas (sauf celui de Lublinski, cité par Seifert) de tuberculose amygdalienne consécutive à la tuberculose pulmonaire, nous ne trouvons signalée l'existence d'une localisation laryngée. Si l'on admet cependant l'infection par les crachats tuberculeux, cette indemnité du larynx devient inexplicable, car c'est lui qui, pendant les accès de toux, reçoit la première et la plus forte poussée de crachats, et ces derniers sont incontestablement plus chargés de bacilles au niveau du larynx que lorsqu'ils arrivent aux amygdales.

(1) MARFAN. De la tuberculose généralisée, chronique, apyrétique des nourrissons et des enfants du premier âge. (*Semaine Médicale*, 1892, p. 509-511.)

(2) KOSSEL. Ueber die Tuberculose im frühen Kindesalter. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1895, XXI, 1, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 31.)

(3) LEWIN. (*Loc. cit.*, p. 414.)

(1) KRIEG. Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage, auf welchem Wege die Tuberkulose in den Kehlkopf eindringt. (*Arch. f. Laryngol. u. Rhinol.*, 1898, VIII, 3.)

(2) ORTH. Experimentelle Untersuchungen über Fütterungstuberkulose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1879, LXXVI, 2, p. 217.)

(3) BAUMGARTEN. Ueber die Uebertragbarkeit der Tuberkulose durch die Nahrung und über Abschwächung der pathogenen Wirkung der Tuberkelbacillen durch Fäulniss. (*Centr.-Bl. f. klin. Med.*, 12 janv. 1884, p. 25.) — Lehrbuch der pathologischen Mykologie, p. 602. Braunschweig, 1890.

(4) C'est ainsi, par exemple, que beaucoup d'auteurs, Friemann entre autres (*loc. cit.*), ont souvent trouvé la tuberculose amygdalienne associée à la tuberculose intestinale ou à celle des ganglions mésentériques.

part des cas, le diagnostic ne sera fait qu'après coup, c'est-à-dire par l'examen des amygdales ou des végétations adénoïdes enlevées. Si cet examen donne des résultats positifs, ce sera là un point de grande importance, en ce sens qu'il révélera l'existence d'un foyer tuberculeux chez un individu dont rien ne pouvait faire soupçonner une prédisposition à la tuberculose; on saura ainsi que ce patient est en puissance de tuberculose, ce qui permettra de prendre à temps toutes les mesures que commandent les circonstances.

Le pronostic est relativement favorable. Dans un organisme où existent déjà d'autres foyers tuberculeux, la localisation amygdalienne est assurément la plus bénigne. Lorsque le foyer amygdalien est soi-disant primitif, on pourrait craindre à la rigueur une infection secondaire des poumons ou des ganglions; cette infection ne serait possible que par la voie lymphatique — car, malgré l'opinion de Pluder et Fischer, la tuberculose latente des amygdales n'aboutit jamais à l'ulcération : il existe entre la tuberculose latente et la tuberculose ulcérée, non une différence de degré, mais une différence de nature —; or, nous n'avons pas trouvé dans la littérature un seul exemple indiscutable d'infection secondaire des poumons, ayant pour origine un foyer amygdalien. En ce qui concerne l'amygdale pharyngée en particulier, l'existence d'un foyer tuberculeux latent peut bien en retarder ou en empêcher l'involution physiologique (Lewin, Pluder et Fischer); mais de ce qu'on rencontre chez un adulte des végétations adénoïdes plus ou moins volumineuses, il ne faut pas se hâter de conclure que ces végétations sont le siège d'un foyer de tuberculose latente, car, si c'est là une cause du retard de l'involution, ce n'en est ni la seule, ni même la principale.

Le traitement ne peut être que chirurgical. Des amygdales ou des végétations adénoïdes tuberculeuses doivent être enlevées comme s'il s'agissait d'une hypertrophie simple de ces organes; et d'ailleurs il n'est pas toujours possible de savoir à l'avance s'il y a tuberculose. Les accidents, quelquefois très graves, observés par M. Lermoyez à la suite de l'opération, sont certainement des plus rares, car rien de pareil n'a été signalé par les autres auteurs qui se sont occupés de la question. Les dangers de généralisation sont minimes, vu la pauvreté des lésions en bacilles et le calibre insignifiant des vaisseaux qu'on ouvre. Mais il ne faut pas non plus se laisser aller à l'extrême opposé et extirper toute amygdale palatine ou pharyngée plus ou moins hypertrophiée, puisque, ainsi que nous l'avons vu, hypertrophie n'est pas ici nécessairement synonyme de tuberculose. Les indications de l'opération ne seront tirées que du degré des troubles généraux (obstruction nasale, oblitération des trompes, etc.) occasionnés par la présence des amygdales hypertrophiées.

Dr S. Jankelevitch (de Bourges).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 décembre 1901.

Sur un procédé de cautérisation du globe oculaire, destiné à remplacer l'énucléation chez les enfants.

M. Vallin lit au nom de M. Panas, à l'occasion d'un travail de M. Dianoux (de Nantes), un rapport dont voici le résumé :

L'énucléation du globe de l'œil, envisagée surtout chez les enfants, est une intervention déplorable, à cause de la difformité qui en résulte et qui s'exagère avec l'âge.

En dehors des tumeurs malignes du globe et des iridocyclites infectieuses traumatiques, on devra donc avoir recours de préférence au procédé préconisé par M. Dianoux, et qui consiste à pratiquer sur la cornée — sans toutefois ouvrir la chambre antérieure —, une cautérisation en forme d'étoile avec la pointe du thermocautère maintenu au rouge sombre. Cela fait, on trace au centre de la cornée un cercle de 2 millimètres de rayon, on évide en cupule le disque ainsi circonscrit et on le perfore au centre, en portant brusquement au rouge vif la pointe du cautère, de façon à laisser écouler l'humeur aqueuse.

La plaie est ensuite saupoudrée avec du bismuth, puis l'œil est maintenu fermé par un bandeau compressif pendant trois jours. Au bout de ce temps, on lave la surface de la plaie à l'eau bouillie et on instille entre les paupières quelques gouttes d'un collyre à la cocaïne et à l'ésérine, dont on continue l'usage jusqu'à complète cicatrisation.

Lorsque celle-ci est bien établie et que toute irritation a disparu, on complète le résultat opératoire par quelques séances de massage et on procède au tatouage de la cornée.

De l'influence de l'hérédité et de la dégénérescence en obstétrique.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) communique deux faits destinés à montrer l'influence de l'hérédité et de la dégénérescence en matière d'obstétrique.

Le premier concerne une jeune femme qui, ayant eu un premier accouchement normal, fut atteinte, au cours d'une seconde grossesse, de nombreuses crises d'hystérie. Elle accoucha d'un enfant qui se présenta par le siège.

Dans le second, il s'agit d'une femme qui, après trois accouchements parfaitement normaux, devint enceinte une quatrième fois pendant le siège de Paris; elle mit au monde un garçon qui se présenta par la face avec procidence d'un bras, et qui offrit, par la suite, des signes de dégénérescence. Il eut, à son tour, un enfant qui, comme lui-même, se présenta par la face avec procidence d'un bras.

Ces faits et d'autres semblables, déjà publiés, semblent devoir infirmer, d'après l'orateur, les théories mécaniques admises actuellement en obstétrique, et démontrer notamment l'inexactitude de la loi « dite de l'accommodation » de Pajot.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 décembre 1901.

Intoxication saturnine grave chez des ouvriers employés à la fabrication des accumulateurs.

M. Marcel Labbé communique, en son nom et au nom de M. Ferrand, les observations de quatre ouvriers employés à la fabrication d'accumulateurs, et qui ont été profondément intoxiqués par le plomb.

Deux d'entre eux furent atteints, l'un au bout de deux mois, l'autre après six mois, d'une paralysie étendue avec atrophie musculaire considérable; cette paralysie intéressait surtout les muscles de la ceinture scapulaire et ceux des membres supérieurs; les muscles des éminences thénar et hypothénar, de la face et de la région dorso-lombaire étaient également pris dans l'un de ces cas. Chez les deux autres malades, l'intoxication se manifesta par des coliques saturnines intenses. Chez tous, l'anémie était très profonde.

Ces ouvriers séjournant toute la journée dans une atmosphère remplie de poussières d'oxyde de plomb, il semble rationnel d'admettre que l'intoxication s'est effectuée par les voies respiratoires.

M. Rendu dit avoir soigné un ingénieur qui fut atteint de cachexie saturnine quelques mois après avoir été chargé de la surveillance d'une usine d'accumulateurs; ce fait prouve bien que l'intoxication a lieu par l'intermédiaire des voies respiratoires, car ce malade prenait ses repas en dehors de l'usine et ne manipulait aucune substance plombifère.

Cholémie familiale à forme hémorrhagique.

M. Lereboullet relate, au nom de M. Gilbert et au sien, plusieurs observations qui montrent le rôle fondamental de la cholémie familiale dans la production d'hémorrhagies diverses, souvent fort abondantes. Tel est le cas d'une femme qui, au cours d'une cholémie légère caractérisée par une teinte jaune de la peau et une hypertrophie notable du foie et de la rate, présenta des hémorrhagies multiples : épistaxis, hématémèses, ménorrhagies, melæna, ecchymoses, etc. Tel encore le cas d'une autre malade hémophilique, offrant des symptômes très nets de rhumatisme biliaire, chez laquelle l'existence d'une splénomégalie avait fait porter le diagnostic de paludisme. L'orateur signale plusieurs autres faits où des gastrorrhagies et des hémoptysies abondantes furent à tort considérées comme symptomatiques d'un ulcère de l'estomac ou d'une tuberculose pulmonaire. Il cite enfin des exemples d'épistaxis répétées, d'uréthrorrhagies, d'otorrhagies, etc., au cours de la cholémie familiale. On devra donc désormais toujours penser à cette affection lorsqu'on sera en présence d'accidents hémorrhagiques répétés. Toutefois, la cholémie familiale n'est pas seule en cause et il faut, en outre, faire intervenir la prédisposition individuelle pour expliquer ces hémorrhagies : leur abondance est, en effet, loin d'être proportionnée à la quantité de pigments biliaires contenue dans le sérum. Cette remarque s'applique, d'ailleurs, aux autres symptômes de la cholémie familiale.

Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses.

M. Simonin signale une série de 18 cas d'angines infectieuses, de scarlatines graves, d'érysipèles, d'oreillons, etc., où l'on observa des signes positifs d'une inflammation de l'appendice iléo-cæcal.

Cet organe, d'après l'orateur, peut être considéré comme une sorte de ganglion tubulé prenant part, au cours des infections générales, à la défense de l'organisme, et recevant des germes aussi bien par la voie sanguine que par la voie lymphatique.

Le premier degré de la folliculite ou adénite appendiculaire se manifeste par la douleur au point de McBurney; c'est l'appendicite catarrhale latente; lorsqu'il y a, en outre, péri-adénite, c'est-à-dire inflammation du tissu cellulaire péri-folliculaire, les réactions inflammatoires peuvent se propager jusqu'à la muqueuse et surtout à la séreuse péritonéale : on voit alors se produire la crise ou colique appendiculaire plus ou moins accusée, avec des douleurs spontanées, des nausées, des vomissements, du péritonisme, etc. Enfin il peut arriver que l'appendice s'abcède et se perfore.

Le streptocoque est certainement l'agent le plus fréquent, le plus actif de ces appendicites par infection générale; c'est lui qui semble ordinairement intervenir dans les angines, l'érysipèle, la scarlatine, la grippe, la rougeole et la variole, soit comme agent initial d'infection, soit comme microbe associé ou secondaire.

Certains anatomistes ont considéré la sclérose appendiculaire avec obstruction, qu'on rencontre fréquemment à l'autopsie des gens âgés, comme l'aboutissant de multiples poussées inflammatoires, latentes ou subaiguës, survenues au cours des maladies infectieuses dont l'homme est si souvent éprouvé pendant la première partie de son existence. Les faits cliniques rapportés ci-dessus semblent venir à l'appui de cette opinion.

Diagnostic précoce de la fièvre typhoïde par la constatation du bacille d'Eberth dans le sang.

M. J. Courmont (de Lyon) adresse une note dans laquelle il dit avoir trouvé le bacille d'Eberth, d'une façon constante, dans le sang des malades atteints de fièvre typhoïde grave ou de moyenne intensité. Le bacille apparaît dans le sang d'une manière très précoce (avant le cinquième jour) et il y séjourne jusqu'à la fin du troisième septénaire. Dans les formes prolongées ou à rechutes, il peut y rester plus longtemps, mais ce fait n'est pas constant. Les bacilles retirés du sang présentent les caractères classiques du bacille d'Eberth, sauf une très faible agglutinabilité.

La présence du bacille typhoïdique dans le sang des dothiénentériques n'a aucun rapport avec la séroréaction; celle-ci peut n'être positive que très tardivement, alors que le bacille existe dans le sang dès le cinquième jour. Il y a donc là un précieux moyen de diagnostic, dans les cas où la séroréaction est négative.

M. Chauffard présente une femme qui a été guérie d'une angine à spirilles et à bacilles fusiformes par trois applications successives, à la surface de l'ulcération, de poudre de bleu de méthylène chimiquement pur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 décembre 1901.

Sur les fibres qui passent par la commissure antérieure de la moelle.

M. Long (de Genève) envoie une note dans laquelle il soutient, en s'appuyant sur l'examen par la méthode de Marchi d'un certain nombre de cerveaux et de moelles altérés, que les fibres à myéline du faisceau pyramidal direct ne subissent pas de décussation dans la commissure antérieure de la moelle, et que les seules fibres connues jusqu'à présent dans cette commissure sont des fibres endogènes réunissant dans le sens ascendant et dans le sens descendant les divers étages de la moelle.

De l'utilité du sérum de cheval pour prévenir l'infection des plaies.

M. R. Petit communique un certain nombre de faits expérimentaux et cliniques qui prouvent que le sérum de cheval, chauffé à 55°, exerce une action stimulante sur les phagocytes, action qui peut être mise à profit pour prévenir l'infection des plaies et hâter leur cicatrisation. Ce sérum a été utilisé dans 3 cas de laparotomie chez l'homme; on l'emploie à la dose de 10 c.c., qu'il suffit d'injecter dans la cavité péritonéale quand l'opération est terminée.

Mode de formation des globules rouges chez les vertébrés inférieurs.

M. Jolly dit avoir constaté, chez des hirondelles et des tritons alimentés après une période de jeûne, que la réparation du sang s'effectue par suite de l'apparition au milieu de ce liquide d'un grand nombre de petites cellules sphériques ne contenant pas d'hémoglobine, qui se transforment peu à peu en véritables globules rouges.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 décembre 1901.

La tuberculose verruqueuse de la peau, et ses rapports avec la tuberculose bovine.

M. Lassar présente des malades atteints de tuberculose verruqueuse cutanée; cette affection se développe parfois chez des bouchers ayant manipulé de la viande tuberculeuse; en pareille occurrence, la transmission de la tuberculose du bétail à l'homme, quoiqu'elle ne soit pas absolument démontrée, paraît très vraisemblable. L'orateur déclare avoir observé depuis dix ans 34 cas de cette variété de tuberculose de la peau, dont 4 chez des bouchers; au contraire, parmi les individus affectés d'autres formes de tuberculose cutanée localisée aux mains, aucun n'appartenait à cette profession. M. Lassar propose d'instituer une enquête générale, dans le but de déterminer la fréquence de l'affection en question chez les personnes qui soignent le bétail ou qui l'abattent.

En ce qui concerne le traitement de la tuberculose verruqueuse de la peau, l'orateur croit qu'il faut s'abstenir du curettage — lequel pourrait ouvrir la voie à une infection généralisée — et se contenter de cautérisations.

M. Virchow demande avec quelle fréquence on trouve des bacilles de la tuberculose dans les lésions de tuberculose verruqueuse cutanée.

M. Lassar déclare qu'il est rare que pareille constatation ait été faite, mais que cependant elle a été possible dans quelques cas; au reste, l'examen microscopique dénote la nature tuberculeuse des altérations.

M. Liebreich fait observer que, pour établir les relations existant entre la tuberculose bovine et la tuberculose verruqueuse de la peau, il convient non pas de considérer la fréquence de cette dernière chez tous les bouchers en bloc, mais seulement chez ceux qui sont appelés à manipuler de la viande tuberculeuse; pour sa part, il a pu s'assurer qu'elle est beaucoup plus répandue parmi ceux-ci.

M. Blaschko relate l'observation d'une cuisinière chez laquelle une lésion tuberculeuse apparut à la suite d'une piqûre avec un os. Contrairement à M. Lassar, l'orateur ne croit pas qu'il y ait lieu de craindre la généralisation des tuberculoses cutanées; c'est ainsi qu'un homme, qu'il a présenté jadis, offrait depuis trente-quatre ans une tuberculose verruqueuse de la peau, sans qu'il se fût produit la moindre lésion du poumon. Par contre, il a observé un phtisique chez lequel la tuberculose pulmonaire était de beaucoup antérieure à l'altération cutanée. Il n'a jamais constaté de bacille de Koch dans la tuberculose verruqueuse.

M. B. Fränkel estime que, pour résoudre définitivement la question, il faudrait inoculer des fragments de tuberculose verruqueuse cutanée à des cobayes, puis, si les animaux succombaient, faire des cultures avec les produits recueillis chez eux, et inoculer ces cultures à des animaux de boucherie.

Les anomalies thoraciques comme causes prédisposantes de la tuberculose pulmonaire.

M. Zülzer fait observer combien est importante, pour la thérapeutique de la tuberculose, la notion de prédisposition opposée à celle d'action microbienne; il en résulte, en effet, que tous les tuberculeux ne devront plus être traités par les moyens pharmaceutiques, mais bien par les prescriptions hygiéniques et diététiques. Pour contrôler l'hypothèse de M. Freund, relative à l'existence d'un processus périchondritique au niveau de la première côte, l'orateur a recherché si cet os est sensible à la pression chez les phtisiques; il a pu s'assurer qu'il en est ainsi dans nombre de cas.

M. A. Fränkel croit que la prédisposition à la tuberculose est à la fois générale et locale; la prédisposition locale est réalisée par l'insuffisance d'aération et de circulation au niveau des sommets; or, M. Schmorl a récemment démontré que la première côte creuse parfois un sillon à la surface du poumon; ce fait prouve que cet os peut exercer une pression assez notable à ce niveau et, par suite, gêner la circulation.

M. B. Fränkel, rappelant le pouvoir d'adaptation considérable du squelette, estime que les lésions thoraciques ne sont que secondaires aux affections pulmonaires; c'est ainsi que l'on connaît bien la forme anormale du thorax chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes, ainsi que chez les individus atteints d'asthme réflexe consécutif à des polypes du nez; qu'on opère ces sujets, et leur thorax reprend sa forme normale; mais que l'affection récidive, et l'anomalie thoracique reparaît aussi.

M. A. Baginsky pense également que si la région supérieure du thorax est étroite chez certains individus, c'est un effet — et non la cause — d'une respiration amoindrie; en conséquence, pour augmenter la ventilation des sommets, il convient de rendre libres les voies aériennes, si elles sont obstruées, bien plutôt que de chercher à agrandir la capacité thoracique par une opération portant sur la première côte.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 décembre 1901.

Sur la pathogénie de la maladie du sommeil.

M. Van den Corput. — La note que M. Kuborn nous a présentée dans notre séance du mois d'octobre, au nom de M. Broden (de Léopoldville), sur la maladie du sommeil (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 366), m'a suggéré quelques considérations que je désire vous soumettre aujourd'hui, concernant le mécanisme pathogène de cette étrange affection, pour laquelle je propose le nom de *cathypnose* ou de *toxinose du sommeil*.

Si, en effet, les recherches entreprises par M. Broden paraissent bien démontrer le rôle du microorganisme isolé par cet auteur — puisque son inoculation aux animaux reproduit les symptômes cardinaux de l'affection —, il ne semble guère possible de rattacher d'une manière rationnelle aux lésions assez vagues, voire quelque peu contradictoires, qui ont été trouvées à l'autopsie par divers observateurs, les phénomènes qui caractérisent cliniquement la maladie du sommeil.

A mon avis, cette affection est due à l'accumulation dans l'organisme des *toxines ponogènes* de Preyer. Ces substances, qui exercent une action paralysante sur l'amœboïsme des arborisations protoplasmiques établissant le rapport entre les neurones centraux et les neurones périphériques sensitifs, constituent sans nul doute la cause efficiente immédiate du phénomène capital de la maladie : le sommeil insurmontable, persistant et mortel.

En d'autres termes, suivant ma théorie, la continuité du sommeil ou les accès comateux de la cathypnose seraient bien moins la conséquence de l'activité vitale physiologique que de celle du bacille pathogène, dont l'influence continue amènerait une accumulation de toxines douées de propriétés ponogènes et analogues à celles qui, à l'état normal, suspendent périodiquement les fonctions de relation.

Il est évident que si, chez les individus atteints, la quantité de produits ponogènes formés est supérieure à celle qui est rejetée au dehors par les émonctoires ou qui devrait être détruite par le métabolisme moléculaire au bout du temps normal, le réveil physiologique n'aura plus lieu; l'activité sensorielle consciente et les réactions volontaires qui suivent le repos périodique du sommeil quotidien resteront inactives. La fatigue s'accumulera en même temps que les toxines ponogènes, et le sommeil pathologique s'emparera définitivement du sujet, non sans avoir produit parfois quelques phénomènes éclamptiques de réaction. Les toxines ponogènes paralysant de plus en plus les neurones non adultes qui appartiennent aux centres cérébraux intellectuels, ceux-ci ne pourront plus recevoir les impressions extérieures ni transmettre l'influx nerveux aux neurones adultes moteurs. Dès lors, il y aura sommeil prolongé, et d'autant plus profond que l'inactivité cérébrale et nerveuse amène des stases et des altérations trophiques dans les principaux organes. L'exercice des facultés intellectuelles sera complètement aboli, les fonctions végétatives elles-mêmes s'engourdiront, d'où la marche progressive et désormais fatale des différents troubles, depuis la somnolence du début jusqu'aux accès comateux entrecoupés quelquefois de phénomènes convulsifs et jusqu'au carus final, depuis la simple émaciation jusqu'au dépérissement cachectique, analogue à celui que l'on observe chez les fumeurs d'opium.

Le ralentissement fonctionnel des centres nerveux et la suspension des actes de la vie de relation ne peuvent tarder à produire la chromatolyse des cellules radiculaires et l'insénescence précoce de leur noyau, qui conduisent à la mort physiologique.

D'autre part, comme conséquence de l'accumulation des bacilles et des éléments ponogènes, la circulation lymphatique sera entravée, ce qui rend compte de l'engorgement des ganglions et des suffusions séreuses fréquemment constatées.

Enfin, le besoin de sommeil étant plus intense chez l'enfant que chez l'adulte, on s'explique que ce soit parmi les jeunes nègres fréquentant les écoles que la maladie s'observe le plus fréquemment.

Si cette hypothèse se trouvait confirmée — et pour cela des recherches histologiques, portant d'une part sur l'axe cérébro-spinal, notamment sur les neurones centraux, d'autre part sur les divers émonctoires, sont nécessaires —, il en découlerait des conséquences intéressantes pour le traitement. Celui-ci devrait viser, d'abord, à combattre directement l'agent infectieux (le P. Bosch aurait obtenu la guérison, dans un cas, par l'administration de phénol à doses fractionnées), puis à entraver la production des toxines et à favoriser leur élimination ou leur neutralisation; enfin, il est probable qu'il y a, dans la maladie qui nous occupe, surproduction d'acide sarcolactique — substance dont on connaît l'action profondément ponogène — que l'on pourrait chercher à neutraliser par des alcalins (soude), des alcaloïdes (caféine) ou des oxydants (ozone).

Sur la toxicité de la morphine chez les jeunes animaux.

M. Heymans. — On invoque à l'appui de la toxicité plus élevée de la morphine chez l'enfant le fait que ce poison serait également plus vite mortel pour les jeunes animaux. Afin de résoudre cette question, M. E. Marchal a fait des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (en solution à 4 %) à des chiens, des chats, des lapins et des cobayes de différents âges, et a déterminé la dose mortelle de cet alcaloïde par kilo d'animal aux différentes périodes de la vie. Il a pu s'assurer que les chats âgés de moins de quinze jours supportent jusqu'à 0 gr. 10 centigrammes de morphine par kilo, soit le double de la dose mortelle pour l'adulte; par contre, les lapins, les cobayes et les chiens nouveau-nés sont tués par une dose de morphine d'un tiers inférieure à la dose mortelle pour l'adulte; dès que ces divers animaux ont quelques semaines d'âge, leur résistance à la morphine devient sensiblement égale à celle de l'adulte.

Il n'existe donc pas, chez les jeunes animaux, même chez les nouveau-nés, une sensibilité spéciale à l'égard de la morphine et, jusqu'à preuve péremptoire du contraire, on doit admettre qu'il en est de même chez l'enfant.

Dr Keiffer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé pratique pour faciliter l'introduction de la sonde stomacale.

Si le cathétérisme de l'estomac n'offre pas de difficultés chez les malades habitués à cette petite opération, il est loin d'en être de même lorsqu'on a affaire à un individu qui la subit pour la première fois. On a proposé, pour rendre l'introduction du tube moins pénible, de badigeonner le gosier avec une solution de cocaïne, mais cette pratique ne se montre pas toujours efficace, sans compter qu'on est parfois obligé d'employer une quantité assez considérable de solution anesthésique, ce qui n'est pas sans inconvénient, étant donnée la susceptibilité de certains sujets à l'égard de l'alcaloïde en question. Aussi un médecin américain, M. le docteur H. Crenshaw (d'Atlanta), a-t-il cherché à faciliter l'introduction du tube en assurant une légère anesthésie de la muqueuse du gosier et du pharynx par la réfrigération de l'extrémité de la sonde sur une étendue de 5 à 8 centimètres. A cet effet, notre confrère, immédiatement avant d'introduire le tube dans l'œsophage, le soumet, pendant quelques instants, à une pulvérisation de chlorure d'éthyle. Ainsi refroidi, le cathéter franchit facilement l'isthme du gosier, sans provoquer d'efforts ni de nausée. La réfrigération ne durcit pas assez le caoutchouc pour qu'il y ait lieu de craindre de blesser les parois de l'œsophage ou de l'estomac et, d'autre part, la muqueuse stomacale ne risque pas d'être influencée par le froid, la température de la sonde subissant nécessairement une élévation plus ou moins considérable durant son trajet à travers l'œsophage.

Le procédé dont il s'agit ne doit être employé que pour les premières séances de cathétérisme, tant que le patient ne s'est pas encore accoutumé au tube stomacal. Toutefois, il est des hystériques et des neurasthéniques qui supportent toujours mal le sondage de l'estomac, tel qu'on le pratique habituellement, et chez lesquels il y aurait avantage à recourir à la réfrigération du tube durant tout le traitement.

M. Crenshaw a également essayé de fixer à l'extrémité du cathéter un petit glaçon, mais ce procédé s'est montré de beaucoup inférieur à la réfrigération au moyen du chlorure d'éthyle.

Dangers de l'emploi de l'acétate de plomb en injections vaginales chez la femme enceinte.

M. le docteur Pilsky a eu l'occasion d'observer à la clinique de M. le docteur Mackenrodt (de Berlin) une jeune femme de vingt et un ans, qui fut admise d'urgence pour des vomissements accompagnés de coliques et de cyanose de la face, et qui ne tarda pas à avorter d'un fœtus d'environ six mois. En interrogeant la malade, on apprit que, six semaines auparavant, elle avait consulté un gynécologiste pour des flueurs blanches qui l'incommodaient beaucoup, et que le spécialiste en question lui avait ordonné de faire deux fois par jour des injections vaginales avec de l'eau additionnée d'acétate de plomb à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe par litre. On avait, en outre, recommandé à la patiente de se représenter à la consultation au bout de quelques jours, mais elle eut l'imprudence de ne pas se conformer à ce conseil, tout en continuant à pratiquer les injections. Le jour de son admission à la clinique, elle éprouva, pendant qu'elle prenait son injection, de violentes coliques dans le bas-ventre, dues peut-être à ce que le liquide, au lieu de s'écouler immédiatement au dehors, comme cela avait eu lieu les jours précédents, était en grande partie resté dans le vagin jusqu'à la fin de l'irrigation. Après l'avortement, les symptômes morbides (constipation opiniâtre, coliques, vomissements sanguinolents, ictère, etc.) ne firent que s'accentuer, et la malade succomba au bout de cinq jours. L'autopsie montra que la mort n'était nullement due à une infection puerpérale et l'analyse chimique des viscères, effectuée sous la direction de M. le docteur Störmer, confirma pleinement le diagnostic clinique d'intoxication aiguë par le plomb.

Emploi du chloroforme pendant la période d'expulsion, en vue de protéger le périnée d'une manière efficace.

On admet généralement que, si la chloroformisation peut être utile à la fin de la période de dilatation, il est préférable de s'en abstenir au moment de l'expulsion. Or, à en juger d'après l'expérience d'un accoucheur américain, M. le docteur L. E. Norfleet (de Tarboro), l'emploi systématique du chloroforme pendant le passage de la tête fœtale à travers l'anneau vulvaire rendrait d'excellents services en permettant d'éviter les déchirures. Peu satisfait des procédés habituellement utilisés pour protéger le périnée et cherchant à se rendre compte du mécanisme suivant lequel se produisent d'ordinaire les ruptures, notre confrère put se convaincre que ces lésions sont surtout imputables à des contractions musculaires exagérées. D'autre part, M. Norfleet fut à même de constater que les déchirures du périnée sont excessivement rares dans les cas d'application de forceps, lorsqu'on a soin de pousser la narcose chloroformique jusqu'à résolution complète du système musculaire et d'enlever l'instrument, une fois l'occiput sous la symphyse pubienne, pour terminer l'accouchement en modérant le dégagement de la tête par une pression soutenue sur la région frontale. Aussi notre confrère n'hésita-t-il pas à adopter la même pratique pour les accouchements spontanés : à la fin de la période de dilatation, il ne donne que très peu de chloroforme, tout juste ce qu'il faut pour y habituer la parturiente et pour mettre, au besoin, le maniement de l'anesthésique à la portée d'un assistant improvisé; puis, lorsque la vulve commence à s'entr'ouvrir, il confie le chloroforme à un aide et, dès que l'occiput vient se placer sous la symphyse pubienne, il fait donner une forte dose de chloroforme, en même temps qu'il immobilise la tête fœtale jusqu'à ce que la résolution musculaire se produise; c'est alors seulement qu'il procède lentement au dégagement de la tête.

Traitement du ptérygion par le massage.

Le ptérygion étant habituellement rebelle au traitement non sanglant, il nous paraît intéressant de signaler le succès que M. le docteur I. Sassaparel (médecin militaire russe) a obtenu au moyen du massage chez un homme porteur d'un ptérygion étendu. Notre confrère se servit d'une pommade au sublimé et à la cocaïne, analogue à celle qu'il a jadis préconisée contre les kératites et les conjonctivites chroniques (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. LVIII) et dont voici la formule :

Solution de sublimé à 5 %.	0 gr. 06 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne...	0 — 12 —
Vaseline blanche.........	12 grammes.

Après avoir introduit une petite quantité de cette pommade dans le cul-de-sac conjonctival et en avoir également laissé un peu sur les paupières, M. Sassaparel massait le globe oculaire, en faisant avec le pouce des mouvements dans tous les sens (perpendiculaires et parallèles aux paupières, et mouvements circulaires) et en exerçant une compression plus énergiques au niveau de l'épaississement de la conjonctive. Les séances avaient lieu une fois par jour et duraient deux minutes environ. Dès les premiers jours de traitement, on constata une amélioration sensible : la membrane devint plus mince et moins vascularisée, en même temps que la vue s'améliorait également. Au bout d'un mois (pendant lequel il n'y eut en tout que 19 séances de massage), le ptérygion avait presque complètement disparu, laissant subsister seulement une légère pigmentation du tissu et deux vaisseaux sanguins; l'iris était découvert sur toute son étendue et la vision paraissait normale. Ce résultat mérite d'autant plus d'être retenu que le traitement n'avait pas été suivi d'une façon régulière et que le malade s'était toujours exposé au vent et à la poussière. Aussi notre confrère estime-t-il que, en prenant les précautions nécessaires pour protéger l'œil contre les violences extérieures et en pratiquant le massage tous les jours, on obtiendrait plus vite la disparition du ptérygion.

L'introduction directe de purgatifs dans l'intestin au cours des interventions pour péritonite septique.

On sait combien il est parfois difficile de combattre la paralysie intestinale consécutive aux interventions chirurgicales pour péritonite septique, lorsque les purgatifs les plus divers restent sans effet, par suite de l'intolérance de l'estomac. Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur A. Marmaduke Sheild, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges de Londres, a eu l'idée d'introduire un purgatif dans l'intestin lui-même au cours de l'opération, et les essais de ce genre qu'il a pratiqués dans 5 cas de péritonite septique par perforation de l'appendice lui ont donné d'excellents résultats. Voici quel a été le procédé suivi par notre confrère : après avoir chargé une petite seringue (la seringue à hydrocèle convient le mieux) d'une solution contenant 12 grammes de sulfate de magnésie, 10 gouttes de teinture de noix vomique et 4 grammes de glycérine pour 30 grammes d'eau, on en enfonce la canule dans le moignon appendiculaire, de manière à pousser l'injection directement vers le cæcum. Deux heures après, on administre un lavement à la térébenthine, qui ne tarde pas à amener une évacuation de gaz et de matières fécales.

Il va de soi qu'au besoin le purgatif peut également être injecté dans le côlon au moyen d'une seringue à injections hypodermiques dont l'aiguille est enfoncée obliquement. Quant à la formule du liquide à injecter, elle variera naturellement suivant les cas, la dose de sulfate de magnésie (ou de tout autre purgatif analogue) devant, d'après M. Sheild, être proportionnée à l'âge du patient et à l'étendue du mal.

Traitement des kératites suppurées par la lumière solaire.

Ayant institué une série d'expériences sur des animaux en vue d'étudier l'effet des rayons solaires sur l'œil, M. le docteur E. A. Niésnamov, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Kharkov, a été à même de constater que ces rayons, concentrés au moyen d'une lentille de 8 dioptries et de 10 centimètres de diamètre, non seulement n'exercent pas d'action nocive sur le globe oculaire, mais encore ont une influence très favorable dans les cas de suppurations cornéennes artificiellement provoquées, pourvu qu'on ait soin, comme cela se pratique d'habitude, d'exclure les radiations caloriques en faisant passer les rayons à travers une couche d'eau colorée par le bleu de méthylène.

Fort de ces données expérimentales, notre confrère n'hésita pas à utiliser la lumière solaire dans le traitement des kératites suppurées chez l'homme. Dans tous les cas soumis à ce genre de photothérapie, quelques séances quotidiennes, dont la durée varia de deux à six minutes, suffirent pour faire cesser la suppuration de la cornée et amener la cicatrisation, et cela qu'il s'agît d'une kératite traumatique ou post-opératoire, d'une phlegmasie trachomateuse ou phlycténulaire, etc. Ajoutons que ce mode de traitement n'a jamais donné lieu, entre les mains de M. Niésnamov, au moindre accident. Toutefois, il est évident qu'on ne saurait recourir, en toute sécurité, au procédé en question que dans les cas où la rétine se trouve protégée contre l'action de la lumière par une infiltration de la cornée, l'accumulation de pus dans la chambre antérieure ou toute autre lésion analogue.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie du testicule tuberculeux.

N'est-ce pas là un de ces problèmes de pratique courante, qui restent toujours « d'actualité »? Il l'était en 1851, alors que Malgaigne défendait, à l'Académie de médecine, l'*opération précoce* et l'*opération conservatrice* par des arguments que le temps et les découvertes modernes n'ont pas émoussés. Il l'est aujourd'hui encore : à la Société de chirurgie de Paris en 1899, à la Société allemande de chirurgie en 1900, le traitement de la tuberculose testiculaire a été longuement débattu; il a fourni matière à de nombreux travaux récents, en France et à l'étranger. Que faut-il conclure de cet ensemble de documents ? Quel parti prendre ou conseiller, en clinique, devant le malade, et dans une affection qui relève de facteurs trop nombreux et trop divers, pour se prêter à une thérapeutique uniforme et systématique ?

Il convient de rappeler, avant tout, deux notions capitales, et, d'abord, le sens réel qui doit s'attacher au terme de tuberculose locale. On ne croit plus que, pour n'avoir relevé qu'un seul foyer tuberculeux, au testicule ou dans une articulation, on ait la preuve suffisante que la maladie est là, tout entière. Dites, au sens clinique, que la tuberculose est *unifocale*, c'est bien; il n'en reste pas moins que, par le seul fait de cette lésion première, ou qui semble telle, votre malade est en puissance d'infection tuberculeuse, et cela, quelle que soit l'intégrité apparente de l'état général, et bien que le foyer originel puisse demeurer à jamais isolé.

Pourquoi, en effet, l'infection s'est-elle, ici, cantonnée, « localisée », au lieu de prendre la marche aiguë et l'allure envahissante que nous voyons ailleurs? Question de virulence? Oui, mais, surtout, question de *résistance vitale*.

C'est là, dans cette résistance vitale, dans cette lutte cellulaire, quel qu'en soit le mécanisme intime, qu'il faut reconnaître l'agent essentiel de la guérison, et cette donnée permet seule de fournir une base scientifique à la thérapeutique et d'en comprendre les résultats. Elle ne conduit nullement à l'abstention opératoire; tout au contraire, elle sert à mesurer plus justement les services qu'on peut attendre des diverses interventions, dans les *formes multiples de la tuberculose testiculaire*.

I

Prenons d'abord la forme clinique élémentaire : *le noyau épididymaire, isolé, unilatéral*. — Un exemple, et ils ne manquent pas : un homme de trente-trois ans, sans passé vénérien, souffre un peu, depuis quelques mois, de son testicule droit, et cela, sans traumatisme, sans provocation d'aucune sorte; lui-même a remarqué, de ce côté, une petite grosseur, comme une noisette. A la queue de l'épididyme, nous trouvons un noyau compact, bosselé, dur, à peine sensible; le reste de l'épididyme paraît sain; le corps testiculaire, le canal déférent ne révèlent, au palper, rien d'anormal; le toucher rectal est négatif, la santé excellente. Que faire?

Voilà, nettement posée, la question, telle qu'elle se présente souvent en pratique, surtout chez les jeunes gens. Ils ont eu, à quelques mois ou même à quelques années de là, une blennorrhagie compliquée d'épididymite légère : tout a passé, sans traces, sauf un noyau épididymaire qu'on prend d'abord pour le reliquat coutumier de la blennorrhagie, mais qui ne se réduit pas avec le temps, qui grossit, au contraire, et de plus en plus; on ne trouve pas d'autre tare, pas d'autre foyer, bien qu'une certaine pâleur bouffie de la face, un peu d'amaigrissement, et parfois des antécédents de famille, cadrent bien avec l'évolution et les caractères de la lésion locale. C'est de la tuberculose, mais le noyau est petit, l'allure torpide, la gêne à peine marquée : rien ne presse. Ne voyons-nous pas des masses ganglionnaires autrement volumineuses se résorber et fondre sous l'influence de la cure marine, par exemple? Tout au moins, je ne pense pas que les promoteurs les plus convaincus de la castration d'emblée puissent se résoudre à châtrer pour si peu.

Faut-il même conseiller une opération partielle, l'excision du noyau épididymaire? Pour dire d'un mot toute ma pensée, j'estime, avec M. Quénu, qu'il vaudra toujours mieux enlever, sans plus attendre, le noyau tuberculeux, mais j'ajoute que la règle pourra fléchir, dans l'application, suivant certaines conditions d'âge, de milieu, d'évolution locale.

Il convient de s'entendre, en effet, sur le *traitement médical*. On ne saurait couvrir de ce mot l'inaction pure et simple; et, si l'on est en droit de faire fond sur la résistance vitale, encore faut-il lui fournir les moyens de s'exercer. Et cela même n'est pas toujours possible. N'y a-t-il pas quelque ironie à soumettre au traitement médicamenteux, à l'iodoforme et au reste, un tuberculeux du testicule qui continue à vivre dans un air malsain, à travailler durement, à s'alimenter maigrement? Et j'ajoute tout de suite que les surmenés sont de toutes les classes et de tous les milieux. Le repos, le repos génital aussi, le grand air, la mer, la suralimentation, et tout cela pendant une longue période : tels sont les éléments premiers et nécessaires de cette « cure médicale ». Sont-ils dûment applicables, on en pourra voir les heureux effets sur la tuberculose épididymaire initiale comme sur d'autres tuberculoses; et, sous la réserve qu'ils le soient, chez un jeune homme surtout, on sera bien venu d'y recourir d'abord. Je connais, pour ma part, plusieurs épididymes qui gardent ainsi, depuis de longues années, un petit noyau indolent qui s'indure de plus en plus.

C'est une menace, toujours. Au delà d'un certain âge, l'expérience devient plus dangereuse; même chez les jeunes, et dans les excellentes conditions de milieu dont je parlais tout à l'heure, il n'y a pas lieu de s'y attarder au delà de quelques mois, si l'évolution de la lésion locale n'est pas franchement régressive.

Et, de fait, à côté des noyaux épididymaires durs, indolents, immobilisés, vrais tubercules de guérison, il y en a d'autres qui continuent à grossir : ils restent ou deviennent un peu douloureux, ils s'accroissent par poussées, que traduisent une légère rougeur du scrotum et un peu d'hydrocèle. Un garçon de vingt ans — et je choisis ce fait, parce qu'il sera un exemple des résultats éloignés de l'épididymectomie — ressent une gêne douloureuse dans la bourse droite; les jours suivants, la douleur s'accuse, le scrotum devient rouge, violacé, et nous trouvons la queue de l'épididyme volumineuse, dure, bosselée. Le 19 juin 1894, le noyau épididymaire est excisé, à la cocaïne; le 10 juillet, notre homme, guéri, reprend son travail. En 1897, il était au 1er régiment de zouaves, à Alger, et son médecin-major nous écrivait que « rien, même à un examen assez détaillé, ne peut faire reconnaître que cet homme a subi une opération sur le scrotum; les deux testicules ont les mêmes dimensions et paraissent sains ». En 1901, il écrivait lui-même à M. P. Berthelot (1) : « Je n'ai jamais ressenti de douleurs au testicule depuis l'opération — je suis fort, vigoureux, j'ai très bon appétit. Je suis marié, et j'ai le bonheur d'avoir un bel enfant de dix mois. »

Ces *noyaux qui grossissent* doivent être enlevés, sans plus ample informé. Et, d'ailleurs, les poussées que nous venons de signaler annoncent fréquemment la suppuration : le scrotum devient adhérent, un point se ramollit et l'abcès dessine son relief rougeâtre. D'autres fois, l'abcès s'est ouvert déjà, laissant une fistule : *noyaux ramollis, noyaux abcédés, noyaux fistuleux commandent, à notre sens, l'excision immédiate*.

(1) P. Berthelot. Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par les opérations économiques. (*Thèse de Paris*, 1901, obs. X.)

Cette excision du noyau tuberculeux crée une perte de substance de l'épididyme, et supprime, d'ordinaire, le fonctionnement « spermatique » du testicule, c'est vrai; mais le mal était fait par la tuberculose, l'opération n'y ajoute rien.

Cette opération est simple, en général, et se fait aisément à la cocaïne. Le noyau est-il adhérent en un point du scrotum, c'est à ce niveau qu'on incise; est-il abcédé, on ouvre d'abord l'abcès qui est vidé, curetté, détergé, puis on en dissèque les parois; est-il fistuleux, on circonscrit au bistouri l'orifice et le trajet. Dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, on est souvent conduit à intervenir par la face postérieure du scrotum et le noyau peut être excisé par voie extra-vaginale.

S'il n'est pas adhérent, on incise en avant, on ouvre la séreuse, et l'on découvre le testicule, ce qui permet, d'ailleurs, un examen direct, plus minutieux, et, s'il y a doute, l'orchidotomie exploratrice dont nous parlerons plus loin.

L'ablation du noyau devra toujours être faite au bistouri, largement : on taillera en tissu sain, tout autour, sans l'ouvrir, en l'isolant comme une tumeur. On réunit ensuite les débris de la coque fibreuse par un surjet de catgut qui capitonne la petite cavité et qui suffit, en général, à tarir le suintement sanguin; puis on suture la vaginale et les enveloppes.

Il arrive que certains noyaux, encapsulés, s'énucléent; dès que leur écorce est incisée, la pression en évacue le contenu; on peut alors, à la curette, en cruenter la paroi, puis la capitonner et réunir. C'est le curettage réglé de M. Quénu. Hormis les noyaux abcédés et adhérents, nous préférons, pour notre part, la dissection large, au bistouri.

En résumé, autant l'excision précoce me semble rationnelle, dans ce premier type de tuberculose testiculaire, autant la castration serait hors de proportion. La solution est plus discutable dans la seconde éventualité que voici.

II

Il s'agit, cette fois, de l'*épididymite tuberculeuse totale, unilatérale* encore. C'est l'exemple classique du gros épididyme, bourré de noyaux, recouvrant et enveloppant le testicule, et que souvent prolonge, en arrière, un canal déférent, lui-même épaissi et noueux. Je suppose qu'il n'y ait rien d'appréciable à l'autre testicule, aux vésicules ni à la prostate, et qu'on ne trouve pas de tuberculose viscérale.

Ici, l'accord n'est pas fait; pourtant, la discussion de la Société de chirurgie a montré que la majorité des chirurgiens français est ralliée à l'épididymectomie; mais, en Allemagne, les partisans de la castration, et de la castration précoce, restent nombreux. Le professeur von Bruns (de Tubingue) s'en est fait tout récemment le défenseur (1), en versant au débat des documents de haute importance, que nous devons brièvement analyser.

Il invoque tout d'abord, à l'appui de l'intervention hâtive et radicale qu'il soutient, les *résultats éloignés* des castrations pratiquées, depuis cinquante ans, à la clinique de Tubingue, pour tuberculose testiculaire (2). C'est un ensemble de 115 cas : sur ce nombre, 44 se rapportaient à la tuberculose testiculaire bilatérale (38 %), et, remarquons-le tout de suite, 4 fois seulement il s'agissait de tuberculose bilatérale d'emblée; dans les 40 autres faits, les deux

(1) Von Bruns. Ueber die Endresultate der Castration bei Hodentuberculose. (*Verhandlungen des 30. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 11 avril 1901; *Arch. f. klin. Chir.*, 1901, LXIII, 4, p. 1014; *Semaine Médicale*, 1901, p. 125.)

(2) E. Haas. Ueber die Resultate der Castration bei Hodentuberkulose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1901, XXX, 2, p. 345.)

testicules s'étaient pris l'un après l'autre, à un intervalle de quatre mois et demi en moyenne, variable d'ailleurs et qui se prolongea parfois jusqu'à deux ans.

Des 115 opérés, 111 ont été retrouvés, et voici les résultats lointains, en résumé :

Lors de tuberculose d'un seul testicule, la castration, unilatérale naturellement, fournit, en bloc, 44.6 % de guérisons durables, constatées après trois ans; le terme de trois ans marque, en effet, une étape importante : 20.7 % des castrés meurent durant cette période (9.2 % de tuberculose urinaire); ceux qui, une fois la troisième année révolue, sont indemnes de récidive, restent définitivement guéris dans la proportion de 75.7 %.

Ajoutons encore qu'après la castration unilatérale, l'autre testicule se prend dans 26.7 % des cas.

Lors de tuberculose des deux testicules, la castration bilatérale, d'emblée ou successive, donne 56.7 % de guérisons durables, constatées après trois ans. Durant ces trois années, 40.6 % des opérés succombent (15.6 % de tuberculose urinaire); ceux qui doublent, sans accident, le cap de la troisième année, restent guéris définitivement dans la proportion de 88.2 %.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt de ces chiffres, qui témoignent au moins du bien fondé de la thérapeutique opératoire, dans la tuberculose testiculaire. O. Simon (1), en colligeant les faits observés pendant une période de vingt-sept ans à la clinique de Heidelberg, aboutit à des conclusions semblables : sur 107 malades ayant subi la castration, unilatérale ou double, on a eu des nouvelles de 92; sur ce nombre, 59 vivaient toujours et 33 étaient morts, dont 26 de tuberculose. Or, des 59 survivants, 54 étaient indemnes de récidive au bout de plusieurs années, et, si l'on y joint 7 autres castrés, morts d'affections accidentelles, on obtient une série de 61 guérisons durables, autrement dit 66.3 %.

A côté de l'argument *clinique* emprunté aux résultats éloignés, un autre argument, *expérimental*, milite, d'après M. von Bruns, en faveur de la castration précoce : il est tiré de ce fait, que la tuberculose du testicule serait souvent, en réalité, *primitive et locale*. Et les expériences du professeur von Baumgarten (de Tubingue) (2) lui servent de démonstration.

M. von Baumgarten n'a jamais réussi, chez le cobaye, à provoquer la tuberculose du testicule ou du canal déférent par l'inoculation de la vessie et de l'urèthre. En injectant dans l'urèthre, avec une canule mousse, une culture pure de bacilles de Koch, il a fait naître des ulcérations tuberculeuses du bas-fond vésical, de l'urèthre prostatique, de la prostate, et cela dans une série de plus de 12 cas : aucun de ces animaux, bien qu'ils aient survécu un an et demi et plus, n'a eu de tuberculose du canal déférent ni du testicule. Si l'orchite a été observée plusieurs fois, l'examen bactériologique démontra toujours qu'il s'agissait d'orchites banales, et que le bacille de Koch n'y était pour rien. Ajoutons que pareillement, chez ces animaux inoculés à la vessie, à l'urèthre ou à la prostate, on n'a jamais relevé de tuberculose du rein.

Et voici la contre-partie. M. von Baumgarten injecte dans la tête ou la queue de l'épididyme, ou dans la portion originelle du canal déférent, après l'avoir lié au-dessus, une culture très virulente de bacilles tuberculeux : toujours l'infection tuberculeuse remonte et se diffuse le long du déférent et, au bout de quatre à cinq semaines, la prostate est envahie.

La conclusion se dégage seule : les bacilles de la tuberculose ne remontent jamais les courants organiques, ils les suivent, qu'il s'agisse du sang, de la lymphe ou des liquides sécrétés; ils ne descendent pas de la prostate au testicule, ils remontent avec le sperme, avec la lymphe, qui reflue aussi de bas en haut, le long du canal déférent, du testicule à la prostate; ils ne remontent pas de la prostate au rein, ils descendent, avec l'urine, du rein à la prostate. Et M. von Baumgarten confirme l'opinion de M. von Bruns : « la tuberculose du testicule peut être la seule localisation tuberculeuse de l'appareil urogénital »; elle peut être, à proprement parler, primitive.

Ces résultats expérimentaux ne cadrent pas avec les données que l'observation clinique a fournies à M. le professeur Guyon (1) : sur 127 malades, 56 fois la prostate était seule prise, 11 fois la prostate et les vésicules, l'examen du canal déférent et du testicule restant négatif. « Il y a longtemps que ma conviction est faite, écrit M. Guyon, et que je déclare que, loin d'être isolée dans les épididymes, la tuberculose génitale n'y existe, pour ainsi dire, jamais seule, et que, de l'ensemble de mes investigations, résulte que c'est dans les vésicules séminales que l'on surprend les premières manifestations de la tuberculisation génitale. L'invasion de l'appareil se ferait donc de dedans en dehors, comme dans l'orchite, et non de dehors en dedans. »

Il y a là deux séries de faits observés, également bien observés, et dont le contraste s'explique sans doute par les conditions diverses de l'observation : en clinique, d'ailleurs, on assiste rarement au début des affections, et, lorsqu'on les rencontre, elles ont parcouru déjà un chemin plus ou moins long, que nous ne saurions le plus souvent mesurer.

Quoi qu'il en soit, la démonstration expérimentale de l'infection tuberculeuse primitive du testicule, pas plus que les résultats éloignés de la castration, que nous relations plus haut, ne plaiderait contre l'*épididymectomie* appliquée à la forme clinique dont nous parlons.

L'épididymectomie « ne fait que la moitié de la besogne », dit M. von Bruns. Il faudrait précisément le démontrer, et c'est là, en somme, que doit porter l'effort de la discussion : *quel est l'état du corps testiculaire?* La tuberculose peut-elle être cantonnée à l'épididyme, et dans quelle proportion ?

Eh bien, nous trouverons la réponse dans les travaux même de l'Ecole de Tubingue, et dans les examens de cette longue suite de testicules tuberculeux enlevés par la castration simple ou double : sur 134 cas, M. Haas (2) relève que 62 fois le corps testiculaire était malade, 72 fois il était sain. C'est déjà une proportion intéressante; ce qui l'est plus, c'est ce fait, que les lésions du corps testiculaire deviennent plus rares, à mesure que les interventions deviennent plus précoces; depuis 1890, sur 78 faits, on trouve le corps testiculaire indemne 55 fois, malade 23 fois, c'est-à-dire dans un tiers seulement des cas; or, dans cette dernière période, les interventions ont été de plus en plus hâtives. Ajoutons que l'analyse détaillée des documents est plus « suggestive » encore; je transcris le tableau de Haas :

Opération *dans les deux premiers mois* qui suivent le début de l'affection : 26 fois le corps testiculaire est sain, 7 fois il est malade (18.2 %);

Opération *dans les trois premiers mois :* corps testiculaire 37 fois sain, 32 fois malade (24.5 %);

Opération *dans les six premiers mois :* corps testiculaire 51 fois sain, 32 fois malade (38.6 %);

Opération *après les six premiers mois :* corps testiculaire 21 fois sain, 30 fois malade (58.8 %);

Remarquons, de plus, que dans certains faits, le corps testiculaire était resté sain au bout de deux, trois, six ans.

Quelle conclusion tirer de là ? Celle-ci : *qu'en opérant tôt nous trouverons encore, dans plus des deux tiers des cas, le corps testiculaire sain.* La question pratique se résume donc à reconnaître cette intégrité. Certes, l'examen clinique, à travers les enveloppes scrotales, ne fournit, sous ce rapport, que des assurances toutes relatives; l'examen direct du testicule, à nu, est déjà plus démonstratif; et nous avons, dans l'orchidotomie exploratrice, que nous allons décrire tout à l'heure, un précieux moyen d'investigation plus précise. Et même, si l'exploration pèche par quelque endroit, si quelques nodules échappent, est-il interdit de penser qu'ils puissent se scléroser et s'atrophier, comme ceux de la prostate, et croit-on que, dans la tuberculose, pour être curatrices, nos exérèses doivent être toujours et mathématiquement radicales ?

La méthode des excisions partielles, qui proportionne au mal les mutilations, l'*épididymectomie*, est donc toute rationnelle, à moins qu'on ne veuille soutenir que le testicule découronné de son épididyme, que cette glande sans excrétion, soit désormais inerte et inutile. Nos collègues allemands semblent faire assez bon marché du rôle non spermatique du testicule, et, vraiment, à les lire, on croirait qu'ils observent sur d'autres sujets que nous. « Nous n'avons relevé dans aucun cas, écrit M. Haas, les accidents psychiques dépressifs qu'on redoute si fort, et qui suivraient notamment la castration double. » M. Simon note une seule fois des accidents mélancoliques; 5 castrés sont devenus impuissants; « il n'y a rien de changé » chez tous les autres, suivis pendant une longue période, jusqu'à vingt ans.

Il est évident que la réaction psychique est beaucoup moins accusée, nulle souvent, après la castration unilatérale; il n'est pas douteux, non plus, que l'âge ne soit un élément très important dans la pathogénie de ces accidents psycho-génitaux, et aussi la prédisposition individuelle et l'aptitude nerveuse. D'autre part, si les désordres très graves, aboutissant à la manie et au suicide, sont rares, il n'en est pas de même de conséquences moins tragiques, sans doute, mais fréquentes : l'amoindrissement des forces, la neurasthénie; enfin, dans une affection où l'éventualité de la récidive, sur l'autre testicule, est toujours à craindre, c'est faire œuvre de prévoyance que de ménager, dans toute la mesure possible, le tissu testiculaire, la castration double devant être tenue, comme nous le dirons plus loin, pour un sacrifice extrême et qui entraîne, chez un sujet jeune, une réelle déchéance.

En voilà assez, croyons-nous, pour justifier — et, je dirai, pour commander — l'*épididymectomie précoce dans cette forme d'épididymite tuberculeuse totale, unilatérale*, dont nous parlons. Nous n'avons pas, à l'appui de la résection épididymaire, un ensemble de résultats éloignés comparables à ceux que nous analysions plus haut; mais l'expérience acquise, pour restreinte qu'elle soit encore, n'en démontre pas moins que le bilan de l'épididymectomie n'est nullement inférieur à celui de la castration; sur 17 faits relevés par M. Berthelot (1), 1 fois l'on a constaté une récidive dans le testicule restant, 1 fois il y a eu récidive locale, 15 fois il n'y a pas eu de récidive, et ces malades ont été revus : 1, onze ans; 2, dix ans; 3, huit ans; 1, sept ans; 2, cinq ans; 2, quatre ans; 4, trois ans; 1, deux ans; 1, un an — après l'opération.

Comment donc faudra-t-il pratiquer cette *résection épididymaire*, opération qui date de loin, puisque Malgaigne, en 1851, l'exécutait déjà, au moins « atypiquement », qui a été réglée par Bardenheuer en 1880 (2), puis reprise par

(1) O. Simon. Zur Hodentuberculose. (*Verhandlungen des 30. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 11 avril 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 125.)

(2) Von Baumgarten. Ueber experimentelle Urogenitaltuberculose. (*Verhandlungen des 30. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 11 avril 1901; *Arch. f. klin. Chir.*, 1901, LXIII, 4, p. 1019; *Semaine Médicale*, 1901, p. 125.)

(1) Guyon. La castration pour le sarcocèle tuberculeux. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, juillet 1891, p. 445.)

(2) Haas. (*Loc. cit.*)

(1) Berthelot. (*Loc. cit.*)

(2) Bardenheuer. Die operative Behandlung der Hodentuberculose durch Resection der Nebenhoden, *in* Mittheilungen aus dem Kölner Bürgerhospital, XLIV, 3. Cologne, 1886.

MM. Villeneuve (de Marseille) (1), Humbert (2), Duplay (3) et par tant d'autres (4), que nous pratiquons, pour notre part, depuis 1893 (5).

En règle, l'épididymectomie doit se faire *par voie transvaginale*, à ciel ouvert. Les enveloppes scrotales sont incisées en avant, la vaginale ouverte, vidée du liquide qu'elle contient d'ordinaire en petite quantité, et tout de suite essuyée et asséchée, le testicule extrait, et déposé sur une compresse stérile. On libère l'épididyme des adhérences qui l'encapuchonnent souvent, et, tout entier, on le découvre; puis on cherche l'entrée du cul-de-sac épididymo-testiculaire, fermé lui-même souvent par des tractus fibreux. Ce cul-de-sac est un excellent point de repère, et sert beaucoup pour « amorcer » le décollement de l'épididyme. On commence par la tête ou par la queue; lorsque la tuberculose est encore crue et les noyaux durs, il est d'ordinaire plus simple de détacher la tête, d'abord, et de poursuivre l'éradication d'avant en arrière, pour finir très haut sur le canal déférent.

Donc, la tête de l'épididyme étant saisie avec les doigts ou une pince de Kocher, on introduit dans le cul-de-sac une branche de ciseaux ou la pointe d'un bistouri, et, d'arrière en avant, on la sépare du testicule; on achève alors de la libérer, par sa face interne, et l'on poursuit la dissection, d'avant en arrière, au ras de l'épididyme, le tranchant du bistouri ne cessant de « fuir » le cordon (*Fig. 1*); la queue est, de la sorte, décollée à son tour, et il devient facile de dénuder haut le canal déférent, qu'on lie et sectionne. *L'écueil est en dedans :* c'est le cordon, l'artère spermatique, qu'il faut, à tout prix, ménager; on y réussit, avec quelque soin, en suivant de tout près, en ne quittant pas le relief interne de la voussure épididymaire.

Lorsque la tête est occupée par un noyau abcédé qui adhère aux enveloppes, ou transformée en une caverne fistuleuse, il sera mieux de procéder d'arrière en avant, de commencer par la section du déférent et la libération de la queue, pour finir par l'*excision en bloc de la zone adhérente*, suppurée et fistuleuse. Ailleurs, toute la longueur de l'épididyme est jalonnée par une série d'abcès ou de fistules; on se trouvera bien, en pareil cas, « d'attaquer » de ce côté, en arrière, le plus souvent; on circonscrit par deux incisions semi-lunaires toute la région scrotale fistuleuse, et l'on poursuit, dans la profondeur, la dissection du bloc tuberculeux, qui est tout d'abord excisé en masse. Ceci fait, on complète l'opération

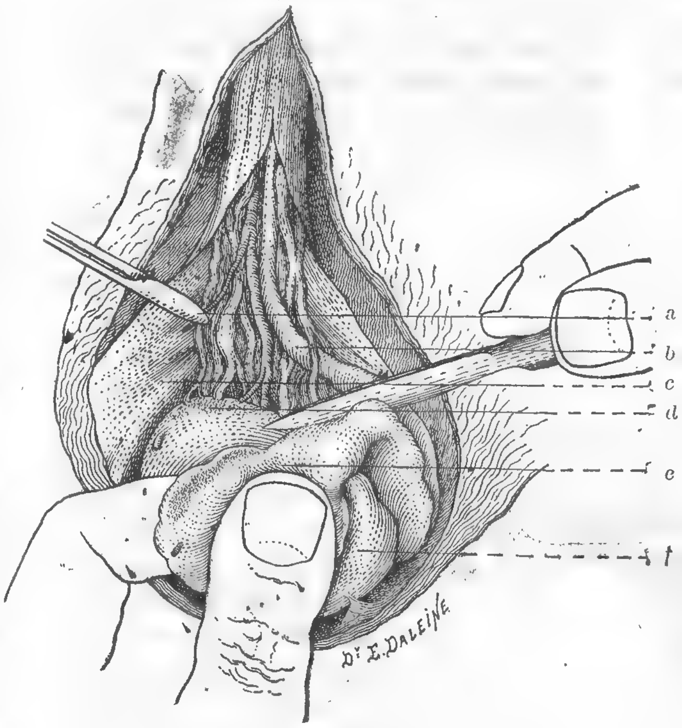


Fig. 1.
ÉPIDIDYMECTOMIE
La tête est détachée, et la dissection poursuivie d'avant en arrière, *au ras du cordon.*
a, artère épididymaire; *b*, canal déférent; *c*, tunique vaginale; *d*, plan de séparation de l'épididyme et du testicule; *e*, tête épididymaire; *f*, testicule.

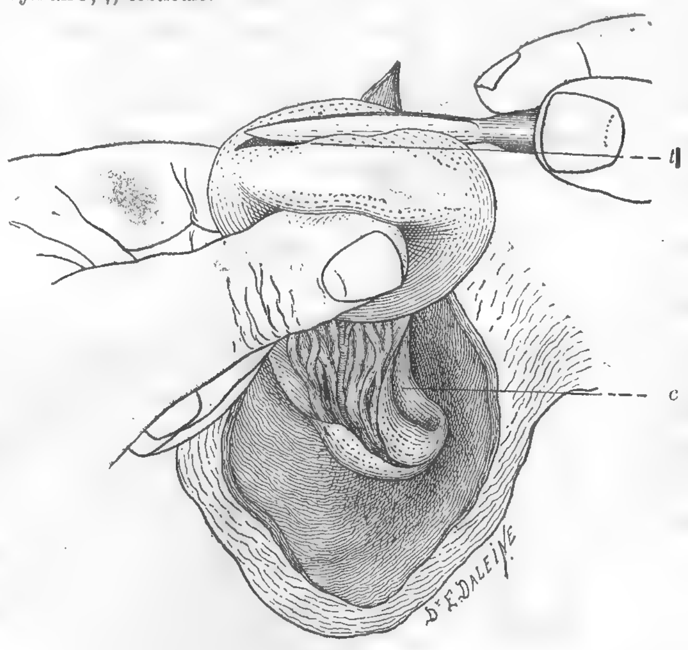


Fig. 2.
ORCHIDOTOMIE EXPLORATRICE
Le corps testiculaire, relevé et fixé entre les doigts, est incisé sur son bord convexe.
t, section au bistouri du bord convexe; *c*, cordon.

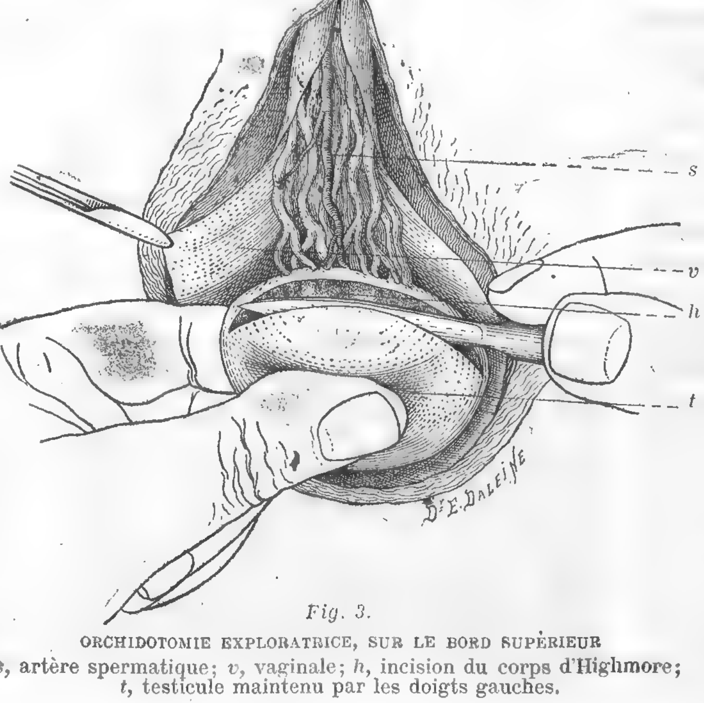


Fig. 3.
ORCHIDOTOMIE EXPLORATRICE, SUR LE BORD SUPÉRIEUR
s, artère spermatique; *v*, vaginale; *h*, incision du corps d'Highmore; *t*, testicule maintenu par les doigts gauches.

en ouvrant largement la vaginale et en réséquant les débris épididymaires et le canal déférent.

Si la tunique vaginale est suspecte, on en excise un segment plus ou moins large; le reste, après quelques ligatures, est réuni par un surjet. On suture de même les plans fibreux des bourses et la peau.

Mais l'intervention serait incomplète, si l'on n'avait pris soin de se rendre un compte exact de l'*état du corps testiculaire*. Il arrive parfois que son volume ou sa consistance, ou encore tel point adhérent, telle nodosité saillante, ne laissent, de prime abord, aucun doute; mais on ne devra pas s'en tenir aux apparences, ni même aux résultats de l'inspection ou du palper, et l'on fera toujours bien de recourir à l'*orchidotomie exploratrice*.

J'ai fait pour la première fois l'orchidotomie, dans ces conditions, le 22 juin 1894, sur un malade de vingt-neuf ans, auquel j'enlevai l'épididyme droit et une partie du canal déférent (1); j'incisai le testicule sur son bord convexe, et, le parenchyme spermatique m'ayant paru sain, je refermai l'albuginée par quelques points de fin catgut. L'opéré, revu trois ans après, était indemne de toute récidive. J'ai, depuis lors, appliqué régulièrement cette méthode. En février 1896, à la clinique de M. Kocher, M. Otto Lanz (2), opérant un garçon de quinze ans, enlevait un épididyme tuberculeux, et, pour s'assurer de l'intégrité du corps testiculaire, il le fendait en deux et l'ouvrait comme un rein : l'examen ayant été négatif, il rapprochait les deux valves et suturait par un surjet l'albuginée; l'opéré était bien portant et indemne de récidive un an et demi plus tard. En 1897 aussi, la thèse de M. Chassin (3) contient les deux premiers faits du professeur Poncet; d'autres exemples en sont fournis par M. X. Delore (4), en 1898; M. André (de Nancy) (5) l'étudie à son tour et la préconise, en 1899.

La section se fait d'ordinaire sur le bord convexe, d'un pôle à l'autre (*fig. 2*); elle ne doit pas se borner à ouvrir l'albuginée et à inciser la couche excentrique du parenchyme; il faut fendre le testicule *jusque dans l'épaisseur du corps d'Highmore*. On sait, en effet, et M. Pierre Delbet (6) l'a rappelé avec raison, que les granulations tuberculeuses sont souvent cantonnées, au début, dans le corps d'Highmore, et le long des vaisseaux qui s'épanouissent à ce niveau. Aussi se trouvera-t-on bien parfois de faire l'orchidotomie *sur le bord supérieur* (*fig. 3*).

Le corps testiculaire est-il occupé par de multiples et volumineux noyaux, ou semé de fines granulations dans toute son épaisseur, la castration s'impose : on en est quitte pour faire en deux temps l'opération. Mais, s'il n'existe qu'un noyau ou deux noyaux, bien isolés, bien encapsulés, ou un foyer de nodules suffisamment res-

(1) VILLENEUVE. Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu de Marseille (leçons; observations; statistique), I, 1888-89. Paris, 1891. — Épididymo-vésiculectomie dans la tuberculose testiculaire. (*Comptes rendus du vingtième Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, section des sciences médicales*, Marseille, 19 septembre 1891, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 389.)

(2) HUMBERT. Sur le traitement chirurgical de la tuberculose du testicule. (*Comptes rendus de la deuxième session du Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 30 juillet 1891, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 316.)

(3) DUPLAY. Traitement chirurgical de la tuberculose primitive du testicule. (*Comptes rendus du douzième Congrès international des sciences médicales, section de chirurgie*, Moscou, 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 315.)

(4) Pour l'historique, voir LONGUET. Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme. (*Rev. de chir.*, janv. 1900, p. 79.)

(5) LEJARS. Traitement de la tuberculose du testicule, *in* Leçons de chirurgie, faites à l'hôpital de la Pitié (1893-94), p. 402. Paris, 1895.
Voir aussi la thèse de notre élève DIMITRESCO. De l'épididymectomie partielle ou totale dans la tuberculose primitive du testicule. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(1) LEJARS. (*Loc. cit.*, p. 412.)

(2) O. LANZ. Castration oder Resektion der Nebenhoden bei Epididymitis tuberculosa? (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1900, LV, 5-6, p. 453.)

(3) CHASSIN. Les opérations économiques sur le testicule tuberculeux. (*Thèse de Lyon*, 1897.)

(4) X. DELORE. De l'orchidotomie, incision exploratrice du testicule et épididymectomie dans la tuberculose du testicule. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 12 juin 1898, p. 553.)

(5) ANDRÉ. De l'incision exploratrice du testicule tuberculeux. (*Bull. méd.*, 11 mars 1899.)
MONGEOT. Opérations conservatrices et orchidotomie dans la tuberculose testiculaire. (*Thèse de Nancy*, 1899.)

(6) PIERRE DELBET. Traitement de la tuberculose testiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 31 mai 1899, p. 567, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 197.)

treint, *l'excision* en sera pratiquée, au bistouri et aux ciseaux; on tranchera largement, en plein parenchyme, ou encore, si le noyau est superficiel, *on taillera en coin* le segment correspondant (*fig. 4*).

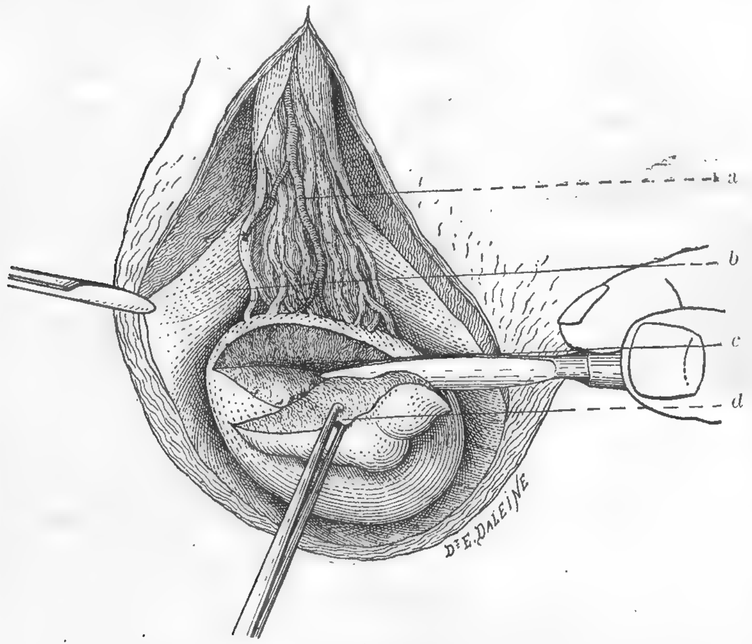


Fig. 4.

EXCISION EN COIN D'UN NOYAU TUBERCULEUX, SUR LE BORD SUPÉRIEUR DU CORPS TESTICULAIRE

a, artère spermatique; *b*, vaginale; *c*, parenchyme testiculaire, entaillé; *d*, le segment cunéiforme à exciser, maintenu par une pince et rabattu.

Le suintement sanguin qui succède à ces tailles testiculaires ne doit point alarmer : il s'arrête aisément par la suture de la coque fibreuse, et l'on fera bien de ne pas s'acharner à lier les artérioles friables, qui se déchirent sous la moindre pression.

On termine par la suture de l'albuginée, dont les deux lèvres sont régulièrement accolées, à la Lembert, par un surjet de catgut fin, ou simplement par une série de points séparés.

Cette orchidotomie exploratrice ne saurait passer pour un procédé de certitude absolue, et la tuberculose au début n'est parfois reconnaissable qu'au microscope. Cela n'est pas discutable; mais, en pratique, elle n'en donne pas moins des garanties sérieuses et suffisantes, dirons-nous, pour faire de l'épididymectomie, ainsi complétée, une opération rationnelle et recommandable (1).

III

Nous venons de voir que la castration s'impose parfois, au cours d'une intervention qu'on pensait limiter à l'excision épididymaire. Elle s'impose d'emblée dans un certain nombre d'autres cas, et, tout en défendant les opérations conservatrices, on ne saurait nier les indications de l'exérèse radicale. Il s'agit, cette fois, de l'*orchi-épididymite tuberculeuse*, que nous supposons, d'abord, *unilatérale*.

Voici un premier type clinique, où la castration nous semble tout indiquée : vous avez affaire à un homme, jeune encore, vigoureux, sans autre localisation tuberculeuse, et vous trouvez l'un des côtés du scrotum parsemé de fistules et d'abcès, un gros testicule, bosselé, noueux sur toute sa surface, et dans lequel on ne distingue plus le corps de l'épididyme; aucun doute ne saurait subsister, tout est pris, la tuberculose est ouverte, le scrotum envahi. Quelle place faire, ici, aux opérations conservatrices? Aurez-vous recours à la destruction ignée, que pratiquait Verneuil, et condamnerez-vous votre malade aux tourments, aux dangers d'une suppuration sans fin? J'ai dit que la tuberculose était unilatérale, que l'état général était bon, et j'ajoute même que l'existence d'un noyau prostatique ne contre-indiquerait pas le parti que je vais conseiller. Délivrez d'un coup votre malade, faites une *castration large et haute*, et vous lui aurez rendu le meilleur service, celui qu'il vous demande, du reste, presque toujours (1). L'âge lui-même ne crée pas d'obstacle absolu : j'ai enlevé tout récemment, par le procédé que je vais indiquer tout à l'heure, la moitié droite des bourses à un vieillard de quatre-vingt-cinq ans, très robuste, que la suppuration d'une orchite tuberculeuse ulcérée et les poussées lymphangitiques consécutives gênaient et affaiblissaient : il a guéri sans incident. Nous verrons plus loin que, même chez des tuberculeux avancés, la castration — toute palliative alors — pourrait être indiquée.

Elle exige, dans ces formes suppurées et fistuleuses, une technique un peu spéciale. Toute exploration préliminaire est inutile : le but, c'est d'*extirper en bloc toute la zone infectée*, en évitant d'inoculer la zone ambiante. Aussi la *castration en masse, par transfixion médio-scrotale* (*fig. 5*), est-elle alors le procédé de choix.

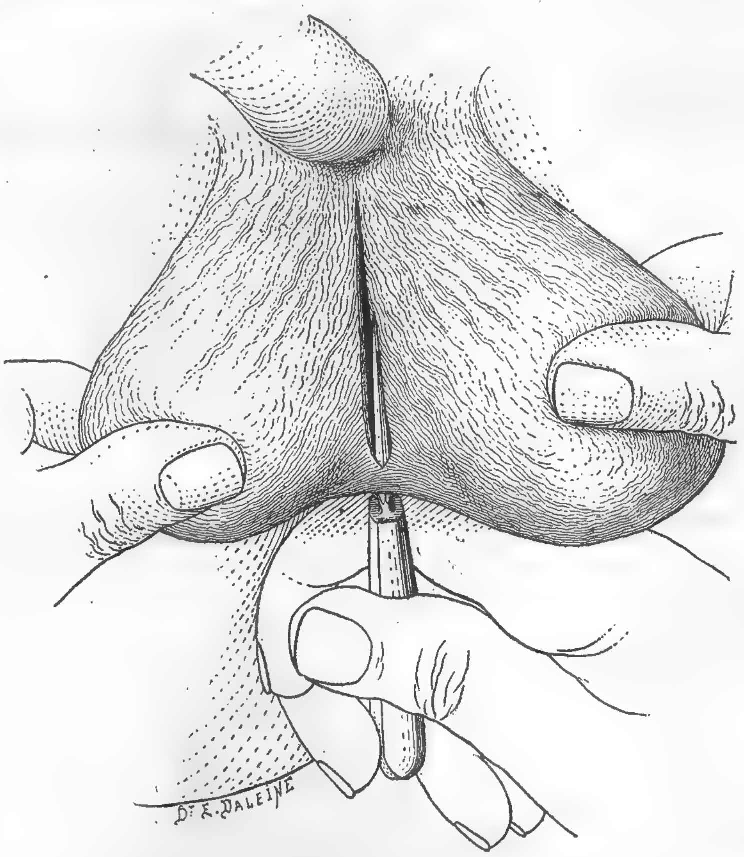


Fig. 5.

CASTRATION EN MASSE, PAR TRANSFIXION MÉDIO-SCROTALE

N'existe-t-il qu'une fistule ou un abcès sur la face externe ou antérieure des bourses, vous pourrez utiliser l'*incision en raquette*, dont la queue remonte haut sur le canal inguinal, et dont les deux branches circonscrivent largement le segment ulcéré du scrotum. On aura toujours soin de vider les trajets par la pression, avant de laver les bourses, de passer bien au delà des abcès ou des fistules, sans y toucher, et, la masse une fois détachée, de l'envelopper d'une compresse aseptique épaisse, pendant qu'on libère et poursuit le canal déférent. La section haute, et nous allons y revenir, est, en effet, toujours de rigueur.

Lorsque la tuberculose orchi-épididymaire est encore « crue » et fermée, la castration est aussi, d'emblée, le meilleur parti à prendre, dans ces *formes hypertrophiques* dont parlait M. Tuffier (1), où le testicule et l'épididyme sont confondus en une masse énorme qui ressemble à un sarcome; ou encore dans les *formes diffuses et rapides*, où la caséification et les abcès apparaissent dès la première semaine; et, comme l'a fait remarquer M. Félizet (2), ce dernier type est fréquent chez l'enfant.

Dans ces conditions, la meilleure technique consistera encore à faire la castration, *sans ouvrir la vaginale :* grâce à la mobilité conservée du scrotum, une incision élevée, à la racine des bourses, permet d'attirer et d'extraire, par cette voie, le testicule tout enveloppé.

Un point capital, c'est la *section haute du canal déférent.* Souvent, d'ailleurs, l'examen clinique en démontre la nécessité : on sent un chapelet de noyaux qui s'échelonnent le long du canal inguinal et remontent jusque dans le ventre. Alors même que le segment originel du canal déférent paraît seul épaissi et noueux, il sera de pratique sage d'en faire une excision aussi haute que possible, et M. le professeur Berger (3) a justement insisté sur ce complément nécessaire.

Dans ce but, l'incision est prolongée sur la paroi antérieure du canal inguinal jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, la paroi antérieure du canal est fendue : on isole le déférent d'avec les autres éléments du cordon, qui sont liés à part et sectionnés, puis on le poursuit, en décollant peu à peu le péritoine iliaque, le plus loin possible, et nous verrons dans un instant qu'on peut aller, de la sorte, jusqu'à la vésicule séminale. Il est enfin lié, sectionné, et sa tranche cautérisée.

M. von Büngner (4), qui préconise aussi la castration haute, pratique l'éradication du déférent par traction lente, jusqu'à rupture; on « amènerait » ainsi les quatre cinquièmes environ du canal. Bien que l'auteur n'ait jamais, dit-il, observé d'accidents, nous n'avons aucun

---

(1) Voir, à ce sujet, ALBERT. Gegen die Castration bei Tuberkulose des Nebenhodens (*Therapie der Gegenwart*, janv. 1900, p. 17.)

MURPHY. Tuberculosis of the testicle, with special consideration of its conservative treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10, 17 et 24 nov., 1er et 8 déc. 1900, p. 1187, 1276, 1346, 1407 et 1478.)

(1) Il convient de réserver une place au *fongus tuberculeux*. Qu'il s'agisse d'un *fongus superficiel*, c'est-à-dire de la protusion du testicule par une large ulcération des enveloppes, ou bien, fait plus rare, que la masse fongueuse herniée procède d'un foyer intra-parenchymateux, testiculaire ou épididymaire, la pratique sera celle-ci : décortiquer d'abord la glande, au bistouri et à la curette, en reconnaître l'état et les lésions; est-elle malade, la castration — en masse — devient tout indiquée; trouve-t-on le testicule simplement hernié, encore intact sous la croûte fongueuse qui l'enveloppait, on aura recours, après résection des enveloppes ulcérées, à la réfection d'une loge endo-scrotale, où l'on réduira l'organe. Voir RECLUS. Traitement de la tuberculose testiculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 10 mai 1899, p. 515, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 175.)

(1) TUFFIER. Traitement de la tuberculose testiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 3 mai 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 165.)

(2) FÉLIZET. Traitement de la tuberculose testiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 26 avril 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 158.)

(3) BERGER. Traitement de la tuberculose testiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 12 avril 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 143.)

(4) VON BÜNGNER. Zur Behandlung der Tuberculose der männlichen Geschlechtsorgane. (*Verhandlungen des 30. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 11 avril 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 125.)

désir d'expérimenter ce procédé, qui laisse le canal ouvert dans la profondeur, et qui expose à le rompre beaucoup plus près qu'on ne voudrait, au niveau d'un foyer fongueux.

Ces foyers fongueux et ramollis, déférentiels et péri-déférentiels, sont, du reste, très étendus parfois : chez un de nos derniers opérés, la fosse iliaque était occupée à sa partie inférieure par une épaisse masse fongueuse, au milieu de laquelle passait le déférent, et qui se prolongeait, en avant, derrière le pubis.

Cela nous amène à l'étude d'une éventualité plus complexe : avec l'orchi-épididymite, il existe, et vous constatez, de la *déférentite totale*, de la *vésiculite*, de la *prostatite*.

Rappelons tout d'abord que la présence de lésions profondes, prostato-vésiculaires, ne saurait être tenue pour une contre-indication de la castration, au moins sous la réserve que ces lésions soient d'extension moyenne et non suppurées. La suppression du foyer principal, testiculaire, exerce d'ordinaire une influence heureuse sur le foyer profond, qui souvent paraît enrayé, cesse de grossir, s'indure, s'amoindrit, et ces réactions à distance, dans le bon sens, ne sont pas très rares, du reste, dans l'histoire des tuberculoses.

Enfin, les lésions de la portion terminale du déférent, de la vésicule, de la prostate, ne sont nullement inaccessibles : elles ont fait l'objet d'opérations assez nombreuses, depuis le premier fait de M. Ullmann, en 1889 (1).

Sans entrer dans l'exposé d'une technique un peu complexe, et qui ne vaut que par les détails, nous rappellerons que deux voies principales ont été utilisées : *la voie basse ou périnéale — la voie haute ou inguinale*.

C'est par le périnée que MM. Roux (2), Weir (3), Guelliot (4), Baudet et Kendirdjy (5), ont été à la recherche de la vésicule, en se servant d'incisions diverses, para-rectales ou pré-rectales. Il semble bien que l'incision pré-rectale soit celle qui donne le meilleur jour et l'accès le plus direct sur la région prostato-vésiculaire : le trait passe transversalement au-devant de l'anus, et se prolonge, en s'incurvant, du côté de la vésicule à enlever; on sectionne le raphé ano-scrotal et les faisceaux antérieurs du releveur, puis on pénètre dans le tissu cellulaire pré-rectal, que l'on décolle de bas en haut jusqu'à ce qu'on ait atteint le « champ vésiculaire ». Il faut alors libérer la vésicule du feutrage musculo-aponévrotique qui l'engaine, et l'abaisser. On accroche avec le doigt l'anse terminale du canal déférent, on la décolle le plus haut possible et on la coupe; on s'en sert « pour abaisser l'aponévrose prostato-péritonéale et surtout pour la fixer ». Avec la sonde cannelée ou les ciseaux, on finit d'isoler la vésicule, de la faire basculer et de l'extraire. Elle ne tient plus que par le col, qui est sectionné, comme le recommandent MM. Baudet et Kendirdjy, en mordant en pleine prostate. Il reste à réparer, plans par plans, par une série de surjets, la brèche périnéale.

(1) Ullmann. Exstirpation tuberkulöser Samenbläschen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 22 fév. 1890, p. 139.)

(2) Roux. Excision de la vésicule séminale et du canal déférent, en totalité. (*Comptes rendus du cinquième Congrès français de chirurgie*, Paris, 3 avril 1891, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 143.)
— Mme de Béloséroff. Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité en cas de castration pour tuberculose primaire. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars 1899, p. 215.)

(3) R. Weir. Cases in genito-urinary surgery. II : double castration and complete extirpation of the vesiculæ seminales and vasa deferentia for tuberculosis. (*Med. Record*, 11 août 1894, p. 163.)

(4) O. Guelliot. Chirurgie des vésicules séminales. (*Presse méd.*, 20 avril 1898, p. 193.)

(5) Baudet et Kendirdjy. De l'ablation totale des voies génitales chez l'homme dans la tuberculose étendue de ces organes. (*Gaz. des hôpitaux*, 15 oct. 1898.) — Voir aussi A. Reyt. De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses. (*Thèse de Paris*, 1900.)

Tout récemment, MM. Baudet et Duval (1) ont montré que la voie haute, utilisée par M. Villeneuve en 1891, et peu fréquentée depuis, était, en réalité, fort praticable. Une incision inguino-funiculaire remonte jusqu'à deux doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure, le fascia transversalis est effondré, et le péritoine soigneusement décollé, avec le doigt, de la fosse iliaque. Ceci fait, un large écarteur refoule en dedans le péritoine et le paquet intestinal; alors seulement, on cherche le déférent, on le sépare des autres éléments du cordon, et, sans exercer aucune traction sur lui, on commence à le *disséquer*, d'avant en arrière, jusqu'à la saillie de la loge vésiculaire, « saillie transversale en forme de tente : ce sont les vaisseaux vésiculaires recouverts de leur aponévrose. C'est sur cette saillie vasculaire elle-même qu'il faut ouvrir l'aponévrose pour pénétrer dans la loge vésiculaire; avec la sonde cannelée, maniée transversalement, on rejette en avant et en arrière les bords antérieur et postérieur de ce feuillet aponévrotique ainsi ouvert. Le pédicule vasculaire (externe) apparaît à nu : il est pincé, coupé et lié facilement, malgré la profondeur. » La vésicule apparaît, sinueuse et blanchâtre; on en saisit le fond avec une pince de Kocher, et, par prises successives, on l'amène dans la plaie; il ne reste plus qu'à sectionner aux ciseaux courbes le col et le canal déférent. Sur 10 cadavres, MM. Baudet et Duval ont réussi constamment à réaliser, de la sorte, l'excision complète du déférent et de la vésicule; ils relatent, de plus, 2 opérations sur le vivant, l'une chez un enfant de deux ans et demi, l'autre chez un garçon de vingt ans.

Quel que soit l'avenir de ces interventions, elles doivent être tenues pour exceptionnelles. Elles ne semblent guère indiquées hors des cas où la tuberculose profonde a pris un grand développement et menace de suppurer; où la vésicule est grosse, bosselée, ramollie, saillante dans le rectum, qu'elle peut même obturer partiellement (fait de M. Routier); elles le sont aussi en présence de lésions suppurées et fistuleuses, et sous la réserve que l'état général soit encore « suffisant ». D'autre part, on ne saurait nier que, lors de tuberculose génitale unilatérale, chez un sujet jeune, indemne de toute autre localisation, il ne soit rationnel et séduisant « d'enlever tout le mal », en poussant jusqu'à la vésicule la dissection du canal déférent : sous ce rapport, la méthode inguinale, lorsqu'elle aura fait ses preuves, en clinique, pourra rendre des services et permettre des exérèses totales plus fréquentes.

IV

Jusqu'ici nous avons supposé que la tuberculose testiculaire était unilatérale : les décisions à prendre sont autrement complexes devant *la tuberculose testiculaire double*.

On la rencontre, en clinique, sous deux formes : elle est *simultanée* ou *successive*. Au moment où nous voyons le malade, les deux testicules sont pris, ou bien c'est à la suite d'une castration unilatérale, et à une échéance variable, que le testicule survivant est envahi à son tour. Pratiquement, la question se résume dans les mêmes termes : ce qui est en jeu, c'est la suppression totale de l'appareil testiculaire, l'émasculation.

Nous disions plus haut que la castration double, d'emblée ou successive, ne paraissait pas effrayer nos collègues allemands, pas plus que les accidents psychiques ultérieurs ne semblent les préoccuper. Sur les 115 faits de M. Haas (2), il y a 44 tuberculoses testiculaires doubles : 16 fois la castration bilatérale fut faite

(1) R. Baudet et P. Duval. Extirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale; technique opératoire. (*Rev. de chir.*, mars 1901, p. 395.)

(2) Haas. (*Loc. cit.*)

d'emblée, 19 fois successivement, et nous avons déjà noté les résultats lointains.

Quant à nous, sans proscrire définitivement une intervention qui peut, en certaines conditions, devenir une nécessité vitale, nous croyons que le sacrifice des deux testicules n'est jamais qu'une dernière ressource, et qu'il faut à tout prix l'éviter.

Nous venons de dire qu'il s'impose dans certaines formes. En voici un exemple. Un homme de trente-huit ans nous est envoyé avec deux énormes testicules, bosselés, ramollis par places; les douleurs sont très vives, contrairement à ce qui s'observe, d'ordinaire, dans la tuberculose génitale; le début des accidents ne semble remonter qu'à cinq ou six semaines, du moins les bourses n'ont commencé à devenir douloureuses et à grossir qu'à cette date toute rapprochée; le malade a maigri, il est pâle, sans appétit, sans forces, il a de la fièvre chaque soir. Pourtant, l'examen de la prostate et des vésicules ne révèle rien, et l'appareil urinaire paraît sain. Il fallait agir. J'ouvre la bourse droite, j'extrais le testicule, je le fends : il est farci dans toute son épaisseur, corps et épididyme, de noyaux caséeux et d'abcès; l'ablation totale est seule possible, je l'enlève. J'ouvre la bourse gauche; cette fois encore, je fends le testicule, espérant trouver quelque canton intact : même aspect, même envahissement total du parenchyme; il faut faire la castration double.

On se trouvera parfois, chez l'adulte et surtout chez l'adulte jeune, en présence de ces lésions irréparables et des sacrifices qu'elles commandent d'emblée, *pour sauver la vie*. Et chez l'enfant, ces formes bilatérales, massives, irréparables, sont relativement fréquentes : « Nous n'avons pas alors, écrit M. Félizet (1), à nous arrêter aux scrupules et aux mélancolies de la virilité compromise; nous savons comment le mal s'étend dans ces tissus tendres et imprégnables, que la nature en est souverainement dangereuse pour la vie et qu'il faut avant tout préserver l'organisme de l'infection. »

En dehors de ces indications forcées et immédiates, la méthode conservatrice, même et surtout dans la tuberculose testiculaire bilatérale d'emblée, trouvera de nombreuses occasions de s'exercer.

Voici une première et fréquente éventualité : l'*épididymite tuberculeuse double*. Les deux épididymes sont pris, souvent aussi les déférents à leur origine, mais le corps même des testicules conserve son volume, son « palper » et sa sensibilité, et, par la section, on ne constate que des lésions prostato-vésiculaires médiocres ou nulles. En pareille occurrence, le traitement médical, entendu comme nous le disions plus haut, pourra rendre des services, « si la nature s'y prête »; autrement, si les épididymes grossissent, s'abcèdent, deviennent douloureux, il faudra bien intervenir, avant que la diffusion du mal ne soit irréparable.

On fera l'*épididymectomie double*, combinée à la section haute des canaux déférents, et, s'il le faut, à l'excision partielle du corps testiculaire : opération complexe, moins radicale, moins satisfaisante, d'apparence, que l'exérèse totale et l'émasculation d'emblée, mais tout aussi rationnelle, si l'on veut bien réfléchir que la tuberculose et le cancer sont d'évolution essentiellement différente et qu'on ne saurait traiter l'une comme l'autre. — Ailleurs, l'état du corps testiculaire, révélé par l'incision exploratrice, commandera la castration d'un côté; de l'autre, on s'efforcera de conserver tout au moins un segment testiculaire, pauvre organe, sans doute, voué souvent à la sclérose, mais qui, sous cette forme de noyau fibreux, vaudra mieux encore, je pense, qu'un corps inerte, de soie ou d'aluminium, glissé subrepticement dans la bourse vide et destiné à « figurer » le

(1) Félizet. (*Loc. cit.*, p. 465.)

testicule (1). Croit-on que le castré s'y trompe souvent?

Et ce que nous venons de dire s'applique aux interventions secondaires que nécessite trop souvent la récidive dans le testicule survivant. Qu'on retarde le plus possible, si l'état général le permet, si la cure hygiénique est applicable et appliquée, une seconde mutilation qui peut devenir complète, cela se conçoit et la pratique est sage; mais il y a une limite, un terme au delà duquel le mal, qui ne cède pas, va devenir irrémédiable, et, pour ne rien enlever, on s'expose à être contraint d'enlever tout.

C'est surtout dans les faits de ce genre, chez les jeunes, où la conservation doit être, croyons-nous, poussée à outrance, que nous utiliserions volontiers, pour notre part, les *ligatures en masse du cordon spermatique*, préconisées par M. Mauclaire (2). Ce chirurgien a montré que la nécrose du testicule ne suit pas fatalement ces ligatures totales du cordon, et que, dans un certain nombre de cas, le testicule et l'épididyme tuberculeux s'atrophient dans les mois qui suivent; ils deviennent « durs, insensibles » et paraissent se réduire et se scléroser. Les résultats éloignés ne sont pas encore bien nombreux, et malheureusement « les bons résultats, c'est-à-dire l'atrophie pure et simple de toute la masse génitale infectée, s'obtiennent surtout, nous dit M. Mauclaire, quand la tuberculose n'est pas fistuleuse ou suppurée ».

Or, les abcès et les fistules sont d'observation courante dans ces tuberculoses testiculaires doubles d'emblée ou récidivées, et ceci nous conduit à ces *formes extrêmes*, où l'état local et général est tel que l'action chirurgicale ne saurait plus être que palliative et temporaire.

Ici encore, il convient cependant de distinguer une double éventualité. Chez un phtisique, à un stade avancé et incurable de la maladie, une orchite tuberculeuse survient, orchite secondaire, qui suppure vite, qui se fistulise et qui, par les douleurs, par les infections locales qu'elle entraîne, devient une très notable « aggravation de peine ». Pourquoi refuser systématiquement à ce malheureux un soulagement, précaire, sans doute, mais qui, pour lui, aura son prix et qui rendra moins pénibles ses derniers mois? Ce sont des opérations de bienfaisance, opérations aussi courtes, aussi peu agressives que possible, qui ne font pas d'honneur au chirurgien, mais qui font du bien au malade. Une castration en masse est vite faite, et la cocaïne suffit. J'ai enlevé, de la sorte, tout récemment, le testicule droit à un pauvre garçon, condamné sans appel, mais qui ne souffrait que de son testicule, et qui maintenant vivra tranquille ses derniers jours.

D'autres fois, la situation générale n'est nullement désespérée, mais les lésions locales sont au-dessus de toute ressource : l'appareil génito-urinaire est envahi dans sa totalité, le scrotum, le périnée, les plis inguinaux parsemés de fistules et d'ulcères, la prostate, la vessie, les reins eux-mêmes sont malades. Ici encore, l'action chirurgicale est toute bornée et souvent nulle; pourtant nous ne devons pas abdiquer d'emblée, et certaines survies inespérées, certaines améliorations prolongées sont là pour en témoigner. C'est surtout en pareil cas, sur ces bourses trouées en écumoires et bourrées de fongosités, que la destruction ignée semble offrir des avantages; pour nous, elle n'en a aucun sur le bistouri et la curette, et les applications que nous en avons vu faire autrefois ne nous ont pas laissé d'autre conviction.

Ainsi — et ce sera le résumé de cette longue étude — la chirurgie trouve à s'exercer utilement dans toutes les formes de la tuberculose testiculaire, sous la réserve qu'elle soit guidée par la claire notion de l'*évolution de la tuberculose* et de la *résistance vitale*, facteur essentiel des guérisons, et qu'elle soit *active* pour être *conservatrice*. Poser ces principes, c'est fermer la porte aux doctrines exclusives et aux opérations systématiques; c'est l'ouvrir plus grande à la thérapeutique sage, rationnelle et bienfaisante.

Dr F. LEJARS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Ce qu'on appelle, d'un nom un peu prétentieux, la prothèse testiculaire pourra, d'ailleurs, rendre quelques services, dans les cas où toute conservation est impossible; je rappelle seulement les faits de MM. Tuffier, Humbert, Hermance, R. Weir, Guelliot, Carlier, etc. Voir, à ce sujet, F. VOUILLAC. Etude sur la prothèse testiculaire. (*Thèse de Paris*, 1899.)

On a employé les substances les plus diverses pour ces testicules artificiels : l'aluminium a l'avantage de la légèreté, mais le pseudo-testicule en soie tressée avec cavité centrale, que M. Loumeau a fait construire, est d'une consistance plus « naturelle » et serait plus « suggestif ».

(2) MAUCLAIRE. Traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, avril 1900, p. 356.) — Résultats éloignés du traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par les ligatures ou les sections du cordon spermatique ou la funiculotripsie. (*Comptes rendus du treizième Congrès international des sciences médicales, section de chirurgie générale*; Paris, 1900, p. 399, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 305.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 janvier 1902.

De l'emploi de la gélatine contre les troubles résultant du défaut de plasticité du sang.

M. Lombard lit, au nom de M. Laffont et au sien, une note d'après laquelle la glycosurie, l'albuminurie, l'hémophilie, etc. reconnaissent pour cause une variation dans les propriétés cryoscopiques du sang. Cette variation entraîne à la longue des altérations du foie, des reins et des capillaires; mais celles-ci peuvent disparaître, d'après l'orateur, si l'on ramène à la normale la plasticité sanguine. Le moyen qui lui a paru le plus efficace pour obtenir ce résultat consiste à prescrire aux malades, par la voie gastrique, de la gélatine en solution dans l'eau, à la dose de 15 grammes par jour.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 décembre 1901.

Action des courants de haute fréquence en application directe sur les animaux.

MM. H. Bordier et Lecomte. — Les courants de haute fréquence appliqués directement chez l'homme ne sont accompagnés d'aucune sensation, ce que l'on a voulu expliquer en admettant que ces courants s'écoulent à la surface du corps sans pénétrer dans l'intérieur des tissus. Nos expériences nous permettent d'infirmer cette hypothèse, car nous avons réussi à tuer des animaux (lapins, cobayes, rats) en appliquant directement les courants en question, soit au moyen de deux colliers métalliques, placés l'un autour du cou, l'autre autour de l'abdomen — et alors la mort ne survient qu'au bout de quelques jours après des phénomènes de paraplégie —, soit en introduisant une électrode dans la bouche et l'autre dans le rectum; avec ce dernier dispositif, un lapin fut tué en quinze minutes, un cobaye en sept minutes, un rat en quarante secondes.

Ces résultats, que l'on peut attribuer à un effet d'inhibition sur les centres nerveux, confirment ceux de M. d'Arsonval; on peut aussi les rapprocher de ceux qu'a obtenus récemment M. Jellinek (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 422).

M. d'Arsonval. — J'ai pu, en effet, constater sur les animaux des faits semblables à ceux que nous communiquent MM. Bordier et Lecomte. C'est, d'ailleurs, une erreur de croire que les courants de haute fréquence ne peuvent produire, chez l'homme, ni contractions ni douleurs; la tolérance de l'organisme pour les courants alternatifs augmente, il est vrai, dans des proportions considérables quand la fréquence de ces courants augmente elle-même, mais il y a une limite à cette tolérance. Il faut éviter ces effets convulsifs ou douloureux; quand ils se produisent, cela tient soit à ce que le courant est trop dense pour la fréquence employée, soit à ce que l'appareil est mal réglé.

Sur les causes déterminantes de la formation des organes visuels.

M. A. Pizon adresse une note d'où il résulte que le phénomène initial, dans la formation des organes visuels, serait une accumulation de pigments en certains points de l'épiderme; ces granulations pigmentaires, grâce à leur pouvoir absorbant, détermineraient l'arrivée d'un faisceau lumineux plus intense qu'ailleurs, lequel, par une irritation particulière sur les tissus qu'il traverse, produirait sur ceux-ci des modifications variables (épaississement, prolifération, transparence) aboutissant à la formation d'un milieu réfringent plus ou moins parfait. Cet appareil réfringent une fois constitué donne forcément une image et dès lors, pour que les fonctions visuelles se trouvent assurées, il suffit que cette image soit reçue par des cellules nerveuses aptes à la transmettre au *sensorium*; or, de tels éléments existent dans tout le tégument.

En résumé, le phénomène de la vision serait tout simplement la conséquence de l'accumulation de granules pigmentaires en certains points de la surface du corps, et du pouvoir absorbant de ces granules pour les rayons lumineux.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Dermographisme chez des épileptiques atteints d'helminthiase intestinale, par M. LANNOIS.

La névrose comitiale se traduit assez souvent par des symptômes cutanés, dont un des plus fréquents est le dermographisme; ce trouble vasomoteur se rencontre, d'ailleurs, dans un grand nombre d'états morbides fort divers, ce qui lui enlève une bonne part de son intérêt. Dans le présent travail, M. Lannois formule, quant à la pathogénie de cet accident, une hypothèse qui, si elle se trouvait confirmée, donnerait au dermographisme une signification toute nouvelle et d'une certaine importance.

Il a eu, en effet, l'occasion d'observer deux femmes épileptiques, présentant toutes les deux un dermographisme des plus manifestes, puisque les lettres tracées sur la peau au moyen d'un corps mousse persistaient plusieurs heures, au point de pouvoir être photographiées. Chez l'une de ces malades, les crises comitiales avaient apparu à l'âge de vingt-quatre ans seulement, sans cause appréciable; chez l'autre, fille d'un épileptique et syphilitique elle-même, elles dataient de la puberté. Or, la première de ces femmes, qui avait remarqué son dermographisme dès sa treizième année, avait toujours été infestée par des oxyures dont on ne parvint pas, d'ailleurs, à la débarrasser complètement; et la seconde avait depuis deux ans un tænia quand elle s'aperçut qu'elle était devenue fortement dermographique.

Se basant sur ces faits, l'auteur est porté à considérer le dermographisme comme la résultante de deux facteurs : d'une part, l'état particulier du système nerveux; de l'autre, les toxines sécrétées par les vers intestinaux, dont l'action serait d'autant plus énergique qu'elle s'exercerait sur un système nerveux prédisposé. Ce qui paraît confirmer cette manière de voir, c'est que, chez la première des malades dont nous venons de résumer les observations, le dermographisme s'atténua, ainsi que les crises convulsives elles-mêmes, sous l'influence du traitement vermifuge. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin 1901.) — F. F.

Essai de traitement du croup par la paracentèse de la trachée, par M. PÉCHADRE.

Etant données, d'une part, les difficultés que présente pour un praticien isolé l'opération de la trachéotomie; le tubage, d'autre part, ne pouvant être fait que sur des malades soumis à une surveillance médicale continuelle, comme c'est le cas à l'hôpital, M. Péchadre propose de substituer à ces deux interventions un moyen plus simple et remplissant le même but, c'est-à-dire permettant l'accès de l'air jusque dans les poumons. Ce moyen consiste à faire une ponction intercrico-thyroïdienne avec un trocart de 1 millimètre à 1 millim. 1/2 de diamètre, ayant

la courbure des canules ordinaires de trachéotomie, et dont la propre canule est munie, à 2 millimètres environ de son extrémité, de deux ouvertures latérales; une fois en place, cette canule est reliée, par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc, à un ballon à oxygène que l'on charge de poids, de façon qu'il se dégonfle progressivement.

L'auteur a eu jusqu'ici l'occasion d'employer ce procédé deux fois seulement. Dans le premier cas, il s'agissait d'une fillette de quatre ans qui fut opérée de la sorte au quatrième jour, alors qu'une dyspnée intense avec crises de suffocation existait depuis seize heures environ; cette enfant ne succomba que plus de vingt-quatre heures plus tard, après une « amélioration surprenante ». La seconde observation concerne un garçonnet de cinq ans et demi, chez lequel la paracentèse fut pratiquée le troisième jour de la maladie; la situation était très grave, bien que le traitement sérothérapique eût été institué dès la veille; quelques minutes déjà après l'intervention, il se produisit une amélioration marquée, et le petit malade finit par guérir.

Comme l'arrivée dans les bronches d'oxygène sous une pression un peu considérable est parfois mal supportée, il y a lieu de ne pas charger le ballon de poids trop lourds; il serait encore préférable d'employer des récipients dont on pût facilement régler le débit. (*Arch. de méd. des enfants*, septembre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ANGLAISES

De l'étiologie de l'alopécie, par M. D. L. Parker.

Le présent mémoire tend à démontrer que l'alopécie dite idiopathique se trouve, en réalité, liée à une auto-intoxication de l'organisme par un poison provenant de l'air non exhalé par le poumon; cet agent toxique, absorbé par le sang au niveau des alvéoles pulmonaires, manifesterait son action surtout en compromettant la vitalité du système pileux. A l'appui de cette interprétation pathogénique, l'auteur invoque un certain nombre de considérations théoriques, ainsi que les résultats d'une série d'expériences qu'il a instituées sur des animaux en vue d'obtenir chez eux une alopécie artificielle.

La fréquence de l'alopécie parmi les gens qui mènent une vie sédentaire semble particulièrement militer en faveur de la théorie de M. Parker, l'amplitude des mouvements respiratoires se trouvant, chez ces individus, considérablement diminuée non seulement par suite du manque d'exercice, mais encore en raison de l'affaiblissement des muscles élévateurs des côtes supérieures (scalènes), provoqué par l'habitude de se tenir, pendant le travail, la tête penchée en avant. La calvitie en quelque sorte physiologique qui se manifeste avec les progrès de l'âge, serait, d'après l'auteur, également la conséquence de l'insuffisance respiratoire liée aux altérations dégénératives des articulations sterno-costales et du système musculaire. D'autres arguments théoriques sont encore développés par M. Parker, mais, le principal intérêt de son travail résidant dans les expériences qu'il a instituées en vue de vérifier l'hypothèse ci-dessus énoncée, nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur la première partie du mémoire en question.

Les recherches expérimentales entreprises par M. Parker ont consisté à injecter dans le sang des animaux une certaine quantité d'air vicié ayant séjourné dans un poumon humain. A cet effet, on procédait de la façon que voici : un homme d'âge moyen, atteint depuis longtemps d'alopécie, était placé dans un cabinet pneumatique. L'air exhalé était reçu dans un sac en caoutchouc, d'où on le faisait ensuite passer par pression dans un flacon à double tubulure pouvant contenir un peu plus de 2 litres de liquide et rempli, après stérilisation, d'eau distillée tiède. L'opération était continuée jusqu'à ce que le niveau de l'eau distillée fût à 5 centimètres au-dessus du fond du flacon. Ceci fait, on bouchait le récipient et on le plaçait dans une étuve dont la température était maintenue à 37°, de façon à se rapprocher autant que possible des conditions de chaleur et d'humidité dans lesquelles se trouve l'air résidual du poumon.

Après avoir laissé séjourner le mélange d'air respiré et d'eau distillée dans l'étuve durant dix jours, M. Parker procéda aux premières injections. Ayant fortement agité le flacon de manière à faire entraîner par l'eau distillée les substances qui pouvaient encore se trouver dans l'air, il injecta 5 c.c. de liquide à la région interscapulaire d'un fox-terrier et autant en différents points de l'abdomen d'une poule; ces injections furent répétées tous les jours. Au bout de deux semaines on constata, au milieu de la partie postérieure de l'abdomen du chien, la présence d'une bande de peau dénudée, mesurant la largeur du médius; chez la poule, il existait au même niveau une plaque nue de la largeur de la main. Les injections ayant été continuées, les bandes d'alopécie ne firent que s'étendre, à tel point que, dans l'espace d'environ sept semaines, l'abdomen des animaux en expérience se dénuda complètement, en même temps que des plaques irrégulières de peau nue, disposées symétriquement, faisaient leur apparition sur les deux côtés. On suspendit alors les injections, et les animaux reprirent lentement, l'un son poil et l'autre son plumage. Toutefois, plus d'un mois après la dernière injection, la poule présentait encore, sur l'abdomen, comme une sorte de « rapiécement » correspondant à la partie par laquelle avait débuté le processus de dénudation.

Bien que les deux animaux en question n'eussent manifesté, pendant toute la durée de l'expérience, aucun trouble de la santé, on pouvait cependant se demander si des injections de n'importe quelle substance, répétées tous les jours pendant une période de temps assez longue, n'étaient pas capables de produire, par elles-mêmes, des désordres nutritifs ou nerveux assez accentués pour donner lieu à l'alopécie. Afin de répondre à cette objection, l'auteur institua une nouvelle série d'expériences sur un fox-terrier, cinq poules et cinq pigeons. Le chien reçut chaque jour une injection d'eau distillée renfermée dans un flacon contenant de l'air exhalé par un homme qui n'était pas atteint d'alopécie; les résultats furent les mêmes que dans les expériences de la première catégorie. Pour les pigeons et les poules, on fit des recherches comparatives avec de l'eau distillée, de l'air atmosphérique, de l'air fraîchement exhalé par un homme et, enfin, avec de l'air vicié provenant tantôt d'un homme chauve, tantôt d'un sujet qui ne l'était pas. Les résultats furent ici encore très probants, l'alopécie ne se montrant qu'à la suite des injections de liquides soumis à l'action de l'air vicié, et faisant, au contraire, complètement défaut chez les animaux témoins. Aussi M. Parker se croit-il autorisé à conclure que l'air respiré par les poumons humains — soumis à l'influence de la chaleur et de l'humidité pendant un laps de temps assez long pour qu'il puisse y avoir décomposition de la matière organique — donne naissance à une substance qui, introduite dans le sang des animaux, exerce une action toxique élective sur leur système pileux. Cette substance, que l'auteur désigne sous le nom de *trichotoxicon* et qui se formerait également dans le poumon même toutes les fois que la respiration est d'une amplitude insuffisante, serait l'agent spécifique de l'alopécie essentielle. (*Med. Record*, 13 juillet 1901.) — L. CH.

Deux cas de grossesse après ventrofixation; rupture de l'utérus dans l'un, opération césarienne dans l'autre, par M. Robert L. Dickinson.

Les deux faits relatés dans le présent travail prouvent que, dans le cas d'adhérences solides et étendues de l'utérus à la paroi abdominale, la grossesse peut devenir l'occasion des plus graves complications.

Le premier se réfère à une multipare, atteinte d'un prolapsus grave ayant nécessité en fin de compte une ventrofixation. Cette femme étant redevenue enceinte, on dut, pour la délivrer, recourir à la version et peut-être à l'embryotomie; il s'ensuivit une péritonite mortelle. A l'autopsie, on trouva une vaste déchirure latérale, s'étendant de la corne utérine droite à l'orifice externe; la face antérieure de l'utérus, soudée presque entièrement à la paroi abdominale, avait 5 centimètres d'épaisseur; la postérieure était très amincie.

Le second cas concerne une primipare, maigre et chétive, dont la ventrofixation remontait à quatre ans. Au palper, rendu très aisé par l'extrême minceur des téguments, l'utérus semblait avoir subi une rotation de droite à gauche, en sorte que les annexes droites étaient aisément perçues sous la paroi abdominale antérieure, l'ovaire étant situé tout près du fond de l'utérus. Du côté gauche, la palpation réveillait une vive sensibilité, qui ne permit pas une exploration détaillée.

Le terme étant dépassé et le travail ne s'effectuant qu'avec lenteur, on endormit la malade pour l'examiner plus complètement; on s'aperçut ainsi que l'ovaire gauche siégeait tout auprès de l'arcade de Fallope du même côté; une masse dure, cicatricielle, occupait la ligne médiane. Au toucher, on retrouvait cette même masse dure, correspondant à la portion antérieure du segment inférieur de l'utérus dont la paroi mesurait bien, à ce niveau, 4 centimètres d'épaisseur; le col était remonté en haut et en arrière et regardait la première vertèbre sacrée. La main une fois dans le vagin, l'index pouvait pénétrer dans le col, où il rencontrait un canal cervical d'une longueur telle que, même à la hauteur de la première vertèbre lombaire, la pulpe n'arrivait pas encore dans la cavité utérine. La portion utérine fixée par la ventrofixation n'avait donc subi aucune ampliation et l'accroissement de l'utérus s'était produit en entier aux dépens de la face postérieure, d'où l'ascension et la rétroversion du col utérin.

L'accouchement naturel paraissant impossible, l'opération césarienne fut pratiquée; elle permit d'extraire deux jumeaux vivants, mais, douze heures après, la patiente succombait au shock. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1901.) — R. DE B.

Le traitement opératoire de la cirrhose du foie, par M. Charles H. Frazier.

L'incertitude qui entoure encore les indications opératoires en cas de cirrhose du foie donne un certain intérêt à l'observation contenue dans le travail de M. Frazier.

Elle concerne un homme d'une quarantaine d'années, syphilitique et alcoolique, atteint de cirrhose atrophique du foie avec ascite; le cœur était hypertrophié et l'on percevait un souffle systolique dans toute la région précordiale.

L'ascite se reproduisant toujours, en dépit de ponctions répétées, on fit une laparotomie. L'abdomen une fois ouvert, le péritoine pariétal fut vigoureusement frotté avec un tampon de gaze et l'épiploon fut suturé à la paroi abdominale sur une étendue de 7 à 8 centimètres de chaque côté de la ligne blanche; le ventre fut refermé sans drainage.

Les suites opératoires furent bonnes, mais au troisième et au trente-sixième jour, il fallut faire deux nouvelles ponctions, l'épanchement s'étant reformé : la première ramena un peu plus de neuf litres de sérosité; la seconde n'en fournit plus que deux litres et demi, et, depuis lors, le liquide n'a plus reparu. Trois mois après l'intervention, l'état du malade était très satisfaisant.

L'auteur pense que la dégénérescence du myocarde n'est pas une contre-indication à l'opération; on en est quitte pour recourir à la cocaïne; chez son malade, cependant, les manipulations péritonéales ayant éveillé de vives douleurs, il fallut employer l'éther. L'intervention semble devoir être réservée aux cas de cirrhose atrophique; elle ne donne de succès qu'autant que la cellule hépatique a gardé une vitalité suffisante. (*Ann. of Surgery*, juin 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Pathogénie de l'ulcère chronique de l'estomac, par M. W. Van Ijzeren.

On n'avait pas encore pu reproduire expérimentalement des ulcères de l'estomac offrant les caractères qu'ils ont chez l'homme, à savoir l'unicité, la chronicité et la localisation à la région pylorique. M. Van Ijzeren vient d'y parvenir, en sectionnant, chez le lapin, les nerfs vagues au-dessous du diaphragme.

Cette section détermina, après une parésie légère, un état de contracture plus ou moins continue de la musculature gastrique; puis, au bout d'un temps qui varia de une à trois se-

maines, on vit 10 fois sur 20 survenir un ulcère sans tendances à la guérison, généralement simple (8 fois sur 10) et occupant la région pylorique au voisinage de la petite courbure. L'examen du contenu de l'estomac, pratiqué dès que les animaux avaient été sacrifiés, ne montrait pas une hyperacidité notable ni constante; l'ulcère semblait dû à la nécrose de la muqueuse.

Dans un but prophylactique, l'auteur pratiqua chez d'autres lapins, aussitôt après la section des pneumogastriques, soit l'incision de la couche musculaire de la région pylorique, soit une gastro-entérostomie. La première de ces opérations prévint la formation d'un ulcère 11 fois sur 12; la seconde y réussit chez 4 des 5 animaux (sur 15) ayant survécu à l'opération. Il est à remarquer que l'une et l'autre de ces interventions faisaient disparaître en grande partie la contracture de l'estomac.

L'expérimentation permet donc d'attribuer à la contracture musculaire la production de l'ulcère. Le spasme amène sans doute l'oblitération des vaisseaux et, par suite, la nécrose de la muqueuse. Ce spasme, d'après les expériences de M. Van Ijzeren, serait dû aux réflexes produits par le passage des aliments à travers le duodénum et de là dans l'intestin; les effets souvent heureux de la gastro-entérostomie en seraient une preuve indirecte.

A la vérité, il est absolument anormal que la section d'un nerf périphérique détermine une contracture. Mais on peut s'expliquer ce paradoxe, en ce qui concerne le pneumogastrique, en se rappelant que les fibres nerveuses allant au muscle gastrique traversent des cellules ganglionnaires; le nerf vague jouerait ainsi le rôle d'un neurone secondaire.

La théorie pathogénique émise par l'auteur est applicable à l'homme : la clinique montre, en effet, que les malades porteurs d'ulcère offrent souvent du spasme gastro-pylorique; les causes ne manquent pas pour expliquer cette contracture : il suffit d'un réflexe quelconque parti des organes abdominaux ou de l'estomac.

La gastro-entérostomie ou la pyloroplastie étant bien loin de donner des succès constants, M. Van Ijzeren conseille de recourir au procédé qui lui a le mieux réussi dans la prophylaxie de ses ulcères expérimentaux : l'incision, parallèle à l'axe pylorique, des fibres musculaires du pylore; cette incision doit s'arrêter à la *muscularis mucosæ*. Cette intervention, chez le lapin, n'a eu aucun inconvénient. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 août 1901.) — R. DE B.

Ouraques demeurés ou redevenus perméables, par M. J. A. Roorda Smit.

Il ne nous paraît pas sans intérêt de signaler les trois observations contenues dans le présent travail, l'issue d'urine par un ouraque demeuré ou redevenu perméable étant un fait rare.

La première concerne un homme de cinquante-huit ans, atteint de rétention urinaire par rétrécissement imperméable de l'urèthre. En examinant le malade, on s'aperçut que l'ombilic était humide; un petit tampon d'ouate y fut appliqué et le liquide qui l'imprégna bientôt fut reconnu, à l'examen chimique, pour être de l'urine. La fistule s'oblitéra spontanément après qu'on eut rétabli la perméabilité de l'urèthre.

La seconde a trait à une jeune fille de dix-sept ans, qui perdait par le nombril ses urines et de plus, au moment des règles, un peu de sang. Elle fut opérée par M. le professeur Piccinini qui, ayant incisé l'ouverture ombilicale, aviva l'ouraque et en ferma l'extrémité par une suture en bourse; la guérison, obtenue d'emblée, fut durable.

Dans la troisième, il s'agit d'un enfant d'un an et demi, présentant un phimosis à peine perméable; les urines s'accumulaient entre le gland et le prépuce, énormément distendu; en outre, la vessie, volumineuse, s'élevait jusqu'au nombril, refoulant à droite et à gauche les muscles droits que séparait un intervalle de 5 centimètres. L'ombilic, humide, eczémateux, dégageait une forte odeur ammoniacale, et l'examen chimique du liquide qui en suintait démontra qu'on avait affaire à une fistule urinaire. La gravité et l'ancienneté des lésions permettaient d'attribuer à cette fistule une origine congénitale. Dans l'espoir que le trajet s'oblitérerait spontanément, M. Roorda Smit fit d'abord une circoncision, qui fut très laborieuse en raison des adhérences. Mais, au bout de quatre mois, la fistule ne s'était point tarie, bien que la miction fût normale et que les muscles droits ne fussent plus distants que de 1 centim. 1/2. L'auteur se résolut alors à ouvrir l'abdomen, à disséquer l'ouraque et à clore son extrémité vésicale par une suture en bourse; le moignon fut fixé à la peau. Six jours après l'opération, le pansement contenait un peu d'urine, mais, deux semaines plus tard, tout suintement avait cessé, et la guérison s'est maintenue depuis lors. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 septembre 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Valeur thérapeutique des rayons de Röntgen dans les dermatoses.

Deux médecins de Stockholm, MM. les docteurs T. Sjögren, et E. Sederholm, docent de dermatologie et syphiligraphie à l'Institut médico-chirurgical Caroline, ont traité par la radiothérapie 76 malades atteints de dermatoses diverses; les séances, journalières, duraient de dix à quinze minutes, l'anticathode étant placée de 12 à 18 centimètres de la peau et l'intensité du courant dans le circuit primaire variant de 2 ampères à 2 ampères 1/2. Les conclusions auxquelles ils sont arrivés sont les suivantes :

Les rayons X n'agissent que lentement sur les nodules du lupus vulgaire; il y a donc tout avantage à leur associer, dans cette affection, la galvanopuncture des nodules : les résultats de cette méthode mixte sont très satisfaisants, puisque, sur 27 cas, MM. Sjögren et Sederholm ont obtenu 18 guérisons complètes, dont quelques-unes remontent déjà à quinze ou seize mois; ce n'est que dans 2 cas que l'insuccès fut absolu. D'un sujet à l'autre on observe, d'ailleurs, les plus grandes variations : tel est déjà guéri après quelques séances, alors que tel autre a besoin de 200 ou 250 séances. Nos confrères suédois pensent, cependant, que la méthode de Finsen est supérieure à celle qu'ils ont expérimentée.

Le lupus érythémateux, dont la statistique de MM. Sjögren et Sederholm comprend 6 cas, paraît peu sensible à l'action des rayons de Röntgen. Par contre, dans 5 faits de tuberculides, les résultats obtenus furent excellents. De même, 11 malades atteints d'eczéma chronique guérirent au bout d'un nombre restreint de séances (une quinzaine en moyenne). Comme la disparition rapide des démangeaisons fut sans doute ici un des facteurs du succès, nos confrères employèrent également la radiothérapie — et avec d'aussi bons résultats — chez 4 femmes présentant du prurit ano-vulvaire. Dans 2 cas de psoriasis, l'échec fut complet. L'acné et certains ulcères mal définis, peut-être tuberculeux, semblèrent guérir ou s'améliorer sous l'influence des rayons X. En ce qui concerne l'hypertrichose, dont MM. Sjögren et Sederholm ont traité 11 cas, l'action épilatoire du traitement était facile à prévoir; mais les récidives sont fréquentes et parfois les poils semblent repousser plus nombreux et plus vigoureux; il est vrai que de nouvelles séances en viennent à bout, et qu'à la longue on peut espérer une guérison définitive. Enfin, 5 sujets atteints d'ulcus rodens ou épithélioma vulgaire de la face guérirent tous; les récidives sont à craindre, mais elles seraient justiciables du même traitement.

Traitement des sténoses des voies lacrymales chez les petits enfants.

Les traités d'ophtalmologie ne donnant habituellement aucune indication spéciale sur le traitement des rétrécissements des voies lacrymales chez les jeunes enfants, il est permis de supposer que, dans la plupart des cas, les sténoses en question sont traitées toujours de la même manière, quel que soit l'âge du patient. Une enquête à laquelle s'est livré M. le docteur Dunbar Roy, professeur de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique à l'Atlanta College of Physicians and Surgeons, auprès d'un certain nombre d'oculistes américains, n'a fait que confirmer cette supposition, en montrant que les enfants en bas âge atteints de rétrécissements des voies lacrymales sont d'ordinaire soumis aux mêmes procédés thérapeutiques que les adultes. Or, comme le fait judicieusement remarquer notre confrère, cette pratique n'est pas sans inconvénients, parce que le cathétérisme du canal nasal et la section du conduit lacrymal, pratiqués chez les petits enfants, sont loin d'être inoffensifs et peuvent entraîner des désordres plus ou moins graves. D'autre part, les moyens simplement palliatifs suffiraient, en général, pour amener la guérison en pareille occurrence. C'est ainsi que, chez 6 bébés que M. Roy a eu l'occasion de traiter pour des sténoses lacrymales, il a pu obtenir d'excellents résultats par l'emploi systématique, pendant plusieurs semaines, de lotions astringentes (au sulfate de zinc) de la conjonctive, associées au massage du sac lacrymal, sans qu'il fût jamais nécessaire de recourir à l'usage des sondes ou de fendre le point ou le canalicule lacrymal. Notre confrère admet que, dans quelques circonstances exceptionnelles, on soit obligé de procéder à la dilatation des conduits lacrymaux, mais il estime qu'il ne faut, en aucun cas, les sectionner, cette opération ayant pour résultat d'entraver à tout jamais le fonctionnement des fibres musculaires qui s'insèrent autour des points lacrymaux.

Ajoutons que M. Roy recommande de veiller particulièrement à ce que les fosses nasales ne soient pas obstruées par des mucosités, l'épiphora chez les petits enfants ne reconnaissant souvent pas d'autre cause que l'obstruction habituelle du nez.

Un procédé simple de cure radicale des hémorrhoïdes.

Peu satisfait des procédés habituels de traitement des hémorrhoïdes (ligature, ignipuncture, opération de Whitehead, etc.), auxquels on peut reprocher de ne pas respecter suffisamment le contour de l'anus et de donner lieu à des rétrécissements par rétraction cicatricielle (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 213 et 229), M. le docteur J. Rawson Pennington, professeur des maladies du rectum à la Policlinique de Chicago, opère les tumeurs hémorrhoïdaires de la façon suivante :

L'anesthésie générale ou locale une fois assurée et le patient, convenablement purgé et préparé, étant maintenu dans la position de la taille, on pratique la dilatation de l'anus à l'aide des doigts, en même temps qu'on irrigue le rectum avec une solution de sublimé à 0.33 ‰, puis avec la solution physiologique de chlorure de sodium. On place ensuite sur chaque quart de la circonférence anale, au niveau du bourrelet cutanéo-muqueux, une pince en T, et on procède à l'éversion de la muqueuse, de manière à bien exposer les hémorrhoïdes internes. Saisissant à pleine main d'abord la pince postérieure, on décapite, pour ainsi dire, le paquet hémorrhoïdaire correspondant au moyen de ciseaux courbes sur le plat. La plus grosse partie du sang s'échappant par la plaie elliptique ainsi créée, les parois de la tumeur ne tardent pas à s'affaisser, et c'est alors qu'on excise soigneusement le tissu angiomateux. On procède de la même façon pour chaque quart de la circonférence anale, en faisant constamment irriguer le champ opératoire par un jet d'eau salée chaude (45° à 50°). Après avoir assuré, s'il y a lieu, l'hémostase (la torsion suffit, à cet effet, dans la plupart des cas), on enlève les pinces en T et on excise, à l'aide de ciseaux droits, les hémorrhoïdes externes, en ayant toujours soin de se tenir, autant que possible, en dehors de la ligne cutanéo-muqueuse, particulièrement sensible.

L'intervention une fois terminée, le champ opératoire est saupoudré d'une poudre antiseptique, et un tampon recouvert de caoutchouc est introduit dans le rectum à l'aide d'un spéculum bivalve. La partie du tampon qui reste dehors est fixée au moyen d'une pièce de gaze, de façon à éviter tout déplacement, et le pansement est complété par de la gaze, du coton et un bandage en T. Au bout de quarante-huit heures, on administre un purgatif cathartique et on enlève le tampon, ce qui se fait beaucoup plus aisément que de retirer une mèche de gaze.

Ce procédé, facile à réaliser et que M. Pennington a eu l'occasion d'appliquer dans 138 cas, offrirait l'avantage de respecter les nerfs de la région et, partant, d'être moins douloureux que l'ignipuncture ou la ligature; de plus, il laisserait au rectum son calibre normal et ne donnerait jamais lieu à des rétractions cicatricielles.

TRAVAUX ORIGINAUX

Expériences comparatives sur l'action pathogène pour les animaux, notamment pour ceux de l'espèce bovine, des bacilles tuberculeux provenant du bœuf et de l'homme.

Les recherches dont on va lire un exposé sommaire ont été exécutées *antérieurement* à la communication faite, à la fin du mois de juillet dernier, par M. le professeur R. Koch, au Congrès de Londres (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 250-251). A ce moment, il ne me restait plus qu'à attendre les résultats de deux expériences sur le chien et à faire quelques examens microscopiques; une première rédaction de mon travail, ainsi que ses conclusions, était même déjà sur le papier. Après une hésitation bien compréhensible — car j'arrivais à des constatations tout opposées à celles de M. Koch, et on peut paraître bien hardi, à contredire le grand explorateur de la tuberculose sur le terrain même de ses découvertes —, je me décidai, le 28 juillet 1901, à communiquer mes résultats à M. le docteur C. J. Sickesz, directeur général et chef du département de l'agriculture au ministère de l'intérieur des Pays-Bas. Je les soumets aujourd'hui à l'appréciation du Corps médical, le détail de mes expériences devant faire l'objet d'un rapport à M. le ministre des eaux, du commerce et de l'industrie des Pays-Bas.

I

Mes expériences ont été effectuées avec une culture de bacilles tuberculeux d'origine bovine et 5 cultures de bacilles tuberculeux provenant de l'homme. J'ai fait, de plus, quelques recherches avec des cultures de tuberculose aviaire — notamment pour contrôler la valeur de l'infection par voie veineuse — mais je ne les relaterai pas ici, car, pour le but de cette étude, elles sont d'importance secondaire. J'en dirai autant de quelques expériences entreprises avec des bacilles tuberculeux du bœuf, préalablement soumis à une température de 100°.

La culture de bacilles d'origine bovine fut obtenue de la manière suivante : un premier cobaye fut inoculé avec des tubercules d'un poumon de bœuf; un second cobaye fut infecté à l'aide du premier, et ainsi de suite; les bacilles que je cultivai furent recueillis chez le troisième animal inoculé.

Quant aux 5 cultures du bacille humain, les deux premières me furent données par M. le professeur Spronck et provenaient, l'une d'un rein tuberculeux, l'autre d'une tendo-vaginite de même nature; avec la première, j'inoculai des cobayes et je cultivai les bacilles recueillis chez un de ces animaux. La troisième fut fournie par un cobaye que M. Korn avait infecté avec des crachats, la quatrième par des cobayes que j'avais inoculés avec les tubercules pulmonaires d'un enfant et la dernière par un cobaye auquel M. le professeur Spronck avait inoculé du tissu pulmonaire.

Au moment de leur emploi, ces cultures étaient toutes parfaitement pures et toutes virulentes, car les cobayes ou lapins auxquels je les injectai périrent tous, tôt ou tard, avec les symptômes d'une tuberculose d'inoculation.

J'ai fait, avec ces cultures, des injections intraveineuses, parfois des inoculations intrapéritonéales, à de grands animaux domestiques d'espèces différentes, sans compter de nombreuses inoculations à des lapins et à des cobayes.

J'ai choisi de préférence la voie intraveineuse, car elle constitue la méthode la plus sûre et généralement la plus rapide pour rendre les animaux tuberculeux. L'injection intraveineuse de bacilles tuberculeux à doses massives est par elle-même inoffensive; comme en témoignent des expériences antérieures, ainsi que celles qui furent exécutées avec d'autres microorganismes; l'injection de cultures tuberculeuses bouillies et celle de bacilles de la tuberculose aviaire nous en ont donné une preuve nouvelle et plus directe. En outre, les expériences elles-mêmes ont démontré surabondamment l'innocuité de la méthode.

En pratiquant des injections massives, j'ai voulu donner aux bacilles dont la virulence se serait trouvée atténuée le moyen de manifester quand même leur action pathogène.

Je n'ai eu recours à la méthode intra-abdominale que lorsque l'injection intraveineuse semblait devoir offrir des difficultés. Chez quelques-uns des chiens en expérience, l'infériorité de cette méthode, comparée à celle des injections intraveineuses, parut bien évidente.

Mes expériences ont porté sur des chèvres, des moutons, des bœufs, un cheval, des singes, et des chiens.

Elles furent entreprises comparativement avec le bacille de la tuberculose bovine, d'une part, et celui de la tuberculose humaine, d'autre part; en ce qui concerne le cheval, j'ai dû, ne possédant qu'un de ces animaux, me contenter d'une seule inoculation avec le bacille du bœuf.

Enfin, pour contrôler la quantité de bacilles employés, j'eus recours au centrifugeur. Les animaux de petite taille, moutons, chèvres et chiens, furent pesés; quant aux plus grands, on se borna, le cas échéant, à noter leur âge, leurs dimensions, leur état de nutrition, etc.

Les animaux en expérience furent rigoureusement isolés pour éviter de fausser les résultats expérimentaux par quelque infection accidentelle.

II

Voici quels ont été les résultats de ces recherches.

Les chèvres, moutons et bœufs inoculés, *quel que fût le bacille employé*, sont *tous* devenus tuberculeux. Nous en avons eu la preuve : 1° dans les altérations macroscopiques rencontrées à l'autopsie; 2° dans le résultat positif des inoculations aux animaux réceptifs, tels que le cobaye; 3° dans la présence des bacilles tuberculeux, constatée à l'examen des préparations sur lamelle obtenues avec les organes des animaux en expérience; 4° dans l'existence des altérations histologiques de la tuberculose et des bacilles eux-mêmes sur les coupes microscopiques des organes. C'est seulement en de très rares occasions que, pour une raison ou une autre, l'une quelconque de ces quatre preuves fondamentales nous a fait défaut.

Dans plusieurs cas, le diagnostic se trouva de plus confirmé par la réaction à la tuberculine, réaction qui faisait défaut avant l'expérience.

En résumé, nous pouvons affirmer que 7 bovidés — à savoir 2 veaux de moins de six mois, 3 bœufs de deux ans, 1 bœuf d'un an et demi et 1 veau de sept à huit mois — sont devenus tuberculeux par l'injection de bacilles tuberculeux provenant de l'homme. Par conséquent, *tous les bovidés* mis en expérience furent infectés par les bacilles d'origine humaine.

Cette tuberculose ne fut très grave et très étendue que chez un seul animal; chez 4 autres, elle manifesta des tendances régressives (pour un de ces derniers, je négligeai de m'assurer, par une expérience directe, de la vitalité des bacilles présents dans les poumons); dans les 2 cas restants, elle eut une allure assez progressive.

Ces résultats démontrent donc que les bacilles isolés de l'organisme ou des crachats humains sont capables d'engendrer la tuberculose chez le bœuf.

Quant aux lésions produites chez le même animal par les bacilles provenant du bœuf lui-même, il survint, dans les 2 cas où l'expérience fut faite, une tuberculose grave à localisation surtout pulmonaire et qui entraîna rapidement la mort. Il est donc évident que les bacilles d'origine bovine ont sur le bœuf une action bien plus énergique et déterminent une tuberculose bien plus grave que les bacilles humains.

Ainsi, l'anatomie, l'histologie et la bactériologie sont d'accord pour montrer que les deux sortes de bacilles tuberculeux, malgré leur provenance différente, peuvent l'une et l'autre créer la tuberculose chez les bovidés; mais l'affection due au bacille du bœuf a un caractère grave et une évolution aiguë, tandis que celle que détermine le bacille humain a une forme généralement plus bénigne et plus chronique. Les bacilles du bœuf sont donc plus virulents pour le bœuf que les bacilles de l'homme.

Ces derniers ont fait preuve, dans nos expériences, d'une virulence extraordinairement variable, et qui s'est surtout manifestée dans les tuberculoses qu'ils ont provoquées chez les bœufs, et aussi chez les chèvres, comme nous allons le dire; il n'en est pas moins vrai que même les plus virulents d'entre eux possédaient une puissance pathogène fort inférieure à celle des bacilles tuberculeux fournis par le bœuf.

III

La différence de virulence constatée entre le bacille du bœuf et celui de l'homme ne s'est-elle affirmée que chez les bovidés? Nullement. Nos expériences sur les chèvres comportent le même enseignement. En effet, l'injection d'une forte dose de bacilles du bœuf tua rapidement une chèvre; il en fut de même avec le bacille humain, mais, dans cette dernière expérience, la mort fut plus tardive et l'examen histologique sembla indiquer un processus moins grave. Les bacilles d'origine humaine, ici encore, produisirent une tuberculose mortelle, mais inférieure comme violence à celle que causèrent les bacilles provenant du bœuf.

Une troisième chèvre, inoculée avec des bacilles humains, devint également tuberculeuse; toutefois, la maladie prit chez elle une allure si discrète et si chronique, que l'animal est toujours vivant. Ces bacilles, une fois de plus, se montrèrent donc moins virulents.

Cette dernière chèvre nous a permis de nous assurer que l'animal tuberculeux réagit à l'égard de la tuberculine quelle que soit l'origine de celle-ci, bovine ou humaine, ce qui prouve l'identité des deux bacilles. Mais la tuberculine d'origine aviaire, employée à la même dose que la tuberculine ordinaire, ne produit aucun effet; pour qu'il y ait réaction, il faut une dose deux fois et demie plus considérable.

La différence de virulence des bacilles du bœuf et de l'homme put également être mise en évidence chez le mouton; nos recherches furent à cet égard très concluantes. Elles nous prouvèrent de plus que cet animal est certainement tout aussi réceptif à l'égard de la tuberculose que la chèvre ou le bœuf. A ce point de vue, une de nos expériences, dans laquelle on se servit du bacille du bœuf, fut particulièrement démonstrative et nous inspira des doutes sur la prétendue immunité du mouton. Comme preuve de cette immunité, on a invoqué la rareté de la tuberculose spontanée chez cet animal, et des recherches instituées par Galtier (1) parurent donner un nouvel appui à cette opinion. Mais, d'après mes propres expériences, je me crois autorisé à dire que la rareté de la tuberculose ovine est le fait des conditions d'existence que crée, pour les moutons, notre économie domestique, conditions par suite desquelles ces animaux sont moins exposés à l'infection que les chèvres et surtout que les bœufs.

On voit donc que les chèvres et les moutons peuvent, tout comme le bœuf, être tuberculisés aussi bien par le bacille du bœuf que par celui de l'homme, et qu'ici encore le bacille du bœuf fait preuve d'une virulence supérieure à celle du bacille humain.

(1) Galtier. Tuberculose expérimentale du mouton. (*Journ. de méd. vétér. et de zootechnie*, oct. 1898.)

IV

Si cette différence de virulence est constante, on doit la rencontrer aussi chez les autres animaux domestiques.

En ce qui concerne l'espèce équine, je n'ai pu faire qu'une seule expérience, avec un poulain; les bacilles du bœuf agirent aussi énergiquement sur lui que sur les chèvres, les moutons et les bœufs. Je n'ai pu répéter l'expérience avec le bacille humain, mais il n'en est pas moins démontré à nouveau que la virulence du bacille du bœuf est constante et ne dépend pas de l'espèce animale sur laquelle on opère.

Dans le même but comparatif, je me suis également adressé au chien. Chez lui, j'ai eu recours à l'infection intrapéritonéale. Deux expériences entreprises dans des conditions aussi identiques que possible — l'une avec le bacille du bœuf, l'autre avec celui de l'homme — ont encore démontré que le bacille du bœuf jouit d'une virulence supérieure, qu'il produit une tuberculose plus grave et qu'il tue plus rapidement que le bacille humain.

Dès lors, une question se posait : les bacilles du bœuf que nous avons employés n'auraient-ils pas agi sur l'homme d'une manière plus active que les divers bacilles provenant de l'homme lui-même? Il me parut très probable qu'il devait en être ainsi; mais, devant l'impossibilité d'en faire la preuve, la certitude absolue me manquait. Toutefois, j'ai pensé que l'exactitude de l'hypothèse formulée serait à peu près démontrée, si j'obtenais chez le singe les mêmes résultats que chez les autres animaux, étant donné que par son organisation et sa réceptivité morbide le singe est incontestablement l'animal le plus proche de l'homme. Or, les résultats répondirent à notre attente, car, d'une double expérience faite sur des singes de Java, il résulte que les bacilles du bœuf, isolés par nous et capables d'engendrer la tuberculose chez les bœufs, les moutons, les chèvres et les chiens, déterminent aussi chez le singe une tuberculose plus grave que celle qui résulte de l'inoculation de bacilles humains. On peut en conclure que, en règle générale, le bacille du bœuf doit également faire preuve chez l'homme d'une virulence plus grande.

Enfin, cette virulence supérieure des bacilles du bœuf, comparée à celle des bacilles humains, ressort encore des nombreuses inoculations que nous avons faites sur les petits animaux (cobayes et lapins); dans l'appréciation des résultats, nous avons tenu compte des différences de réceptivité que manifestent parfois les individus de ces espèces. Smith (1) a déjà insisté sur cette différence de virulence chez les petits animaux; il y a longtemps, d'ailleurs, que Villemin et Baumgarten avaient fait la même constatation pour le lapin.

Nos expériences prouvent donc qu'on peut tuberculiser les bœufs, les moutons, les chèvres, les chiens et les singes avec les bacilles d'origine humaine, mais que, avec les bacilles du bœuf, on communique à ces animaux une tuberculose plus grave.

V

Mais *tous* les bacilles d'origine humaine sont-ils moins virulents que ceux du bœuf?

Nous ne pouvons donner de réponse ferme à cette question, puisque nous ne nous sommes servis que d'une seule culture bovine. On est cependant en droit de répondre que la *plupart* des bacilles de provenance bovine doivent posséder une virulence supérieure; en effet, les résultats expérimentaux de Smith — quoiqu'il n'y ait rien à redire au procédé d'isolement des bacilles employé par cet auteur, et des expériences de contrôle entreprises par nous en font foi — permettent seulement de conclure que les bacilles du bœuf, isolés par lui, ont toujours été plus virulents que ceux qu'il recueillit chez l'homme. Les expériences de Dinwiddie (1), un peu moins nettes, conduisent à la même conclusion. Enfin, nos propres recherches aboutissent à des résultats identiques, et démontrent, en même temps, que *les bacilles tuberculeux provenant de l'homme, quelque faible que soit leur virulence, sont toujours capables de produire la tuberculose chez le bœuf.* Il n'y a entre les deux bacilles aucune différence essentielle : tous deux possèdent la même valeur étiologique. L'unicité de la tuberculose des mammifères, proclamée jadis par M. Koch, demeure intacte. Les animaux deviennent tuberculeux par LE bacille tuberculeux. Par conséquent, la question mise sur le tapis par M. Fokker (2) ne saurait recevoir d'autre solution que par le passé : la tuberculose de l'homme et celle du bœuf ne font qu'un au point de vue étiologique. Il serait difficile qu'il en fût autrement; sinon, comment comprendre la tuberculose du porc, du cheval, de la chèvre, du mouton, du chien, du chat, etc.?

Mes recherches personnelles me permettent, en outre, de conclure sans hésitation que les bacilles tuberculeux des bovidés sont en général plus virulents que ceux de l'homme. Je dis *en général* plus virulents. On ne saurait aller plus loin, car il est évident qu'on peut très bien un jour isoler un bacille d'origine bovine moins virulent qu'un autre de provenance humaine. C'est un fait connu que les bacilles tuberculeux ne possèdent pas toujours la même activité pathogène : nous l'avons constaté pour les bacilles humains que nous avons employés; on l'observera également pour les bacilles tuberculeux isolés chez le bœuf.

C'est le lieu de nous arrêter un instant pour répondre à une objection qu'on pourrait faire à mes expériences et à mes conclusions : les bacilles humains dont je me suis servi — et qui tous n'avaient pas été isolés par moi — n'auraient-ils pas subi une sorte d'atténuation, au moins partielle, du fait de leur culture? La chose est fort possible, surtout pour les cultures qui n'ont pas été reportées sur de nouveaux milieux nutritifs en temps utile et qui n'ont pas toujours été faites sur sérum sanguin. Toutefois, nous savons que l'atténuation des cultures tuberculeuses ne s'obtient ni facilement ni rapidement, et que ces cultures conservent longtemps leur virulence originelle; d'ailleurs, les expériences de Smith et Dinwiddie sont la réfutation directe de cette objection.

VI

Avant de nous occuper des conséquences à tirer, au point de vue étiologique et prophylactique, de la virulence ordinairement plus considérable du bacille tuberculeux des bovidés, je tiens à signaler les remarques que j'ai pu faire, concernant les propriétés morphologiques et biologiques des bacilles tuberculeux.

On crut jadis, après la première publication de M. Koch, que tous les bacilles tuberculeux étaient identiques. Plus tard, cependant, étant données les différences qu'on rencontra dans leurs cultures et leurs propriétés biologiques, il fallut faire un départ entre le bacille des mammifères et celui des oiseaux.

Cette distinction établie, il resta un groupe à part, constitué par les bacilles des mammifères, tous doués des mêmes propriétés morphologiques et bactériologiques, ainsi que de la même action expérimentale sur les animaux. Mais, plus récemment, Smith a signalé quelques différences qui sont en substance les suivantes :

1° Le bacille du bœuf est plus difficile à isoler que le bacille humain;

2° Il croît plus lentement sur les milieux artificiels de culture;

3° Il est habituellement de dimensions plus petites.

Nous étant déjà occupé des différences d'action sur les animaux, autrement dit de la différence de virulence, nous indiquerons simplement le résultat de nos observations relativement aux autres signes distinctifs mentionnés par Smith.

Il est vrai que le bacille tuberculeux de l'homme est plus facile à isoler que celui du bœuf; il est également vrai que sa croissance, sur les milieux de culture que nous avons employés, est, au moins au début, plus rapide. Mais, à part ces nuances, aucun signe ne différencie les cultures de l'un d'avec celles de l'autre. J'ai bien examiné jusqu'à ce jour plus de deux cents tubes de cultures pures; or, à l'œil nu, il est impossible de dire si l'on est en présence de cultures d'origine bovine ou humaine; les bacilles, dans l'un et l'autre cas, s'accoutument rapidement au milieu et, par des ensemencements successifs, leur croissance devient plus abondante et plus rapide.

M. Nocard a autrefois montré que l'isolement du bacille du porc offre des difficultés. J'ai pu faire la même constatation, bien qu'à un moindre degré, à l'égard du bacille tuberculeux du mouton, lequel, autant que je sache, n'a pas encore été isolé (1). Au moyen d'un jeune cobaye, auquel j'avais inoculé des tubercules d'origine ovine, je fis des cultures sur sérum glycériné; ce ne fut qu'au bout de quatre semaines qu'il apparut, dans le tube où j'avais introduit un fragment de rate, de petites écailles, lesquelles, à leur tour, purent facilement être réensemencées.

J'ai aussi retrouvé la différence signalée par Smith, au point de vue de la forme et des dimensions, entre les bacilles du bœuf et ceux de l'homme : les premiers sont généralement courts et droits, les seconds longs et plutôt incurvés ou coudés. Mais ce caractère, bien que je l'aie rencontré plusieurs fois, n'a rien d'absolu, car le contraire s'observe souvent.

Les différences précédentes ne sont donc certainement pas plus constantes que celles qu'on a indiquées pour la morphologie du bacille aviaire. Cette conviction résulte pour moi de l'examen d'un grand nombre de préparations sur lamelle, faites soit avec les organes, soit avec les cultures, et de plusieurs préparations histologiques de tissus contenant des bacilles. Il m'a donc été impossible de découvrir dans la forme ou les cultures de ces bacilles un signe distinctif qui fût caractéristique.

VII

Comme l'avaient déjà vu Villemin et Baumgarten, les bacilles du bœuf sont donc généralement plus virulents que ceux de l'homme. Les bacilles de l'homme, dans nos expériences, ont bien pu tuberculiser le bœuf, mais, en dépit des fortes doses employées, la tuberculose qu'ils ont produite n'a pas eu ordinairement un caractère très grave.

Dès lors, un homme tuberculeux peut-il, dans les conditions ordinaires de la vie, infecter les bovidés? Très probablement non, car l'apport de matière infectante ne peut pas être bien considérable à la fois, et la tuberculose, si tant est qu'elle parvienne à se greffer, évoluera généralement vers la guérison. Mais il est très possible de voir survenir l'infection, si la matière contagieuse est très virulente et si l'apport se répète et se prolonge.

(1) SMITH. A comparative study of bovine tubercle bacilli and human bacilli from sputum. (*Journ. of exper. Med.*, III, 4 et 5, 1898.)

(1) DINWIDDIE. The relative virulence for the domestic animals of human and bovine tubercle. (*Veterinarian*, déc. 1899.)

(2) FOKKER. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 et 15 juin 1895, 16 mai 1896, 23 janv. 1897, 17 juillet 1897, 5 nov. 1898, 24 janv. 1899.) — De bacteriologische leer. 1899. — Besmetting of erfelijkheid (contagion ou hérédité). 1900.

(1) A l'heure actuelle, j'ai réussi à obtenir des cultures de bacille du porc, mais avec plus de peine que celles de bacilles humains.

Néanmoins, on peut admettre pratiquement, c'est-à-dire au point de vue de la lutte contre la tuberculose bovine, que l'homme, en tant que source d'infection pour le bœuf, est un facteur négligeable, et que la présence d'un homme tuberculeux dans une étable ne constitue pas un danger pour les bestiaux.

Par contre, le bacille du bœuf étant d'ordinaire plus virulent que celui de l'homme, la tuberculose bovine menace l'homme d'un danger beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Une infection par le bacille du bœuf est, en effet, capable de déterminer une tuberculose *plus grave* que ne le feraient des bacilles humains. Il faut donc lutter très énergiquement contre les produits des bœufs tuberculeux et contre la tuberculose bovine elle-même.

Dans cet ordre d'idées, nous ne pouvons que formuler des hypothèses, car l'expérimentation est incapable de résoudre la question. Toutefois, il n'y a nullement contradiction entre les faits cliniques et les résultats de nos recherches de laboratoire. S'il est vrai que la fille du professeur Gosse (de Genève) contracta une tuberculose intestinale en buvant le lait d'une vache tuberculeuse — et il est difficile d'en douter —, il faut imputer la triste fin de cette jeune fille à l'action éminemment pathogène des bacilles tuberculeux du bœuf.

D'ailleurs, la tuberculose vient se greffer, plus fréquemment qu'on ne le croit, sur les blessures contractées en maniant les cadavres de bœufs tuberculeux; le plus souvent, le médecin traite ces blessures sans se douter de leur nature. Je peux en citer un exemple personnel: un homme s'était entaillé le doigt en examinant le mésentère d'un bœuf tuberculeux; la coupure ne se cicatrisa pas, ses bords s'indurèrent, il survint un gonflement assez considérable; par la plaie se faisait, de temps à autre, un suintement séreux; les pansements usuels s'étant montrés impuissants, et le gonflement, ainsi que la douleur, augmentant toujours, on dut recourir au grattage et à l'emploi des caustiques; dans les débris des tissus curettés, je trouvai des bacilles tuberculeux.

Si les inoculations de cette espèce ne déterminent généralement pas d'accidents plus graves, c'est qu'elles intéressent la peau et que, chez l'homme, comme du reste chez les animaux, la tuberculose cutanée évolue habituellement sur place, bien que les symptômes locaux soient passablement sérieux.

On a publié jusqu'ici 5 observations analogues d'infection tuberculeuse d'origine bovine. Ce sont les cas de Tscherning, de Pfeiffer et ceux de Ravenel; quatre de ces malades, grâce à une extirpation précoce, finirent par guérir; chez le cinquième, celui de Pfeiffer — il s'agit du vétérinaire Mozes (de Weimar) —, l'extirpation n'empêcha pas le développement d'une tuberculose généralisée à laquelle le patient succomba dix-huit mois après l'infection. Cette terminaison ne plaide-t-elle pas en faveur de la haute virulence du contage d'origine bovine?

Cette virulence considérable du bacille de la tuberculose du bœuf doit nous inspirer une nouvelle ardeur à lutter contre lui. Les dangers que font courir à la santé publique la viande, le lait, les laitages provenant d'animaux tuberculeux, sont relativement faciles à éviter. Mais comment la soustraire aux périls qui la menacent par ailleurs? Nous savons, en effet, que la tuberculose de l'homme est le plus souvent une tuberculose d'inhalation, due à l'inspiration du bacille tuberculeux. Or, les bœufs atteints de tuberculose pulmonaire rejettent, bien qu'en faible quantité, des crachats, et l'atmosphère des étables se charge ainsi de bacilles tuberculeux; ceux que peuvent contenir le lait et les autres *excreta* du bétail ne font qu'augmenter les risques de contamination. Le mode de propagation de la tuberculose parmi les bestiaux met, d'ailleurs, en pleine lumière, le danger de l'atmosphère des étables : *la tuberculose est presque constamment due à l'inhalation des bacilles contenus dans l'atmosphère;* il n'y a plus sur ce fait aucune divergence d'opinion. Cette atmosphère est donc dangereuse pour l'homme, pour les propriétaires des étables et pour toute personne qui y séjourne, alors même que ce séjour serait de courte durée; le péril est d'autant plus grand que, comme nous l'avons vu, le bacille tuberculeux du bœuf est doué d'une virulence considérable.

Dans le même ordre d'idées, nous rappellerons les tuberculoses pulmonaires graves qui s'observent dans les familles de possesseurs de bestiaux. L'attention une fois éveillée sur ces modes d'infection, la lutte contre la tuberculose bovine devient un devoir inéluctable.

VIII

Il va de soi que les questions traitées dans ce travail demandent de plus amples recherches. Le bœuf n'est pas le seul animal atteint par la tuberculose : le porc, la chèvre, le mouton, le cheval, le chien, le chat y sont encore sujets; il y a donc un intérêt de premier ordre à connaître le degré de virulence des bacilles tuberculeux existant chez ces animaux. Smith a trouvé, par exemple, que les bacilles du porc et ceux du chat sont presque aussi virulents que ceux du bœuf, tandis que les bacilles du cheval tiennent le milieu entre ceux du bœuf et ceux de l'homme.

Les rapports de la tuberculose aviaire et de la tuberculose des mammifères exigent aussi des recherches plus exactes; malgré l'importance de celles de M. Nocard, il conviendrait d'étudier de plus près les conditions dans lesquelles les bacilles des mammifères peuvent acquérir les propriétés des bacilles aviaires, et réciproquement.

Nos propres expériences, les considérations qui s'y rattachent et les résultats obtenus par d'autres auteurs donnent ainsi le droit d'établir une distinction entre la virulence des bacilles tuberculeux de l'homme et de ceux du bœuf. Aussi nous croyons-nous autorisé à formuler les conclusions suivantes :

1° Le bacille tuberculeux de l'homme est capable de provoquer la tuberculose chez le bœuf;

2° Le bacille tuberculeux de l'homme peut encore déterminer la tuberculose chez les autres animaux domestiques (mouton, chèvre, chien) et chez le singe;

3° La tuberculose produite chez les animaux précités par le bacille tuberculeux de l'homme est généralement moins grave que celle que détermine le bacille d'origine bovine;

4° On peut admettre, par conséquent, que le bacille du bœuf jouit d'une virulence supérieure à celle du bacille humain;

5° On ne peut pas ne pas accepter que la supériorité de virulence des bacilles tuberculeux du bœuf — supériorité qui s'est manifestée dans des expériences comparatives sur le bœuf, le mouton, la chèvre, le chien et le singe — ne puisse se montrer également chez l'homme;

6° Il s'ensuit que l'homme, en tant que facteur d'infection tuberculeuse à l'égard du bœuf, a beaucoup moins d'importance que le bœuf considéré comme facteur d'infection tuberculeuse pour l'homme;

7° En conséquence, la tuberculose du bœuf, au point de vue de l'hygiène humaine, mérite plus d'attention qu'on ne lui en a jusqu'ici accordé.

IX

Ainsi que je l'ai dit en commençant, ce travail était à peu près achevé quand M. Koch a fait connaître sa nouvelle doctrine au Congrès de Londres; les résultats de mes expériences — on a pu le voir — sont en opposition formelle avec ceux des recherches du professeur de Berlin. Néanmoins je ne crois pas qu'il y ait lieu de discuter ici les opinions qui se sont fait jour, soit à Londres, soit plus tard, dans la presse scientifique, à la suite de la communication de M. Koch; d'ailleurs, l'illustre savant n'a pas rencontré beaucoup de partisans.

Je tiens cependant à signaler, dans le travail de M. Koch, un passage qui m'a considérablement étonné. Parlant de ses expériences d'infection du bœuf avec les bacilles de l'homme, M. Koch fait la remarque suivante : « Il ne se forma de petits foyers suppurés qu'aux points où on avait fait des injections et, dans ces foyers, on ne put trouver des bacilles qu'en petit nombre. C'est exactement ce qui arrive quand on injecte des bacilles tuberculeux morts sous la peau des animaux susceptibles d'infection tuberculeuse. Par conséquent, les animaux sur lesquels nous avons expérimenté ont été impressionnés par les bacilles vivants de la tuberculose humaine, exactement comme ils l'auraient été par des bacilles morts; ils firent preuve à l'égard des premiers d'une absence complète de réceptivité. »

Ce passage me paraît en contradiction avec tout ce que nous savons sur l'action des bacilles tuberculeux morts, notamment depuis les expériences remarquables de M. Krompecher (1). Il ressort de celles-ci que l'action des bacilles tuberculeux morts est entièrement sous la dépendance de la virulence que ces bacilles possédaient pendant leur vie. L'action des bacilles morts n'a donc par elle-même aucune valeur fixe, et on ne peut pas lui rapporter, comme à une sorte d'étalon, l'effet de tels bacilles en particulier, puisqu'elle varie justement en raison de la virulence des bacilles vivants. Les expériences de M. Krompecher prouvent, de plus, que des bacilles morts et antérieurement non virulents ne provoquent aucune réaction, et que l'inverse s'observe avec des bacilles virulents; par suite, que les bacilles non virulents ne produisent, après leur mort, aucun abcès au point d'inoculation, tandis qu'il s'en produit avec des bacilles virulents. Il semble donc que les abcès observés par M. Koch aux points d'inoculation ne plaident pas *contre*, mais *pour* la réceptivité de ses animaux à l'égard des bacilles qu'il employait.

Dr D. A. DE JONG (de Leyde).

REVUE CRITIQUE

Sur une nouvelle théorie soi-disant dualiste des chancres et sur son application au traitement abortif de la syphilis.

Sans risquer d'être taxé d'exagération, on peut dire qu'aujourd'hui il est de bon goût de se montrer quelque peu dédaigneux à l'égard des acquisitions traditionnelles de la médecine. Certains esprits se plaisent à remanier de fond en comble les chapitres le mieux étudiés de la pathologie, et cela même en l'absence de tout fait nouveau susceptible de justifier pareilles tentatives. On ne saurait trop réagir contre ces tendances, qui aboutiraient, en fin de compte, à substituer aux conceptions péniblement élaborées par la clinique et par l'expérimentation des raisonnements théoriques qui, pour être plus ou moins ingénieux, n'en ont pas moins le tort grave de donner trop libre cours à l'imagination. C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous croyons utile d'examiner ici l'hypothèse récemment émise par M. S. Federn (de Vienne), dans une lettre ouverte adressée au professeur Kaposi, hypothèse à laquelle se rattache, d'ailleurs, une question de haute importance pratique, puisqu'elle ne vise rien moins que le traitement abortif de la syphilis (2).

Les idées de M. Federn allant à l'encontre de toutes les opinions qui ont actuellement cours sur la nature du chancre syphilitique et du

(1) E. KROMPECHER. Recherches sur le traitement des animaux tuberculeux par la méthode de Landerer et sur la virulence des bacilles tuberculeux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, novembre 1900.)

(2) S. FEDERN. Vorschlag zur Behandlung des Ulcus durum; offener Brief an Herrn Hofrath Professor Kaposi. (*Wien. med. Presse*, 15 décembre 1901.)

chancre simple, il nous paraît indispensable, avant d'aborder l'hypothèse du médecin viennois, de rappeler aussi brièvement que possible les diverses phases par lesquelles a passé la question pour aboutir à la conception dualiste qui, basée d'abord sur l'observation clinique et sur l'expérimentation, a trouvé une confirmation éclatante dans les recherches bactériologiques entreprises au cours de ces dernières années.

I

La surprise que les médecins de la fin du quinzième siècle éprouvèrent devant l'apparition de la syphilis — et qu'ils exprimèrent dans toute une série d'épithètes significatives (*morbus novus, inauditus, incognitus*, etc.) par lesquelles on crut devoir qualifier la maladie dont il s'agit — témoigne suffisamment qu'à cette époque la vérole ne pouvait être confondue avec d'autres affections vénériennes déjà connues, et, notamment, avec ces « ulcérations contagieuses des parties génitales », susceptibles de se compliquer de « bubons de l'aine », dont on trouve une mention plus ou moins explicite chez nombre d'auteurs du moyen âge, voire même de l'antiquité.

Les ravages exercés par le mal français ne tardèrent pas, cependant, à en imposer aux médecins, en leur faisant englober dans la description de la syphilis toutes les affections vénériennes. Cette confusion — qu'on a qualifiée, avec raison, de « monstrueuse » (Fournier) — devait durer très longtemps. Pendant les dix-septième et dix-huitième siècles, quelques voix s'élevèrent, il est vrai, contre la réunion de toutes les ulcérations vénériennes en une seule entité morbide. Mais il faut arriver jusqu'en 1814 pour voir Carmichael proclamer catégoriquement la nécessité de dissocier les éléments dissemblables de cette unité artificielle, et encore l'auteur que nous venons de nommer ne réussit-il pas à forcer la conviction de ses contemporains, pas plus d'ailleurs que Simon, qui, dix-sept ans plus tard, publia un ouvrage historique démontrant que certaines ulcérations des organes génitaux avaient été connues antérieurement à la syphilis et ne présentaient avec celle-ci aucun rapport.

A cet argument historique en faveur de la disjonction des deux entités nosologiques réunies, pendant près de trois siècles, sous le nom de chancre, Bassereau (1852) en ajouta un autre plus décisif : par la méthode des confrontations de malades, par la comparaison des phénomènes morbides chez l'individu qui transmet l'affection et chez celui qui la reçoit, l'élève de Ricord démontra d'une façon péremptoire que chacune des deux espèces de chancre se reproduit par contagion invariablement avec les caractères qui lui sont propres. Le chancre simple engendre par contagion un chancre simple, c'est-à-dire une ulcération réinoculable au porteur et qui n'est point suivie d'accidents généraux; le chancre syphilitique reproduit par contagion un chancre avec infection constitutionnelle ultérieure, et qui ne peut être inoculé avec succès, ni au malade lui-même, ni à aucun autre sujet syphilitique.

Cette doctrine dualiste allait trop à l'encontre des opinions généralement admises pour ne pas susciter de violentes contestations. Parmi les objections invoquées contre l'individualité respective des deux affections, proclamée par Bassereau, il en était seulement une à laquelle la nouvelle doctrine semblait donner prise : on avait parfois vu apparaître des symptômes syphilitiques secondaires chez des individus atteints d'un chancre réinoculable, et, quelque rares que fussent les faits de ce genre, ils n'en paraissaient pas moins complètement en désaccord avec la théorie dualiste. C'est à Rollet que revient le grand mérite d'avoir réduit à néant l'argument favori des unicistes en démontrant que certains chancres présentent, à la fois ou successivement, les caractères de l'ulcération chancrelleuse et ceux du chancre syphilitique. Le professeur lyonnais a donné à ces lésions le nom de *chancres mixtes*, dénomination qui a été consacrée par l'usage, bien qu'elle ne soit pas tout à fait adéquate à la réalité et qu'elle puisse même prêter à un malentendu, car, à vrai dire, il s'agit ici, non pas d'une espèce morbide distincte, mais tout simplement de l'inoculation simultanée ou successive du virus chancrelleux et du virus syphilitique en un même point de l'économie, l'accident initial de la vérole se superposant, en quelque sorte, au chancre simple, ou inversement.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que la théorie du chancre mixte se base non seulement sur des coïncidences pathologiques, mais encore sur de nombreuses expériences d'inoculation, au niveau d'un chancre syphilitique, de pus provenant d'une chancrelle (Rollet, Laroyenne, Basset, Nodet). Nous verrons, en effet, plus loin que le procédé de traitement abortif de la syphilis que M. Federn propose, sans pouvoir invoquer en sa faveur autre chose que de simples vues de l'esprit, se réduit précisément à l'inoculation de pus chancrelleux sur le syphilome primitif.

II

Après les recherches de l'école lyonnaise concernant le chancre mixte, la théorie dualiste semblait devoir s'imposer d'une façon définitive. Mais si, en France, elle ne tarda pas à emporter les suffrages de la plupart des syphiligraphes, il n'en fut pas de même à l'étranger, où les unicistes ne se déclarèrent point vaincus et où le dualisme compte encore parmi ses adversaires M. Kaposi. Ce désaccord persistant entre l'école française et l'école viennoise provient surtout, comme l'a très bien fait remarquer M. Du Castel (1) « de l'importance trop grande attachée à la présence ou à l'absence de l'induration pour le diagnostic du chancre huntérien et du chancre simple », car il y a des chancres à base dure qui ne sont, pourtant, pas des chancres syphilitiques, comme il y en a d'autres manifestement syphilitiques, malgré l'absence d'induration, et la synonymie établie entre les expressions *chancre induré* et *chancre syphilitique* par opposition au *chancre mou* ou *chancre non syphilitique* n'a pas peu contribué à perpétuer les discussions sur la nature du chancre simple et à discréditer la théorie dualiste.

Nous n'avons que peu de choses à dire sur l'opinion de ceux qui, comme M. Finger, ne font partie ni du camp des dualistes, ni de celui des unicistes et vont jusqu'à nier l'existence même du chancre simple en tant qu'infection *sui generis*, en prétendant que cette lésion peut se développer à la suite de l'inoculation de pus recueilli à la surface d'ulcérations banales.

Il appartenait à la bactériologie de faire justice de cette manière de voir et de confirmer, une fois de plus, la spécificité du virus chancrelleux en mettant en évidence le microbe pathogène du chancre simple.

Au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Paris en 1889, M. Ducrey fit savoir que, par des inoculations successives de pus chancrelleux, pratiquées chez l'homme, il avait isolé une espèce microbienne constante qu'il considérait comme l'agent pathogène du chancre mou (Voir *Semaine Médicale*, 1889, p. 315).

Les résultats obtenus par M. Ducrey ne tardèrent pas à être confirmés par plusieurs expérimentateurs et par nous-même. La présence constante du bacille en question dans les chancres simples et l'impossibilité de le retrouver dans d'autres ulcérations militaient en faveur de sa spécificité. Mais les essais de culture avaient jusque-là toujours échoué et, tout en attribuant au bacille de Ducrey une importance diagnostique considérable, nous n'avons pas cru, à la suite de nos recherches, pouvoir affirmer, d'une façon absolue, la spécificité de ce microbe. Les conclusions que nous avons formulées à cet égard en 1893 et que M. Du Castel reproduisait encore deux ans plus tard comme le « résumé exact de l'état actuel de la question » (1), doivent fort heureusement être considérées aujourd'hui comme insuffisamment affirmatives, puisque, depuis lors, M. Lenglet (2), d'une part, et MM. Bezançon, Griffon et Le Sourd (3), d'autre part, ont réussi à cultiver le bacille de Ducrey et à mettre la spécificité de ce microorganisme hors de doute en reproduisant le chancre simple par inoculation de cultures pures (4).

III

Il semblerait qu'après les travaux que nous venons de passer en revue aucune discussion ne fût plus possible sur les rapports entre le chancre simple et la syphilis. Tel n'a pas été l'avis de M. Federn qui « arrivé, dit-il, à l'âge où l'on doit, d'une part, se demander jusqu'à quel point il convient encore d'avoir confiance en ses capacités et, d'autre part, veiller à ce qu'une pensée peut-être féconde ne se perde point », a cru devoir proposer un procédé de traitement abortif de la syphilis qu'il n'a pas eu l'occasion d'essayer au lit du malade, mais en faveur duquel il invoque toute une théorie relative à la nature du chancre.

Elève de l'école viennoise, M. Federn, au début des discussions entre les dualistes et les unicistes, s'était franchement rangé sous le drapeau de l'unicisme. Il estimait que tous les chancres sont de même nature, et que toute la différence entre le chancre mou et le chancre huntérien se réduit à une question de suppuration plus ou moins abondante : dans les cas de chancre mou ou, pour mieux dire, de chancre suppurant fortement, le virus syphilitique est détruit ou éliminé de l'organisme, tandis que, chez les sujets porteurs de chancres indurés, ce même virus est retenu dans l'économie et donne lieu au développement de la syphilis.

Voilà, à n'en pas douter, une théorie uniciste nettement formulée. M. Federn déclare que les notions bactériologiques ont bien quelque peu modifié sa manière de voir, sans cependant la lui faire rejeter complètement. Or, le même article nous apprend que, d'uniciste que M. Federn était, il est devenu dualiste en ce sens qu'il admet l'existence de deux agents pathogènes différents pour la syphilis et le chancre simple. Mais — et c'est là que commence la confusion — ces deux agents pathogènes coexisteraient habituellement dans l'accident initial; il y aurait entre eux une sorte d'antagonisme et l'évolution de l'infection ne dépendrait, en définitive, que de la prédominance de tel ou tel autre élément. En d'autres termes, tout chancre serait, au début du moins, un chancre mixte, susceptible de donner lieu ou non à une infection constitutionnelle suivant que le microorganisme présumé de la vérole prendrait le dessus sur le bacille de Ducrey ou serait, au contraire, anéanti par celui-ci. Singulière façon de comprendre le dualisme que d'admettre la coexistence constante des deux virus et de contester ainsi toute indépendance aussi bien au chancre syphilitique qu'au chancre simple !

M. Federn reconnaît-il, d'ailleurs, une spécificité au bacille du chancre simple ? La question ne laisse pas que d'être embarrassante, car cet

(1) Du Castel. Chancres génitaux et extra-génitaux; chancres syphilitiques, chancres simples, p. 6-8 et 208. Paris, 1895.

(1) Du Castel. (*Loc. cit.*, p. 117-118.)

(2) Lenglet. Culture du bacille du chancre mou. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 462.)

(3) Bezançon, Griffon et Le Sourd. Cultures du microbe du chancre mou. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 427.)

(4) Dans un article sur *Le chancre mou et la syphilis*, publié il y a quelques jours (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 janvier 1902), M. Finger lui-même reconnaît à la découverte du bacille de Ducrey une « haute importance scientifique », tout en estimant que la présence de ce microorganisme dans une ulcération n'a pas une grande valeur diagnostique, puisqu'elle ne permet pas d'exclure d'une façon certaine l'hypothèse d'un chancre syphilitique ou, plutôt, d'un chancre mixte.

auteur n'envisage le microbe dont il s'agit qu'en tant qu'agent pyogène. « La nature elle-même, dit-il, nous indique la voie dans laquelle nous devons nous engager pour détruire le contage syphilitique : il faut provoquer au niveau du chancre une suppuration profonde. » Tout est là et, si M. Federn donne la préférence au bacille de Ducrey sur d'autres microorganismes pyogènes, c'est que la suppuration que détermine le premier de ces microbes se « propage aux ganglions lymphatiques ».

On sait que les essais de traitement abortif de la syphilis par l'excision ou par la cautérisation du chancre n'ont guère été jusqu'à présent couronnés de succès. Sans se laisser décourager par ces exemples, M. Federn estime que l'inoculation, sur un syphilome, de pus chancrelleux ou, au besoin, d'une culture pure de bacilles de Ducrey offrirait plus de garanties, car le virus chancrelleux, en raison de la rapidité relative de sa propagation, serait susceptible non seulement d'annihiler le contage syphilitique au niveau de la lésion initiale, mais aussi de l'atteindre au sein même des ganglions lymphatiques.

Il convient, en présence de ce raisonnement, de rappeler encore une fois que l'inoculation du pus chancrelleux sur des chancres syphilitiques a été, il y a plus de quarante ans, reproduite nombre de fois par Rollet et ses élèves au cours de leurs recherches sur le chancre mixte, sans qu'on ait jamais constaté que cette inoculation exerçât une influence curative sur la vérole. Et puisque nous voilà de nouveau sur le chapitre du passé, il ne sera pas inutile de faire également remarquer combien la théorie soutenue par M. Federn rappelle celle de Sperino : l'auteur italien affirmait, lui aussi, que la syphilis succède aux ulcérations qui suppurent peu, tandis que la suppuration abondante ouvre une porte de sortie au poison.

Rien n'est, du reste, moins prouvé que les prétendus bienfaits du processus suppuratif en ce qui concerne l'évolution ultérieure du chancre et, pour notre part, nous avons eu l'occasion d'observer un jeune homme de vingt-trois ans porteur d'une vingtaine de chancres simples typiques siégeant sur le bord libre et la face interne du prépuce, ainsi que sur le gland, *avec suppuration exceptionnellement abondante* (phimosis et balanoposthite), chez lequel, un mois environ après l'apparition de ces ulcérations, il se déclara une induration au niveau d'un des chancres et, peu après, deux plaques muqueuses du voile du palais. Il s'agissait évidemment d'un cas d'inoculation simultanée des deux virus *eodem loco*, et l'abondance de la suppuration n'avait nullement empêché la syphilis de se développer.

Point n'est besoin d'imaginer l'existence d'un antagonisme quelconque entre l'agent pathogène du chancre simple et celui de la syphilis pour expliquer ce fait très simple que certains chancres sont suivis d'accidents généraux, d'autres non (1). La séparation établie par l'école française sur des bases inébranlables en rend suffisamment compte : entre la chancrelle et la vérole, il n'y a ni parenté, ni antagonisme ; ces deux affections peuvent parfois s'associer, mais elles ne perdent jamais leur individualité respective.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1902.

Relation de cinq épidémies de diphtérie à la Maison d'éducation de Saint-Denis.

M. Le Roy des Barres (de Saint-Denis) communique la relation de cinq épidémies de diphtérie qui ont sévi depuis 1827 à la Maison d'éducation de Saint-Denis.

Pour les quatre premières, la mortalité a été : de 10.57 % en 1827-28 ; de 25 % en 1854-55 ; de 20 % en 1857 et de 38.46 % en 1881-82. La dernière épidémie a eu lieu en 1901 et a frappé 21 élèves dont aucune n'a succombé. Ce résultat est attribué par l'orateur à l'emploi, dès le début de l'affection, des injections de sérum antidiphtérique.

M. Le Roy des Barres estime, en outre, que, grâce à ce mode de traitement et aux moyens actuels de prophylaxie, on doit désormais considérer le licenciement des élèves comme une mesure dangereuse, parce qu'il peut, en dehors du milieu scolaire contaminé, déterminer la diffusion de la maladie sur divers points du territoire par le retour des enfants dans leurs familles, et créer ainsi de nouveaux foyers épidémiques.

Quant à l'emploi systématique des injections de sérum à titre préventif, conseillé récemment par quelques auteurs, l'orateur déclare ne pas s'être crû autorisé à y recourir, même chez les élèves appartenant aux classes où des cas de diphtérie avaient été observés.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 janvier 1902.

L'utilisation des hexoses par l'organisme.

MM. Charrin et **Brocard**. — L'abondance des principes sucrés dans l'organisme pendant la grossesse rend la femme enceinte particulièrement favorable à l'étude de la consommation des sucres. D'autre part, il importe, dans des recherches de ce genre, de faire ingérer simultanément, sous forme d'une solution unique, les divers sucres dont on veut étudier l'utilisation, car il est facile de s'assurer que, pour un même sucre et sur le même individu, les résultats varient d'un jour à l'autre. Enfin, en raison du rôle du foie, c'est par la voie digestive que les sucres doivent être administrés.

Dans ces conditions, on reconnaît tout d'abord que, si la concentration des solutions sucrées que l'on fait absorber va en croissant, il existe une sorte de parallélisme dans l'augmentation des éliminations et, habituellement, des consommations. Toutefois, quand cette concentration devient excessive, ce parallélisme prend fin ; en vertu du dégoût, des vomissements, plus encore des phénomènes d'osmose, de purgation, de toxicité (Hédon), etc., l'analyse décèle dans les urines des quantités qui cessent d'aller en progressant.

En se limitant aux trois hexoses (glycose, galactose, lévulose), on voit, si par exemple on compare la façon dont se comporte l'organisme vis-à-vis du glycose et du galactose, que le galactose apparaît le premier dans les urines et qu'il disparaît également le premier. La courbe représentant son élimination, assez différente de celle qui correspond à l'émonction du glycose, coupe cette seconde, dont la hauteur est, d'ailleurs, plus considérable, le maximum des doses rejetées par le rein étant plus élevé.

Les dosages de glycogène effectués chez des animaux alimentés, après un jeûne relatif, exclusivement avec l'un ou l'autre de ces deux sucres, montrent que le foie retient plutôt le glycose ; de là le passage moins prompt de ce principe dans la vessie. En revanche, au delà de la glande hépatique, en présence des tissus, l'avidité est différente ; à la périphérie, la consommation porte de préférence sur le galactose.

Ainsi, l'utilisation des sucres ne varie pas seulement suivant la nature de ces sucres ou l'état de l'organisme, le mode d'administration, etc., etc., mais encore suivant la région ou les viscères de l'économie.

En outre, si l'on fait des recherches analogues avec le lévulose et que l'on classe les hexoses en tenant compte de leur utilisation, on voit que le lévulose prend place avant les deux autres hexoses, le galactose avant le glycose ; mais l'ordre de transformation en glycogène hépatique donne : lévulose, glycose, galactose, d'où l'intersection des courbes des deux derniers.

En dehors de leur portée théorique, ces expériences établissent à quel point, lorsqu'on veut secourir l'organisme, on doit se préoccuper du choix du sucre à prescrire ; elles montrent aussi l'importance de ces préoccupations quand il s'agit d'interroger l'état du foie, puisque, suivant l'hexose employé, l'action de ce viscère change considérablement, phénomène qui infirme nombre de conclusions récemment déduites. Le problème devient encore plus complexe quand on s'adresse aux bi-hexoses ; de nouveaux éléments trop fréquemment laissés dans l'ombre, les ferments de dédoublement, interviennent fatalement ; les recherches que nous avons depuis longtemps entreprises à ce sujet mettent en lumière ces divers facteurs.

Sur une tumeur du tendon d'Achille.

M. Lannelongue relate l'observation d'un homme d'une trentaine d'années qui, il y a deux ans, ressentit après une course un peu de gêne dans le pied gauche avec gonflement du tendon d'Achille de ce côté ; on percevait en ce point une tumeur du volume d'un haricot, faisant corps avec le tendon, se déplaçant avec lui, fort modérément douloureuse et donnant à la palpation une sensation mollasse ; l'examen radiographique montra qu'il s'agissait, en effet, d'une collection liquide.

Peu à peu, sous l'influence du seul repos, cette tumeur devint de plus en plus résistante, et actuellement elle est tout à fait dure ; l'aspect radiographique s'est modifié parallèlement à ces changements dans les résultats de l'examen objectif.

Il paraît probable qu'on a affaire, dans ce cas, à un kyste hydatique spontanément guéri par calcification.

De la présence d'un parasite dans le sang des épileptiques.

M. Bra communique les résultats de recherches qu'il a pratiquées sur 70 épileptiques, dans les services de M. Magnan et de M. Marandon de Montyel.

Il a trouvé dans le sang de ces malades, soit pendant soit immédiatement après les manifestations comitiales, un microorganisme constitué par des grains très petits, ayant au maximum 1 μ de diamètre, isolés ou réunis en diplocoques ou en chaînettes ; ces dernières renferment quelquefois des éléments plus volumineux, le plus souvent disposés un à chaque extrémité (*forme en boulets enchaînés*). Ce streptocoque se colore bien par les dérivés de l'aniline mais prend mal le Gram ; il pousse assez facilement sur les divers milieux (bouillon, gélatine, gélose, pomme de terre) ; on le retrouve sous ses différents aspects dans le sang des lapins auxquels on fait des injections intraveineuses de ses cultures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 janvier 1902.

Thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure, avec gangrène de l'intestin.

M. Picqué. — Nous avons eu, M. Grégoire et moi, l'occasion d'observer deux cas de thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure avec gangrène de l'intestin. Il s'agit là d'une affection rare, car il n'en a été publié jusqu'ici, à ma connaissance, que 12 cas.

La première observation a trait à un malade qui, après vingt jours de diarrhée et trois jours de constipation, présenta des selles hémorrhagiques ayant nécessité une intervention d'urgence, dans laquelle mon interne, après avoir fait, sans diagnostic précis, une laparotomie exploratrice, établit un anus contre nature. L'opéré ne tarda pas à succomber et l'autopsie montra l'existence d'une thrombo-phlébite de la mésaraïque supérieure, accompagnée de gangrène de l'intestin.

Pour le deuxième malade, j'avais porté le diagnostic de volvulus de l'S iliaque ; la laparotomie me permit de constater des lésions très manifestes de gangrène de l'intestin, sans le moindre étranglement ; à l'autopsie, nous avons encore trouvé, comme dans le cas précédent, une trombo-phlébite de la mésaraïque supérieure, propagée à la veine porte.

M. Quénu. — D'après la désignation que M. Picqué vient de donner à ses deux observa-

(1) D'après M. Himmel (*Ann. de l'Institut Pasteur*, décembre 1901), les bacilles de Ducrey ne provoquent pas d'infection générale chez l'homme en raison de la chimiotaxie positive très intense qui se manifeste à l'égard de ces microorganismes.

tions, notre collègue croit devoir subordonner la gangrène de l'intestin à la phlébite de la veine porte et d'une de ses branches; cependant, l'existence de la diarrhée, notamment, permet de se demander si les lésions intestinales n'ont pas été primitives, et la phlébite secondaire, contrairement à ce que pense M. Picqué. D'ailleurs, il existe un certain nombre de faits de thrombose de la veine porte sans lésions de l'intestin. Au point de vue pathogénique, ces deux observations sont évidemment incomplètes et il est regrettable, en particulier, que l'examen bactériologique n'ait pas été fait.

Sur la prétendue « subluxation par élongation du radius » chez l'enfant.

M. Denucé (de Bordeaux) fait une communication tendant à démontrer que l'accident improprement appelé, depuis Malgaigne, subluxation en avant de l'extrémité supérieure du radius est causé, en réalité, par le pincement d'une portion de la synoviale entre les deux ligaments annulaire et carré.

En effet, dans le jeune âge, les mouvements de pronation forcée déterminent toujours le plissement du bord antérieur du ligament carré, et l'abaissement de ce bord jusqu'au niveau du bord inférieur du ligament annulaire; si la pronation s'accompagne d'une traction sur le radius, il peut même se faire que, par suite du déplacement vers le bas de la tête radiale, le pli inférieur du ligament carré descende au-dessous du bord inférieur du ligament annulaire, circonstance qui permet à la synoviale — peu tendue à cette période de la vie — de faire hernie entre les deux ligaments. Mais que la pronation se relâche à ce moment, et la synoviale herniée se trouvera pincée et comme étranglée; les phénomènes irritatifs dont cette sorte de hernie synoviale étranglée est très rapidement le siège, amène une exsudation de sérosité, d'où l'apparition, au bout de douze à quinze heures, d'une petite tumeur dure, sensible à la palpation, et que l'on considère à tort comme représentant la tête du radius déplacée en avant.

Cet accident ne serait possible que chez les jeunes enfants, le ligament annulaire devenant plus tendu à partir d'un certain âge, ce qui empêche la descente du radius, en même temps que la synoviale, moins lâche, ne peut plus aussi facilement constituer une hernie.

Il est très facile d'obtenir la réduction; pour cela, il faut d'abord, par l'extension en pronation, faire bâiller l'orifice « herniaire » et supprimer ainsi la cause de l'étranglement; par la mise de l'avant-bras en pronation forcée, on déplisse alors le ligament carré, qui réduit la hernie; un mouvement de flexion assure ce résultat, en faisant remonter le ligament carré. L'immobilisation du membre serait inutile à la suite de ces manœuvres.

Hernie étranglée compliquée de gangrène consécutive à un taxis prolongé.

M. Guinard. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Morestin, relative à un cas de hernie étranglée compliquée de sphacèle, après réduction par un taxis prolongé. Le malade fut amené à l'hôpital dans un état désespéré, et M. Morestin, pensant à une réduction en masse de la hernie étranglée, fit une laparotomie; il constata alors, sur l'anse réduite, l'existence d'une perforation mesurant environ 7 millimètres sur 4, perforation qui fut suturée rapidement. Le malade guérit. Cette observation vient une fois de plus nous montrer les dangers du taxis prolongé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 janvier 1902.

Adénite suppurée tardive à la suite d'une attaque de dengue.

M. Antony (médecin militaire). — Le 11 novembre dernier entrait au Val-de-Grâce un officier de marine âgé de cinquante-cinq ans, qui était atteint de pneumonie avec albuminurie. Cette affection évolua normalement, mais dans le cours de la convalescence le malade attira l'attention sur une adénite inguinale gauche suppurée, survenue sans cause apparente. On apprit alors, en interrogeant cet officier, qu'il avait été atteint au mois de février, en même temps qu'une partie de l'équipage de son vaisseau, d'une attaque de dengue, et qu'un mois environ plus tard il avait présenté une double adénite inguinale dont l'une seulement avait suppuré. L'autre avait persisté depuis cette époque, mais était restée indolente; c'est cette seconde adénite qui était devenue douloureuse et avait suppuré à l'occasion de la pneumonie. L'examen bactériologique du pus ne permit pas d'y déceler le bacille d'Yersin, mais seulement de petits cocci en forme de grains de café, qui purent être cultivés; leur inoculation aux animaux n'a pas encore donné de résultats concluants. On n'est donc pas en droit, jusqu'à présent, d'accorder à ces cocci le rôle d'agent pathogène; il y a lieu, toutefois, de noter que leur présence avait été constatée, en même temps que celle des pneumocoques habituels, dans l'expectoration rendue par le malade au cours de sa pneumonie.

Cette observation est instructive en ce qu'elle prouve que les adénites succédant à la dengue peuvent n'apparaître qu'au bout de plusieurs semaines, de sorte que leur véritable origine peut être facilement méconnue; on s'explique ainsi que ces adénites aient été rattachées quelquefois au paludisme ou même à la peste. Cette confusion pourra toujours être évitée, grâce à l'examen bactériologique.

M. Bucquoy fait remarquer que, d'après les médecins de marine, un des meilleurs caractères différentiels du bubon pesteux d'avec les autres espèces d'adénite est d'être extrêmement douloureux, et cela dès le début de l'affection.

Aortite syphilitique latente et névralgies viscérales.

M. Rénon relate un cas d'aortite syphilitique qui s'est manifestée par des crises douloureuses atroces, uniquement viscérales et simulant, à s'y méprendre, les accès de colique hépatique ou néphrétique.

La présence d'une insuffisance aortique, qui n'existait pas un an auparavant, imposa le diagnostic; celui-ci fut, du reste, confirmé d'une façon décisive par l'épreuve du traitement spécifique, lequel fit cesser rapidement tous les phénomènes douloureux.

La cause de ces violentes douleurs viscérales, ajoute l'orateur, n'est pas facile à préciser, et on peut incriminer aussi bien une compression des filets nerveux par l'épaississement des tuniques de l'aorte, qu'une irritation à distance. Par contre, on ne saurait trop insister sur la valeur séméiologique de ces douleurs qui semblent jouer, par rapport aux aortites syphilitiques latentes, le même rôle que les douleurs signalées l'an passé par M. Huchard dans les anévrysmes latents de l'aorte (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 179).

Hypertrophie simple du cerveau.

M. Variot communique l'observation d'un enfant de seize mois dont la tête présentait un développement exagéré (54 centimètres de circonférence) et qui mourut vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, avec une température de 43°.

L'autopsie ne permit de constater aucune lésion viscérale susceptible d'expliquer cette hyperthermie; quant à l'augmentation de volume du crâne, elle était le fait d'un développement anormal de l'encéphale, dont le poids atteignait 1,640 grammes. Les ventricules latéraux n'étaient pas dilatés et le liquide céphalo-rachidien était très peu abondant. Les méninges étaient saines, et les circonvolutions normales.

Myopathie atrophique progressive consécutive à un traumatisme.

M. Gasne présente, au nom de M. Lyon et au sien, un homme de trente-quatre ans qui est atteint, depuis huit années, d'une myopathie atrophique progressive. Cette affection, dont on n'a pu retrouver aucun autre exemple dans la famille du malade, a pris naissance quelques mois après une chute ayant nécessité un repos au lit de plusieurs semaines. Les autres particularités intéressantes à noter dans ce cas sont, en dehors du début tardif, la conservation des réactions électriques et celle des réflexes tendineux.

M. Joffroy dit avoir observé également un malade, sans antécédents familiaux, qui a été atteint d'une atrophie musculaire généralisée à la suite d'une chute de voiture, mais on ne saurait en conclure que le traumatisme ait été la véritable cause efficiente de la maladie.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 janvier 1902.

Diagnostic précoce de l'érythème prémycosique.

M. Balzer. — Voici une jeune femme de vingt-six ans qui est atteinte d'une affection cutanée datant de seize années. Elle a eu à ce moment une sorte d'eczéma de la face, qui a été traité à l'hôpital des Enfants-Malades. Depuis, elle n'a cessé de présenter des altérations cutanées au visage, qui a été le siège, de temps à autre, de poussées congestives accompagnées de prurit. Il en est résulté cet état de tuméfaction et de boursouflement de la peau de la face que vous voyez actuellement, et qui est accompagné d'adénopathies sous-maxillaires. Les membres supérieurs ont été pris à leur tour et il y persiste des éléments pigmentés d'aspect lichénoïde. Je me demande s'il ne s'agit pas ici d'un érythème prémycosique, d'allure anormale.

M. Hallopeau. — Je ne pense pas qu'une éruption aussi localisée, remontant à seize ans, sans modification caractéristique, puisse être considérée comme un érythème prémycosique. Je crois plutôt que nous nous trouvons en présence d'un cas de l'affection que j'ai décrite sous le nom d'*urticaire perstans*.

M. Balzer. — J'ai publié deux observations d'érythème prémycosique se manifestant par des poussées tout à fait analogues du côté de la face. Dans l'un de ces cas, le diagnostic s'est déjà trouvé confirmé par l'évolution ultérieure de la maladie.

M. Brocq. — Chez un sujet qui a du prurit persistant, on ne peut dire *a priori* si dans la suite il se développera ou non du mycosis fongoïde. J'ai vu, en effet, un cas où le prurit dura quinze ans, avant l'apparition du mycosis.

Ici, nous constatons du prurit chronique, avec les lésions ortiées et l'état de lichénification de la peau que provoquent les grattages répétés. Il est possible que ce ne soit là que le prélude d'un mycosis fongoïde, mais aucune de ces altérations cutanées n'offre de caractère permettant de redouter plus spécialement cette maladie.

M. E. Besnier. — Il serait d'un grand intérêt de pratiquer en pareil cas, au moment d'une poussée congestive, une biopsie suivie d'un examen histologique : dans la plupart des érythèmes prémycosiques, on constate des éléments caractéristiques, qui indiquent la nature de l'affection.

M. J. Darier. — Les descriptions histologiques données par MM. Leredde, Wickham et par moi permettent, en effet, le plus souvent de reconnaître l'érythème prémycosique. Récemment, chez une malade qui présentait tous les signes cliniques de cette dermatose, j'ai pu écarter ce diagnostic après examen microscopique.

M. Gaucher. — Le diagnostic peut-il être établi par l'examen histologique lorsque les lésions sont aussi peu marquées que chez la femme que M. Balzer vient de nous montrer?

M. Sabouraud. — Dans un cas aussi fruste, j'ai récemment pu affirmer, après examen histologique, qu'il s'agissait d'érythème prémycosique. D'ailleurs, cette étude me paraît un complément indispensable de l'observation actuelle.

Télangiectasie généralisée et castration.

M. Gaucher. — Je donne mes soins à une femme de vingt-huit ans qui présente, depuis le mois de juillet, de la télangiectasie à la face, au tronc et aux membres inférieurs. Or, cette malade avait subi, quatre mois auparavant, une hystérectomie totale avec ablation des annexes. Bien qu'entre l'intervention et l'apparition de l'affection cutanée la patiente n'ait jamais éprouvé, aux époques cataméniales, de poussées congestives, je me demande s'il n'y a

pas un rapport de cause à effet entre l'acte opératoire et la télangiectasie, étant donné surtout qu'il est de notion banale que cette dernière accompagne souvent la ménopause. Je dois dire, cependant, que je n'ai trouvé dans la littérature médicale aucune observation de télangiectasie consécutive à la castration.

M. J. Darier. — Je pense qu'il ne faudrait pas accepter sans réserves la pathogénie proposée dans ce cas par M. Gaucher. Il n'est pas exceptionnel, en effet, d'observer des télangiectasies généralisées chez de jeunes femmes scrofuleuses ou arthritiques, en dehors de toute influence génitale.

Lupus de la jambe guéri par le permanganate de potasse.

M. Hallopeau communique une observation de lupus de la jambe qui résistait à tous les traitements depuis plus de vingt ans. L'affection avait pris des proportions telles que le malade réclamait lui-même l'amputation du membre atteint. Cette grave lésion a fini par céder aux applications prolongées de permanganate de potasse, d'abord suivant le procédé de Butte, puis sous forme de poudre, et enfin en solution au $^1/_{120^e}$, les pansements restant en permanence sur la plaie et étant renouvelés quatre fois par vingt-quatre heures. Il est à noter que chez un autre malade l'application de compresses imbibées d'une solution de permanganate de potasse au même titre avait provoqué une dermite intense, qui a totalement fait défaut dans le cas présent.

Malformations hérédo-syphilitiques portant sur la première dentition.

M. Girès montre, au nom de M. Jeanselme et en son nom, un enfant de dix-sept mois chez lequel on observe des malformations dentaires identiques à celles qui sont connues sous le nom de « dents de Hutchinson ». Il existe, en effet, des encoches semi-lunaires, très prononcées, sur les deux incisives médianes supérieures avec ébauche des mêmes malformations au niveau des incisives latérales supérieures. Ces lésions sont tout à fait exceptionnelles lors de la première dentition.

M. E. Besnier fait remarquer qu'on doit réserver la dénomination de « dents de Hutchinson » à la malformation des deux incisives médianes supérieures de la deuxième dentition, avec encoche en cupule des bords inférieurs de ces dents et déviation de leurs axes, lesquels convergent inférieurement.

Conditions dans lesquelles une femme lépreuse peut allaiter son enfant.

M. J. Darier. — J'ai pu m'assurer par des examens répétés, après centrifugation, qu'on ne trouvait pas de bacille de la lèpre dans le lait de la femme dont je vous ai parlé à notre dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 421). Comme cette malade ne porte aucune lésion ulcéreuse et que son mucus nasal ne contient pas le bacille spécifique, je l'ai autorisée à continuer jusqu'à nouvel ordre l'allaitement de son nourrisson.

M. Gaucher relate l'observation d'une fillette de sept ans, atteinte d'un nævus qui présente la double particularité de n'être pas congénital, car il ne s'est développé que depuis deux années, et d'affecter une disposition zoniforme et métamérique.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 6 janvier 1902.

Un cas de varices très étendues, consécutives à une pneumonie.

M. Lipmann-Wulf présente un homme de trente-huit ans, syphilitique depuis quinze années, chez lequel il s'est développé des varices non seulement dans le domaine des saphènes internes, mais aussi sur tout le côté droit de l'abdomen, jusqu'au thorax. C'est dans la convalescence d'une pneumonie, il y a neuf ans, qu'ont débuté les altérations veineuses : il survint un gonflement suivi de l'apparition de varices, d'abord sur la jambe gauche; puis, au bout de quelques semaines, des accidents identiques se produisirent à droite; enfin les varices envahirent aussi l'abdomen, et, en trois mois, le tableau morbide actuel était constitué.

En ce qui concerne la pathogénie, l'orateur pense que la pneumonie a eu pour conséquence la formation d'une thrombose dans les veines fémorale et iliaque gauche, et que ce thrombus s'est étendu, par l'intermédiaire du tronc commun des iliaques, aux mêmes vaisseaux du côté droit, l'oblitération des veines cutanées ayant déterminé peu après le développement d'une circulation complémentaire et — par suite — des varices abdominales. Il est douteux que la veine porte soit intéressée.

M. von Leyden déclare avoir aussi observé, à la suite des maladies infectieuses, des thromboses, non seulement veineuses, mais encore artérielles; ces thrombus ne sont ni d'origine marastique, ni d'origine embolique, mais prennent naissance aux dépens des leucocytes. Il ne paraît pas probable que la veine porte ait participé au processus morbide dans le cas de M. Lipmann-Wulf, car il y aurait de l'ascite.

M. A. Fränkel fait remarquer que Eichhorst a attribué les thromboses artérielles des états infectieux aigus à une endartérite proliférante, causée par les toxines; rien n'empêche d'admettre aussi ce mécanisme pour les thromboses veineuses survenant dans les mêmes conditions.

M. von Leyden ne considère pas comme vraisemblable l'existence de l'endartérite dans les cas de thrombose artérielle auxquels M. Fränkel vient de faire allusion.

M. Rosin a vu survenir, dans la convalescence d'une pérityphlite avec péritonite, un œdème considérable de la jambe gauche ; le pouls était aboli à l'artère poplitée. On ne pouvait ici songer à un accident marastique, car le patient était dans un état très satisfaisant.

Présence des leucocytes iodophiles dans les états infectieux.

M. Kaminer. — Ayant remarqué que les leucocytes iodophiles d'Ehrlich étaient presque constants dans les affections microbiennes, j'ai fait des recherches expérimentales à ce sujet; j'ai pu m'assurer ainsi que l'injection, dans les veines de lapins ou de cobayes, de cultures virulentes de streptocoque, de staphylocoque, de pneumocoque, de bacille de Löffler ou d'Eberth, de bactéridie charbonneuse, de colibacille, fait apparaître, au bout de huit heures, les leucocytes en question; les résultats sont encore plus rapides quand on se sert de cultures stérilisées, ne contenant plus, par conséquent, que des toxines. Au contraire, cette réaction leucocytaire fait défaut chez les animaux immunisés; il semble donc qu'elle constitue une propriété spécifique de la toxine, propriété que la présence d'antitoxine empêche de se manifester. Les toxoïdes d'Ehrlich (abrine, ricine) se comportent à ce point de vue comme des toxines.

Dans les processus infectieux chroniques, tels que la morve ou la tuberculose, les choses ne se passent pas de la même façon que dans les infections aiguës : alors que les injections intraveineuses ou sous-cutanées sont sans effet, l'ingestion de produits virulents ou leur introduction dans le péritoine déterminent la réaction iodophile, mais au bout de douze jours seulement.

En somme, chez l'homme, on constate des leucocytes iodophiles toutes les fois que l'organisme contient des toxines ou des bactéries en quantité suffisante ; ce fait peut avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic.

Anévrysme de l'aorte, ouvert dans la veine cave.

M. Ziegenhagen relate l'histoire d'un malade qui présentait une cyanose très marquée, avec œdème considérable de la moitié supérieure du corps, dyspnée intense et accélération du pouls; le ventricule gauche était augmenté de volume, il existait une matité absolue sous la clavicule droite, et on percevait un roulement systolique très marqué sur toute la surface du cœur, ainsi qu'un souffle systolique au niveau du sternum; il n'y avait pas d'inégalité pupillaire, ni de différences dans le pouls des deux côtés; les veines du thorax étaient turgescentes.

L'anévrysme aortique étant évident, il s'agissait de savoir s'il y avait simple compression de la veine cave, ou communication de celle-ci avec la poche anévrysmale; c'est à la première hypothèse qu'on s'arrêta, les troubles fonctionnels s'étant développés progressivement. Or, l'autopsie fit constater, entre la veine et l'anévrysme, l'existence d'un orifice permettant le passage d'un crayon.

Ce fait démontre que l'ouverture d'un anévrysme aortique dans la veine cave ne s'accompagne pas nécessairement d'accidents subits et rapidement mortels, comme on l'admet d'ordinaire.

M. S. Munter fait une communication dans laquelle il préconise les pratiques hydrothérapiques (bains chauds prolongés de quarante-cinq minutes à une heure), maniées avec prudence, comme traitement symptomatique du tabes.

Dr Villaret.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les lavements de sérum artificiel contre les vomissements incoercibles de la grossesse.

Il y a quelques années, M. le docteur R. Condamin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, a eu l'occasion d'observer une jeune femme enceinte, qui n'ayant pu, depuis trois semaines, supporter aucun aliment, se trouvait dans un état de cachexie très avancée avec accidents cérébraux. L'avortement artificiel semblait s'imposer, mais, pour remonter les forces de la malade, on décida de lui administrer d'abord, pendant quelques jours, des lavements fréquemment répétés de sérum artificiel. Or, dès le lendemain, la patiente reprit connaissance, et vers le sixième jour elle était tellement améliorée qu'on renonça à l'intervention; cinq jours plus tard, elle commença à accepter de la nourriture, l'appétit revint peu à peu et la guérison complète ne se fit pas attendre.

Se basant sur ce fait — et estimant que les vomissements incoercibles de la grossesse pourraient bien être sous la dépendance d'une intoxication générale de l'organisme, comme on l'admet généralement pour l'éclampsie —, notre confrère décida de traiter, d'une façon systématique, les vomissements incoercibles au moyen du sérum artificiel administré de préférence par la voie rectale, à la dose quotidienne de 3 à 4 litres, fractionnée en plusieurs lavements de 300 grammes chacun. Pour que ces clystères soient bien supportés, le liquide doit être tiède et l'injection pratiquée très lentement : il faut que les 300 grammes pénètrent en l'espace de dix à quinze minutes; si le lavement semble déterminer des mouvements péristaltiques de l'intestin, on s'arrête pour recommencer dès que ces mouvements ont cessé. Dans les cas d'intolérance, on devra ajouter quelques gouttes de laudanum ou, au besoin, recourir à la voie hypodermique.

Le traitement doit durer une dizaine de jours, pendant lesquels la malade ne reçoit aucun aliment solide ni liquide; après ce laps de temps, elle commence par prendre quelques gorgées de liquide pour revenir insensiblement à l'alimentation ordinaire, en même temps qu'on continue pendant encore plusieurs jours les lavements de sérum artificiel.

M. Condamin a traité de la sorte 8 cas de vomissements incoercibles de la grossesse, sans avoir jamais été obligé de pratiquer l'avortement.

Emploi de la stase artificielle contre les raideurs articulaires consécutives à un traumatisme ou à l'immobilisation prolongée.

Nous avons fait connaître l'an passé la méthode de traitement préconisée par M. le doc-

teur Bier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Greifswald, contre diverses affections des membres, notamment contre la tuberculose des extrémités, l'arthrite blennorrhagique, etc., et consistant en la production d'une hyperémie artificielle, soit passive, par la constriction de la racine du membre avec un lien élastique, soit active, au moyen d'applications d'air chaud (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 140). Or, d'après M. le docteur Blecher (médecin militaire allemand), le premier de ces moyens serait aussi utilisé avec succès, dans le service de M. Bier, contre les raideurs articulaires reconnaissant pour cause un traumatisme ou une immobilisation longtemps prolongée. C'est fortuitement que l'on put constater les bons effets de la stase artificielle dans les faits de ce genre : dans un cas où on avait eu recours à ce mode de traitement pour obtenir la guérison d'une pseudarthrose de l'humérus consécutive à une fracture siégeant au voisinage de l'articulation scapulo-humérale, on vit que non seulement l'hyperémie passive activait la consolidation de la pseudarthrose, mais encore qu'elle exerçait une influence des plus heureuses sur la raideur de l'articulation de l'épaule. Depuis lors, les essais ont été poursuivis dans cete voie : 15 malades atteints de raideur articulaire ont été traités exclusivement par la stase artificielle, et, chez 11 d'entre eux, les résultats ont été des plus favorables.

La méthode dont il est ici question ne donnerait de succès que lorsque la raideur articulaire est due uniquement à la rétraction de la capsule ou des ligaments; elle se montrerait, au contraire, inefficace quand il y a des adhérences intra-articulaires de nature osseuse ou cartilagineuse. C'est, en effet, en amenant un relâchement des ligaments et des éléments de la capsule, et en facilitant de la sorte la production de synovie, que l'hyperémie passive permettrait d'obtenir le résultat recherché. Aussi, l'œdème articulaire n'étant pas par lui-même la cause de la résorption des produits inflammatoires, M. Blecher conseille-t-il, pour favoriser cette dernière, de ne faire agir la stase que d'une façon intermittente, de deux heures en deux heures, par exemple; dans le même but, il propose d'associer à l'hyperémie passive le massage et l'hyperémie active déterminée au moyen de l'air chaud.

Emploi du lait cru dans l'allaitement des nourrissons atteints d'athrepsie ou de gastro-entérite chronique.

Après avoir été très en vogue, l'emploi du lait stérilisé pour l'allaitement des nourrissons soulève depuis quelque temps de nombreuses discussions. Entre autres, on a reproché à ce mode d'alimentation de donner lieu, par suite d'altérations que le lait subit sous l'influence du chauffage, au développement du scorbut infantile (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 454, 460 et 495). A en juger d'après l'expérience de M. le docteur S. Monrad (de Copenhague), le lait stérilisé présenterait, d'autre part, l'inconvénient d'être mal supporté par certains enfants. C'est ainsi que notre confrère a observé, dans le service de M. le professeur Hirschsprung, médecin en chef de l'hôpital des enfants de la Reine Louise, à Copenhague, 5 nourrissons alimentés avec du lait stérilisé et atteints de troubles digestifs graves (gastro-entérite chronique, athrepsie), qui, après être longtemps restés malades malgré l'emploi de tous les moyens habituellement utilisés en pareille occurrence, ne tardèrent pas à se rétablir dès que le lait cru fut substitué au lait stérilisé.

Sans vouloir généraliser la portée de ces faits et renoncer, de parti pris, à l'usage du lait stérilisé, M. Monrad estime cependant que, dans les cas de catarrhe gastro-intestinal chronique, on ne doit pas s'obstiner à continuer ce genre d'allaitement, surtout si les troubles gastriques dominent le tableau clinique. Chez les enfants qui, alimentés avec du lait stérilisé ou bouilli, ou encore avec des succédanés du lait (farines lactées, laits condensés, etc.), vomissent continuellement sans qu'on parvienne à arrêter ces vomissements par les moyens thérapeutiques usuels, il convient d'essayer le lait de vache cru. Celui-ci pourra également remplacer avec succès le lait stérilisé dans les cas d'atrophie infantile.

Il va sans dire que les précautions les plus minutieuses de propreté s'imposent pour éviter toute souillure accidentelle du lait. Coupé avec de l'eau bouillie froide dans les proportions qu'on a adoptées pour le coupage du lait stérilisé, le lait destiné à être employé cru doit être conservé dans un endroit frais et, de préférence, sur de la glace. Chaque flacon contenant la quantité nécessaire pour une tétée, et soigneusement bouché, sera plongé, au moment même de l'utiliser, dans de l'eau chaude, de manière à en tiédir le contenu, comme cela se fait pour le lait stérilisé.

Traitement de la sciatique rebelle par l'application d'une solution d'acide phénique sur le nerf mis à nu.

L'acide phénique avait été jadis préconisé en injections sous-cutanées contre la névralgie sciatique; mais ce procédé, très incertain, est de nos jours complètement abandonné. D'après M. le docteur F. Hölscher, médecin en chef de l'hôpital des Trois Rois, à Mülheim-sur-le-Rhin, le phénol constituerait, cependant, un moyen très efficace dans les cas de sciatique rebelle, à la condition d'être appliqué directement sur le nerf, au lieu d'être injecté sous la peau. Voici quel est le procédé adopté par notre confrère :

Le membre inférieur étant fortement fléchi, on mène à égale distance de la tubérosité ischiatique et du grand trochanter une incision d'environ 10 centimètres de long dans la direction de l'épine sciatique, et, après avoir fendu le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose, on pénètre, à travers les fibres musculaires, jusqu'au nerf sciatique qu'on dénude sur une étendue d'environ 6 centimètres. Cela fait, on applique sur le nerf ainsi mis à nu un tampon de gaze gros comme un œuf de poule et imbibé d'une solution d'acide phénique à 5 %; par-dessus, on dispose de la gaze, de manière à protéger autant que possible les tissus environnants. La plaie est ensuite suturée à ses deux extrémités, la partie moyenne restant seule ouverte afin de permettre d'enlever le tampon, qu'on laisse en place pendant trois jours.

La présence du tampon phéniqué dans l'incision provoque des douleurs assez vives, qu'on parviendrait cependant à rendre moins violentes en substituant au pansement sec, dont M. Hölscher recouvrait la plaie dans ses premières opérations, un pansement humide fait avec une solution de sublimé. La plaie suppure et donne lieu à une tuméfaction passagère des ganglions inguinaux. Notre confrère n'a jamais enregistré d'autres complications; parfois seulement il a noté une légère paresthésie de la jambe, qui cédait à quelques séances de massage.

Depuis dix ans, M. Hölscher a eu l'occasion d'appliquer le procédé en question à 15 cas de sciatique ayant résisté au traitement médicamenteux, ainsi qu'à l'hydrothérapie, à l'électricité, à l'élongation du nerf, etc. Sur ces 15 cas, il n'a observé que deux récidives, survenues l'une au bout de deux ans, et l'autre au bout de trois ans; encore faut-il tenir compte que, chez les deux malades dont il s'agit, le tampon n'avait pas été appliqué directement sur le nerf, celui-ci étant resté protégé par une mince couche musculaire. Le plus souvent, la guérison complète a été obtenue immédiatement après l'intervention; dans quelques cas seulement, on fut obligé de renouveler le tampon phéniqué au moment d'enlever le pansement.

Inconvénients de l'emploi des comprimés et moyens d'y remédier.

Depuis quelque temps, l'industrie pharmaceutique tend à présenter les médicaments les plus divers sous une forme à la fois commode et agréable, connue sous le nom de *comprimés*. Il faut reconnaître que ces préparations pharmaceutiques sont d'un emploi facile et peuvent rendre d'excellents services, à la condition d'être confectionnées d'une manière rationnelle et d'agir aussi rapidement que le ferait leur principe actif administré en poudre. Or, la plupart des comprimés qu'on trouve dans le commerce laissent beaucoup à désirer à cet égard, surtout s'ils renferment des substances médicamenteuses peu ou point solubles dans l'eau, telles que la quinine, la caféine, etc. En pareil cas, il n'est pas rare de constater que ces préparations, ayant la consistance de la pierre, restent à peu près telles quelles, même après avoir séjourné pendant deux heures dans l'eau. Cela étant, on comprend que la médication puisse complètement échouer quand on prescrit des comprimés officinaux ou quasi-officinaux qui traversent le tube digestif en restant en grande partie inaltérés, tout comme les fameuses « pilules perpétuelles » de nos pères.

Afin d'éviter des surprises fâcheuses, un confrère allemand, M. le docteur Goldmann, recommande de toujours s'assurer, au préalable, de la qualité de la préparation, en soumettant un des comprimés à l'action de l'eau froide : si, après un séjour de deux minutes dans ce liquide, la petite pastille ne s'est pas désagrégée, c'est que la préparation est plus ou moins défectueuse et risque de n'être pas résorbée. Il se peut que la plupart des comprimés à base de substances insolubles ou difficilement solubles dans l'eau ne répondent guère à cette condition ; il serait alors préférable de renoncer complètement à ordonner de tels médicaments sous cette forme pharmaceutique.

Les préparations dont il s'agit peuvent encore offrir un autre inconvénient. Lorsque le médecin prescrit des comprimés comme préparation magistrale, il indique simplement, en général, le poids de chaque pastille et la quantité de principe actif qu'elle doit renfermer, en laissant au pharmacien le soin de déterminer la proportion de mucilage à employer. Mais, pour obtenir des préparations réellement efficaces, il convient aussi de tenir compte de la nature des médicaments à incorporer. S'agit-il, par exemple, d'un produit insoluble, on fera bien d'ajouter à la pâte une substance avide d'eau, telle que l'amidon, de manière à rendre plus facile la désagrégation des comprimés dans le tube digestif. D'autre part, il importe de ne pas employer une grande quantité de mucilage de gomme adragante ou de gomme arabique dans la confection de comprimés renfermant des substances très actives et qu'il serait dangereux de laisser s'accumuler dans l'économie (médicaments hypnotiques, par exemple) : la gomme, en entravant plus ou moins les mouvements péristaltiques de l'intestin, s'oppose à l'élimination rapide de ces remèdes par le tube digestif.

Un procédé de suture pour éviter les éventrations post-laparotomiques.

Il y a deux ans, un confrère italien, M. le docteur E. Piccoli, chirurgien de l'hôpital de Lendinara, a proposé un procédé de cure radicale des hernies ombilicales, qui consiste à doubler, dans la région de la hernie, la paroi abdominale (peau et tissu cellulaire sous-cutané non compris), en superposant la moitié droite de la paroi à la moitié gauche, absolument comme on fait pour boutonner un vêtement « croisé », et à suturer ensuite la peau sur la ligne médiane. M. le professeur L. Heidenhain, directeur de l'hôpital de Worms, a eu récemment l'occasion d'utiliser le même principe dans deux cas d'extirpation de grosses tumeurs de l'ovaire, en vue de rétrécir la cavité abdominale et d'assurer l'occlusion parfaite de la plaie opératoire. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille d'environ trente ans, chez laquelle le néoplasme remontait, des deux côtés, jusqu'aux hypocondres; le second fait concernait une femme portant une tumeur de 48 livres, et dont l'abdomen mesurait 1 mètre 20 centimètres de circonférence. Les résultats ont été très satisfaisants chez les deux opérées.

En ce qui concerne le degré d'entre-croisement à donner aux deux moitiés de la paroi abdominale, le chirurgien allemand estime qu'en général il suffira d'obtenir l'adaptation exacte des bords internes des deux muscles droits sur la ligne médiane; mais lorsque la cavité abdominale est très distendue et la paroi fortement amincie, comme ce fut le cas de la seconde malade de M. Heidenhain, il sera utile d'entre-croiser, en partie, les muscles droits eux-mêmes, tout en évitant de rétrécir démesurément l'abdomen, ce qui pourrait créer une certaine gêne à l'occasion d'une grossesse ultérieure.

Notre confrère est porté à croire que le procédé en question serait également susceptible de rendre de bons services dans les cas d'entéroptose avec écartement très prononcé entre les muscles droits de l'abdomen.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. Ernest Barié.

Les épanchements pleuraux chez les cardiaques.

Nous avons eu, il y a quelque temps déjà, dans notre salle des femmes, deux malades présentant entre elles une analogie étroite par la similitude de leur état pathologique. La première, âgée de cinquante ans, marchande ambulante, que nous avons soignée dans le service à cinq ou six reprises différentes pendant près de trois ans, était atteinte d'une double lésion aortique; la seconde, rhumatisante, âgée de quarante-trois ans, s'offrait à nous avec une insuffisance mitrale en pleine asystolie; or, ces deux patientes, quoique atteintes de cardiopathies différentes, présentaient une complication commune, je veux dire un épanchement dans les plèvres, que nous avons caractérisé dans le premier cas du nom de pleurésie, dans le second de celui d'hydrothorax.

Cette association d'une affection organique du cœur avec un épanchement pleural n'est point — tant s'en faut — un fait exceptionnel, mais la nature, la pathogénie et la valeur séméiologique de cet épanchement sont extrêmement variables.

En face d'un épanchement pleural chez un cardiaque, une question très importante se pose dès l'abord : le malade est-il simplement porteur d'un *hydrothorax*, ou est-il atteint de *pleurésie ?* Cette question, qui ne saurait aujourd'hui nous arrêter longtemps, a été discutée autrefois par les meilleurs esprits, qui arrivaient mal à distinguer les deux affections l'une de l'autre, et l'on trouve encore trace de cette incertitude dans un excellent travail, relativement récent, sur la pleurésie, dans lequel il est dit : « les affections du cœur troublent la circulation et provoquent le développement d'une sorte de pleurésie bâtarde voisine de l'hydrothorax ». Cependant il est de règle actuellement d'assigner des caractères très nets à l'hydrothorax : celui-ci n'est qu'un épanchement purement passif de sérosité, analogue à celui qui se produit dans le tissu cellulaire sous-cutané à la suite de certaines maladies hydropigènes comme les néphrites chroniques, ou encore dans les états cachectiques, formant ce qu'on désigne couramment sous le nom d'œdème. Or, l'œdème a pour caractère principal d'être symétrique et d'intéresser, de chaque côté, les membres similaires; de même l'hydrothorax, qui n'est qu'une simple transsudation à travers la séreuse pleurale, occupe les deux côtés du thorax. D'ailleurs, la répartition du liquide n'est point égale dans les deux plèvres, et certaines conditions, le décubitus latéral, par exemple, expliquent la prédominance pour l'un ou l'autre côté. Le mécanisme que nous venons d'invoquer nous explique pourquoi l'hydrothorax ne survient dans les maladies du cœur qu'à une période tardive, quand se montrent les œdèmes et les hydropisies, c'est-à-dire dans le cours des états hyposystoliques et dans l'asystolie finale. Si, par la quantité en général assez peu considérable du liquide qui le constitue, l'hydrothorax ne semble pas être, par lui-même, une complication d'un pronostic sévère, néanmoins sa présence seule est un indice des plus fâcheux, car elle confirme que le cardiaque est irrémédiablement entré dans la période troublée des cardiopathies organiques, et que désormais vont se dérouler chez lui la plupart des manifestations cliniques de l'asthénie cardio-vasculaire.

Tout autres sont les caractères et la signification des épanchements pleuraux des cardiaques, se rattachant à la pleurésie vraie. Et d'abord, d'une façon générale, celle-ci se distingue de l'hydrothorax en ce qu'elle est unilatérale et siège de préférence du côté droit, qu'elle est plus fréquente que l'hydrothorax, et que, contrairement à celui-ci, elle peut se rencontrer lorsque l'affection cardiaque est encore peu accusée ou tout au moins ne se manifeste que par des troubles de peu d'importance.

Au point de vue des lésions anatomiques, il existe également des différences importantes entre la pleurésie et l'hydrothorax. Dans ce dernier, la plèvre n'est point altérée, elle est simplement lisse, pâlie et comme lavée par le travail de lixiviation que lui a fait subir la présence du liquide séreux; dans la pleurésie, au contraire, elle a une coloration brun noirâtre due à l'infarctus hémoptoïque sous-jacent, et en cette région les deux feuillets pleuraux présentent des brides molles et des exsudats fibrineux peu résistants, indices d'un véritable travail inflammatoire autour de l'infarctus.

Cependant, malgré des caractères différentiels cliniques et anatomiques aussi tranchés, il est des cas où la distinction entre l'hydrothorax et la pleurésie reste assez délicate. On a voulu, en pareille circonstance, trouver la solution du problème dans l'examen chimique du liquide épanché, et on a dit : le liquide de l'hydrothorax n'est constitué que par de la simple sérosité; celui de la pleurésie, au contraire, est de nature inflammatoire et, par conséquent, renferme de la fibrine. Cette distinction a son importance en effet, mais c'est surtout l'examen cytologique de l'épanchement qui viendra en aide au diagnostic différentiel de l'hydrothorax et de la pleurésie; nous reviendrons plus loin sur cette question intéressante, car j'ai hâte d'entrer dans le plein de notre sujet, qui est l'étude toute particulière de la pleurésie avec épanchement chez les cardiaques.

La pleurésie — vous ne l'ignorez pas — est une affection qui complique les maladies du cœur avec une assez grande fréquence; à dire vrai, je ne connais pas de statistique qui en établisse nettement le degré de morbidité, et tout ce que je puis déclarer à ce sujet, c'est que, sur 126 observations personnelles de cardiopathies organiques où il est fait mention avec quelque détail des lésions de l'appareil pleuro-pulmonaire, j'ai relevé 13 cas de pleurésie avec épanchement, soit une proportion de 10.32 %. Quant à la pleurésie sèche, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, elle est extrêmement fréquente et il est peu d'autopsies d'asystoliques où l'on ne note l'existence d'adhérences, partielles ou généralisées à la base et à la face externe des poumons, coïncidant avec des foyers de congestion œdémateuse ou des noyaux d'apoplexie pulmonaire. Dans quelques cas plus rares, on a rencontré de véritables symphyses pleurales, partielles ou quasi généralisées.

Le plus souvent, l'épanchement pleurétique est de quantité moyenne; les grands épanchements sont exceptionnels; au contraire, les petits épanchements sont fréquents. Le liquide est presque toujours séreux, citrin, très peu coagulable. Quelquefois, cependant, il est sanguinolent : Bouillaud (1841) trouva deux verres de sérosité sanguinolente dans le côté droit de la poitrine, à l'autopsie d'une femme de quarante et un ans, atteinte d'aortite chronique compliquée d'une double lésion de l'orifice mitral; chez un homme de cinquante-cinq ans, porteur d'une insuffisance mitrale, dont l'histoire est rapportée dans la thèse de Margueritte (1862), on rencontra, dans la cavité pleurale droite, un litre de liquide sanguinolent; chez un vieillard de soixante-huit ans entré à l'hôpital Cochin pour une insuffisance aortique, on retira, du côté droit, un litre de sérosité sanguinolente qui se coagula en masse; enfin, la même année, M. Weill (de Lyon) constata un épanchement sanguinolent d'un litre dans le côté droit du thorax, chez une femme de cinquante ans affectée d'une double lésion mitrale compliquée de dilatation du ventricule droit et d'insuffisance tricuspidienne. Plus exceptionnellement encore, on observe chez les cardiaques une véritable pleurésie hémorrhagique; je vous en citerai brièvement quelques faits : chez une femme de soixante ans, atteinte de rétrécissement mitral avec insuffisance, Martineau (1874) enleva par la thoracentèse 800 grammes de sang noir, et plus récemment M. Huchard (1891) retira 1,600 grammes de liquide hémorrhagique de la cavité pleurale gauche d'un malade atteint d'aortite chronique avec insuffisance aortique d'origine artérielle.

D'après M. Bucquoy (1882), « jamais ou presque jamais on ne trouve de sérosité purulente »; il en existe cependant plusieurs exemples très détaillés : M. Lancereaux (1881) a rencontré un épanchement purulent dans la plèvre droite chez un homme atteint d'endocardite végétante ulcéreuse de la tricuspide, et Taylor (1891), dans un cas d'endocardite tricuspidienne chez une jeune fille de dix-sept ans, constata un épanchement purulent de la plèvre droite en rapport immédiat avec un infarctus siégeant à la face postérieure du poumon.

Je bornerai là mes citations et vous ferai remarquer de nouveau que, quelle que soit la qualité de l'épanchement : séreux, hémorrhagique, purulent, etc., le siège de prédilection de la pleurésie, chez les cardiaques, se trouve du côté droit; j'ajoute qu'elle occupe presque toujours la grande cavité pleurale; toutefois, l'épanchement peut être cloisonné, circonscrit, ou mieux enkysté par des fausses membranes : chez un de ses malades, M. Rendu (1897) trouva dans le cul-de-sac pleural droit un épanchement de près de 1 litre 1/2; le liquide était collecté entre le diaphragme et le poumon, dont la face antéro-externe adhérait entièrement à la paroi thoracique; en arrière, la poche liquide remontait jusqu'au sommet du poumon droit, où il n'existait pas d'adhérences; chez ce même sujet, la plèvre gauche présentait une véritable symphyse dure et rigide comme du cartilage. Ces épanchements sont toujours d'un diagnostic fort difficile.

Il s'en faut de beaucoup que toutes les cardiopathies organiques se compliquent de pleurésie avec le même degré de fréquence : d'après les recherches de Sibson (1877) et d'après celles de Peter (1883), la pleurésie s'observe plus fréquemment dans l'endopéricardite (dans la proportion de 31 fois sur 63 cas) que dans l'endocardite simple (26 fois sur 108 cas). Si nous entrons dans le détail, nous voyons que la pleurésie paraît se rencontrer un peu plus souvent au cours des maladies de l'orifice mitral que dans les affections aortiques. C'est là, du moins, l'opinion classique appuyée par de nombreux faits cliniques, parmi lesquels je ne rappellerai que ceux de MM. Duguet (1872), Troisier (1873), Budin (1873), Reavers (1892), de Renzi (1897), etc. Ma statistique, quoique peu étendue, confirme cette manière de voir, puisqu'elle comprend 8 cas de lésion mitrale contre 5 de lésions aortiques. Cependant, M. Bucquoy s'est élevé contre cette opinion, et déclare que la pleurésie des cardiaques survient surtout chez les artérioscléreux, où elle aurait fréquemment comme origine un infarctus hémorrhagique du poumon, ces infarctus, contrairement à ce qu'on croit généralement, étant plutôt le propre des altérations de l'aorte que de celles de l'orifice mitral. M. Périvier, un de ses élèves, s'est attaché dans sa thèse (1891) à développer cette opinion, et nous verrons bientôt les raisons qu'il a données pour la soutenir.

Après les lésions de l'orifice mitral et les affections aortiques, c'est la péricardite qui s'accompagne le plus fréquemment de pleurésie : Martineau, M. Rendu (1882) en ont publié des exemples intéressants, et nous en avons observé ici même, dans notre salle des hommes, un cas des plus nets. L'association de ces deux maladies n'a rien qui doive surprendre; elle serait même très fréquente au dire de certains auteurs et l'on sait que Duroziez a pu décrire la pleuropéricardite.

Parmi les maladies organiques du cœur droit, il convient de signaler l'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire, au cours de laquelle on a constaté quelquefois l'apparition de

la pleurésie : Kolisko (1859) trouva dans la plèvre droite d'un malade mort à la suite d'une insuffisance pulmonaire deux litres de liquide rougeâtre avec dépôts fibrineux sur la séreuse; plus tard, Morison (1878) releva dans le poumon droit de nombreux infarctus hémoptoïques recouverts par des adhérences pleurales. De même, chez un homme de vingt-six ans, porteur d'une insuffisance des sigmoïdes de l'artère pulmonaire, que j'observai à l'hôpital Saint-Antoine et dont j'ai rapporté ailleurs l'histoire clinique, on vit survenir une pleurésie droite intercurrente (1).

Enfin, la pleurésie peut se montrer encore dans le cours de la sclérose du myocarde. M. Huchard en a observé un cas chez un artérioscléreux; ce fait est consigné dans la thèse de son élève J. Robert.

J'insisterai peu sur l'*histoire clinique* des épanchements pleuraux chez les cardiaques, qui a été établie par plusieurs auteurs, notamment par M. Bucquoy dans un mémoire détaillé (2), par M. R. Saint-Philippe (de Bordeaux) (3), par M. Hardy dans une leçon clinique faite à l'hôpital de la Charité (1885), et plus tard a été reprise de nouveau dans les thèses de MM. Forgeot (1885), Muller (1891), J. Robert (1897) etc. Il résulte des travaux des trois premiers de ces auteurs que la pleurésie avec épanchement dans les maladies organiques du cœur a presque toujours un *début lent* et *insidieux;* le point de côté initial est rarement violent et peut même manquer tout à fait. Mais — et c'est là un point digne de remarque — la dypsnée existant déjà par le fait de la cardiopathie ne tarde guère à devenir plus vive, même si l'épanchement, ce qui est la règle, est de médiocre abondance. Les signes physiques de l'affection n'ont rien de particulier : à la percussion, on trouve la sonorité thoracique diminuée ou même complètement abolie dans une étendue variable, et dans la zone correspondante les vibrations thoraciques sont affaiblies et parfois absolument nulles. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est considérablement amoindri et même supprimé; on trouve encore un souffle doux, voilé, et la toux est comme étouffée; enfin l'auscultation de la voix accuse un timbre broncho-égophonique. Lorsqu'on a pu suivre le malade de longue date, il n'est pas rare de constater chez lui, avant l'apparition des signes de la pleurésie, des phénomènes stéthoscopiques décelant la présence d'infarctus pulmonaires dont l'influence pathogénique est très grande, comme nous allons le voir bientôt. Lorsque ces foyers d'apoplexie pulmonaire sont superficiels, sous-corticaux pour ainsi dire, ils se révèlent par de la submatité, du souffle bronchique et des râles sous-crépitants fins.

La *pathogénie* de la pleurésie chez les cardiaques ne peut se ramener à un facteur unique. Et d'abord, il semble établi que la péricardite joue un rôle dans le développement de quelques-unes de ces pleurésies. On sait, en effet, combien les lésions inflammatoires s'étendent facilement de la séreuse péricardique à la séreuse pleurale ou réciproquement, par suite de la contiguïté étroite des deux membranes; ajoutons encore que lorsque la pleurésie est consécutive à la péricardite, elle se rencontre presque toujours du côté gauche (Saint-Philippe).

Quand la pleurésie siège à droite, on pourrait, suivant certains auteurs, invoquer encore une action de voisinage dont le point de départ serait une congestion hépatique causant à la fois une périhépatite et — à travers le diaphragme — une inflammation de la plèvre voisine; ainsi se produirait une sorte de *pleuro-péritonite* consécutive au foie cardiaque. Mais cette explication, quoique séduisante, ne repose pas sur des faits nettement établis.

Dans les cas où la pleurésie frappe des artérioscléreux porteurs de lésions aortiques d'origine artérielle (syphilis, saturnisme, goutte, alcoolisme, sénilité, etc.), on peut supposer, avec juste raison, qu'elle est due à ces poussées d'œdème congestif aigu du poumon si fréquentes chez ces malades (Huchard). Cette hypothèse est d'autant plus admissible que vous connaissez certainement l'influence pathogénique de la congestion pulmonaire aiguë sur le développement de la pleurésie avec épanchement, bien établie par Potain (1877), par M. Dufloc, etc. C'est dans ce domaine, d'ailleurs, que nous allons trouver la cause véritable de la plupart des épanchements pleurétiques chez les cardiaques. La clinique et l'anatomie pathologique démontrent, en effet, que le point de départ du processus se trouve dans le poumon, et que *la pleurésie n'est que la conséquence d'un état irritatif de la séreuse, consécutif à une altération du parenchyme sous-jacent.* Cette altération est, d'ailleurs, variable et on a pu invoquer, suivant les cas, tantôt la stase et la congestion chronique, tantôt, au contraire, l'hyperémie active et même des foyers de pneumonie vraie ou plus souvent encore des îlots de bronchopneumonie des lobes inférieurs.

Mais l'altération de beaucoup la plus fréquente est l'apoplexie pulmonaire dont l'influence pleurogène a été si nettement démontrée, il y a longtemps déjà, par Vulpian, par Charcot, par M. Duguet. Or, parmi toutes les causes donnant naissance à l'apoplexie pulmonaire, ce sont les maladies organiques du cœur qui occupent la première place, et parmi elles, il faut citer tout d'abord les lésions de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et surtout le rétrécissement mitral. Celui-ci, en effet, entraîne la dilatation des cavités droites du cœur et y favorise la stase sanguine; des concrétions, des caillots sanguins se forment de la sorte et vont se déposer dans l'oreillette et dans l'auricule droites, devenant ainsi, pour l'avenir, la source de petites embolies pulmonaires, d'infarctus hémorrhagiques corticaux, c'est-à-dire sous-pleuraux. L'irritation que ceux-ci produisent sur la séreuse qui les recouvre se traduit bientôt par le développement d'un épanchement, le plus souvent séreux, parfois hémorrhagique. Dans quelques cas, heureusement rares, l'infarctus — par le fait d'une infection secondaire — peut suppurer ou même se sphacéler, et l'épanchement pleural revêt les mêmes caractères de suppuration ou de gangrène.

Pour la majorité des auteurs, les affections aortiques, contrairement aux maladies mitrales, se compliqueraient rarement d'infarctus hémorrhagiques; cependant, je vous ai dit déjà que telle n'est point l'opinion de M. Bucquoy qui déclare que « l'apoplexie pulmonaire et les infarctus qui en sont la cause ordinaire s'observent plus particulièrement chez des sujets atteints de lésions athéromateuses de l'aorte ». Dans ce cas, l'infarctus hémoptoïque serait le fait d'une thrombose développée dans les petits vaisseaux bronchiques ou mieux dans une artère lobulaire atteinte d'artériosclérose. En effet, l'apoplexie pulmonaire a été rencontrée dans l'aortite (Budor) et dans plusieurs cas de lésions de l'orifice aortique (Lancereaux).

C'est dans ce groupe important des pleurésies consécutives aux altérations du poumon qu'il nous faut ranger la presque totalité des épanchements actifs qu'on rencontre chez les cardiaques; je dois cependant vous signaler une autre catégorie moins nombreuse de pleurésies consécutives aux cardiopathies, qui ne paraissent pas s'expliquer par l'influence d'infarctus préexistants, mais dont l'allure rappelle celle de certaines pleurésies torpides qu'on observe dans quelques états cachectiques et parfois aussi dans la maladie de Bright où elles peuvent être associées à la péricardite; c'est ainsi que Frerichs, sur un ensemble de 48 cas de lésions des séreuses chez des albuminuriques, a trouvé la plèvre intéressée 35 fois et le péricarde 13 fois. Par certains côtés de leurs caractères cliniques, ces pleurésies se rapprochent plutôt de l'hydrothorax et des épanchements passifs que des inflammations pleurales vraies; leur pathogénie reste encore assez obscure, et je n'y insisterai pas davantage.

Le *diagnostic* des épanchements pleuraux chez les cardiaques ne présente pas de difficultés en tant que diagnostic de l'épanchement proprement dit; celui-ci s'affirme par les signes classiques bien connus — matité, diminution ou disparition des vibrations thoraciques et du murmure respiratoire, souffle bronchique doux et voilé, égophonie, etc., etc. — sur lesquels il est inutile de nous étendre. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'élucider la valeur séméiologique de cet épanchement pleural.

En premier lieu, il faut décider s'il est le fait d'un hydrothorax ou d'une pleurésie vraie; nous avons déjà répondu en partie à cette question importante en montrant que l'hydrothorax est un épanchement bilatéral, et que, par sa nature purement passive, il accompagne les autres manifestations de l'hydropisie habituelle aux maladies du cœur en hyposystolie; c'est donc une complication tardive des cardiopathies organiques. Le double épanchement qui le caractérise est en général trop peu abondant pour donner lieu à une symptomatologie particulière; aussi peut-il passer inaperçu au milieu de l'ensemble des autres manifestations de l'asystolie, si l'on omet d'examiner avec soin les voies respiratoires.

La pleurésie vraie des cardiaques a des caractères tout autres; nous venons de voir qu'elle est unilatérale et localisée de préférence au côté droit, qu'elle s'observe généralement pendant la période d'état des maladies du cœur, enfin que, même si elle est peu abondante, elle ne tarde guère à occasionner une dyspnée plus ou moins intense et, par cela même, attire l'attention du clinicien. Je viens de vous dire que l'hydrothorax survient d'ordinaire dans les périodes avancées des maladies organiques du cœur; il ne s'ensuit pas cependant que tout épanchement observé à cette période doive être imputé à l'hydrothorax, car la pleurésie vraie peut se montrer aussi dans certains cas d'asystolie, généralement précédée par des foyers d'apoplexie pulmonaire dont la formation est singulièrement favorisée par l'asthénie cardiaque propre au stade asystolique.

Malgré les caractères différentiels que nous venons de passer en revue, la distinction entre l'hydrothorax et la pleurésie vraie reste quelquefois fort délicate, et c'est ici qu'il y a lieu de faire intervenir les examens chimique et cytologique du liquide pour trancher la question. Au point de vue *chimique*, l'épanchement passif qui constitue l'hydrothorax est formé de sérosité pure; au contraire, le liquide de la pleurésie, étant de nature inflammatoire, renferme de la fibrine. L'examen *cytologique* accuse des caractères qui ne sont pas moins nets : dans l'hydrothorax, il semble qu'il se soit produit une véritable desquamation endothéliale de la plèvre, en sorte que le liquide contient, en nombre variable, de grandes cellules endothéliales facilement reconnaissables à leur dimension de beaucoup supérieure à celle des globules rouges et des leucocytes. Ces cellules sont tantôt isolées, tantôt soudées par groupes de 2, 3 ou 4 éléments, formant ainsi de véritables lambeaux ou placards endothéliaux (Widal et Ravaut). Au contraire, la pleurésie des cardiaques est de nature inflammatoire; elle est la conséquence du travail irritatif produit sur la plèvre par l'infarctus hémorrhagique sous-jacent; c'est pourquoi sa formule cytologique se rapproche de celle de la pleurésie pneumococcique : on trouve, dans le liquide épanché, des polynu-

(1) E. BARIÉ. Recherches sur l'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire. (*Arch. gén. de méd.*, juin, juillet et août 1891.)

(2) BUCQUOY. La pleurésie dans les maladies du cœur. (*France méd.*, 25, 28 et 30 novembre 1882, p. 721, 733 et 747.)

(3) R. SAINT-PHILIPPE. Des relations de la pleurésie avec les affections organiques du cœur. (*Mém. et Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 30 mars 1883, p. 161.)

cléaires associés aux cellules épithéliales. La présence de ces polynucléaires est de grande importance, car elle permet, ainsi que MM. Barjon et Cade (1) l'ont montré récemment, de soupçonner l'existence d'un infarctus hémoptoïque préétabli, alors même qu'aucun signe physique ne permet d'en déceler la présence.

Lorsqu'un examen attentif a établi nettement qu'il s'agit bien d'une pleurésie et non d'un hydrothorax, le problème diagnostique n'est point résolu, car toute pleurésie survenant chez un cardiaque ne se rattache pas d'emblée à la maladie du cœur. C'est ainsi, par exemple, que l'*épanchement peut survenir à l'occasion d'une attaque intercurrente de rhumatisme polyarticulaire aigu;* tel a été le cas d'un malade de notre salle Damaschino : entré dans le service avec une double lésion mitrale consécutive à deux attaques très sévères de rhumatisme articulaire aigu dont la première remonte à seize ans, cet homme fut pris, vers le dixième jour de son séjour, d'une nouvelle attaque aiguë d'arthrite rhumatismale des deux genoux, des deux articulations tibio-tarsiennes et de l'articulation radio-carpienne droite, compliquée, deux jours plus tard, d'un épanchement moyen dans la plèvre du côté gauche, avec point de côté brusque, fièvre (38°8) et vive dyspnée. En moins d'un mois, sous l'influence du repos, de l'enveloppement et du salicylate de soude, les accidents articulaires et la pleurésie disparurent tout à fait, et le malade, à sa sortie, ne présentait plus que les signes de la lésion mitrale antérieurement constatée, peut-être aggravée cependant par le fait de cette nouvelle poussée rhumatismale. G. Paul (1878) observa un cas analogue de pleurésie rhumatismale chez une femme de vingt-trois ans, rhumatisante depuis l'âge de seize ans et qui, au onzième jour d'une dernière attaque aiguë de rhumatisme articulaire, fut atteinte brusquement de pleurésie droite, puis de péricardite; sept jours après le début, la plèvre droite était débarrassée, mais il se déclarait une pleurésie gauche avec épanchement moyen. Cette pleurésie rhumatismale, bien étudiée par Lasègue dans ses leçons cliniques de la Pitié (1873), se caractérise par son début brusque, par l'existence dans le thorax d'une plaque douloureuse d'une certaine étendue, entraînant une assez vive dyspnée — bien différente du point de côté de la pleurésie ordinaire qui reste localisé en une zone très restreinte —, enfin par une certaine tendance à passer successivement de la plèvre d'un côté à celle du côté opposé.

Dans d'autres cas encore, la pleurésie qui survient chez les cardiaques se rattache, non à l'affection du cœur, mais à la cause qui a engendré la cardiopathie elle-même; en d'autres termes, c'est la même influence — infectieuse ou toxique — qui produit à la fois la pleurésie et la maladie du cœur, sans qu'on puisse dire que la première procède de la seconde. Telles sont, par exemple, certaines pleurésies infectieuses ou toxiques qui accompagnent les endocardites ulcéro-végétantes malignes (Jaccoud, Lancereaux). Ces épanchements pleuraux, assez souvent séro-purulents ou même entièrement purulents, ne doivent pas être considérés comme des complications de l'affection cardiaque, mais comme l'expression sur la plèvre du poison morbide qui a causé en même temps l'endocardite.

Je vous ai déjà laissé pressentir qu'il fallait regarder comme très sérieux le *pronostic* des épanchements pleuraux chez les cardiaques; telle était déjà l'opinion des cliniciens qui nous ont précédé, et l'expérience a montré qu'il n'y avait rien à changer à cette manière de voir. Ecoutez comment s'exprime à ce sujet Gendrin, dans ses « Leçons sur les maladies du cœur et des grosses artères », qui datent de soixante ans : « Lorsqu'une hydropisie occupe la cavité pleurale, dit-il, le poumon refoulé par l'épanchement ne peut plus concourir à l'hématose dans toutes ses parties..... Aussi n'est-il pas rare d'observer des malades chez lesquels les fonctions s'accomplissent encore d'une manière assez complète quand l'hydrothorax survient, et qui éprouvent tout d'un coup, par l'effet de cette maladie, la plus fâcheuse aggravation des accidents..... » A dire vrai, ce n'est point par la quantité — en général assez peu considérable — que l'hydrothorax comporte un pronostic sévère, sinon grave, mais c'est parce qu'il apparaît toujours pendant la période d'hyposystolie et mieux peut-être encore dans l'asystolie véritable, c'est-à-dire alors que les fonctions du cœur sont profondément troublées et que les complications — même les moindres — aggravent considérablement l'état, déjà si précaire, du malheureux cardiaque.

La pleurésie, par sa médiocre intensité, et en général par la bénignité de ses symptômes, paraît de pronostic moins sévère; en fait, elle peut se terminer par guérison sous l'influence d'un *traitement* fort simple et purement médical : purgatifs, diurétiques, révulsion thoracique. Cependant, cette médication peut se montrer impuissante; dans ce cas il n'y a pas lieu de s'y attarder, car le plus souvent, même avec un épanchement moyen, on ne tarde pas à voir apparaître une dyspnée assez vive, et même des accidents hyposystoliques passagers, témoins de l'aggravation qui s'est produite dans l'état du malade. Celle-ci — il ne faut pas l'ignorer — n'est nullement en rapport avec l'abondance du liquide épanché et on a vu des sujets n'éprouver qu'une gêne médiocre avec un épanchement de plus d'un litre, alors que d'autres, avec 300 grammes de liquide dans la plèvre, étaient atteints d'une véritable orthopnée. Quoi qu'il en soit, en pareille circonstance, l'indication est formelle, et sans s'arrêter à l'évaluation plus ou moins grande de l'épanchement, il faut pratiquer la thoracentèse; on préviendra ainsi une suffocation imminente, et souvent même on provoquera la guérison de la pleurésie, ainsi que la disparition des phénomènes hyposystoliques qu'elle entretenait.

Je ne vous dirai rien de la thérapeutique à mettre en œuvre contre l'hydrothorax des cardiaques; celui-ci n'étant qu'une manifestation asystolique, son traitement se rattache au traitement général de l'asystolie.

(1) Barjon et Cade. Formule cytologique spéciale des pleurésies par infarctus chez les cardiaques. (*Province méd.*, 6 juillet 1901.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1902.

Prophylaxie et thérapeutique de la tuberculose, fondées sur la connaissance du terrain de cette affection.

M. Robin. — J'ai démontré dans une précédente communication (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 92) que chez tous les tuberculeux, du début à la fin de la maladie, les échanges respiratoires étaient augmentés. Les recherches que j'ai faites depuis cette époque, avec M. Binet, prouvent que la plupart des descendants de tuberculeux ont également des échanges respiratoires exagérés et que, dans les états antagonistes de la phtisie, comme l'arthritisme, ces échanges sont au contraire diminués, ainsi d'ailleurs que dans la scrofule, ce terrain où ne germent que des tuberculoses locales.

L'exagération des échanges respiratoires est donc une des conditions du terrain de la phtisie.

Nos recherches nous ont encore démontré que cette suractivité des échanges peut être acquise, que le surmenage sous toutes ses formes et l'alcoolisme, pour ne citer que ces deux facteurs, exagèrent le chimisme respiratoire au même titre que l'hérédité.

Parmi les conséquences des faits précédents, il en est trois qui méritent d'être signalées immédiatement.

Puisque cette modification des échanges respiratoires est presque constante, elle peut aider à faire le diagnostic précoce de la phtisie, quand on hésite entre celle-ci et une autre affection; elle permet, en outre, de reconnaître la prédisposition; elle ouvre, enfin, à la prophylaxie une voie nouvelle, puisqu'il ne s'agit plus que de rechercher quels sont les médicaments et les médications capables de restreindre l'aptitude de l'organisme à fixer trop d'oxygène et à produire trop d'acide carbonique.

Le repos est un excellent sédatif des échanges, car ceux-ci peuvent être doublés et même triplés par un travail énergique et soutenu. L'attitude contribue également à la variation du chimisme respiratoire : on exhale moins d'acide carbonique quand on est couché que dans la position assise.

L'inspiration d'air chaud et sec n'agit pas d'une manière uniforme chez tous les tuberculeux; aussi, avant d'envoyer un phtisique dans un climat chaud et sec, est-il nécessaire de pratiquer l'examen de son chimisme respiratoire avant et après l'inspiration d'air chaud et sec. On interdira ces climats aux sujets dont les échanges augmentent après l'épreuve. On peut poser, en outre, comme règle générale, que les climats chauds et humides doivent être déconseillés.

L'inspiration d'air froid ne fait pas varier la capacité pulmonaire ni la quantité d'oxygène absorbé par les tissus, mais elle diminue le taux d'acide carbonique produit et d'oxygène total consommé. Les climats froids paraissent donc convenir à la majorité des phtisiques, à la condition que la surface cutanée ne subisse aucun refroidissement.

Quant aux effets de l'altitude et de l'air marin, ils sont subordonnés à trop de facteurs individuels pour qu'on puisse formuler à cet égard une règle uniforme.

Parmi les médicaments susceptibles de diminuer les échanges respiratoires, nous signalerons l'huile de foie de morue à la dose de 250 grammes par jour, le tartre stibié à doses fractionnées (de 0 gr. 01 à 0 gr. 05 centigr.), l'arséniate de soude et l'arsénite de potasse aux doses de 0 gr. 005 milligr., et enfin le cacodylate de soude à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 centigr. Employés à des doses doubles des précédentes, les arsenicaux exercent plutôt sur les échanges une action accélératrice; on possède ainsi un critérium de la dose médicamenteuse *optima* qui ne saurait être dépassée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 janvier 1902.

Sur la fracture de l'avant-bras, dans la mise en marche des moteurs d'automobile.

M. H. Soret. — On a signalé plusieurs cas de fracture *indirecte* de l'extrémité inférieure du radius, par arrachement dû au ligament antérieur du poignet, chez des chauffeurs d'automobile. Dans un fait que j'ai eu l'occasion d'observer, le mécanisme et le siège de la fracture étaient différents; il s'agissait, en effet, d'une fracture *directe* à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du radius, par choc de la manivelle sur la face externe de l'avant-bras; mais en même temps, la main s'étant trouvée portée brusquement en extension forcée, il y eut, par l'intermédiaire du ligament antérieur, arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus.

En somme, le malade présentait une fracture directe de la diaphyse radiale et une fracture indirecte de l'épiphyse cubitale inférieure. Cette double lésion n'avait pas amené de déformation sensible de l'avant-bras, le corps du cubitus, demeuré intact, servant d'attelle au radius.

Sur l'aberration de sphéricité de l'œil.

M. G. Weiss envoie une note tendant à démontrer que l'aberration de sphéricité de l'œil, peu étudiée en dehors de l'astigmatisme, serait fréquente. On peut la reconnaître au moyen de la petite expérience suivante :

Si on regarde une surface bien éclairée et uniformément lumineuse, telle que le ciel, à travers un trou d'épingle percé dans une carte, on voit une tache lumineuse à bords estampés,

présentant en son milieu une légère ombre circulaire dont les dimensions sont en raison inverse du diamètre du trou d'épingle. Ce phénomène serait dû à l'aberration de sphéricité; ce qui le prouve, c'est qu'il suffit, pour faire disparaître l'ombre en question, d'éliminer les rayons marginaux, et pour cela de placer, aussi près que possible de l'œil, un petit diaphragme ayant au plus 2 millimètres d'ouverture.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1902.

Sur les accidents mortels de la chloroformisation.

M. Poirier. — Je tiens à vous communiquer un cas de mort par syncope, nettement attribuable au chloroforme, au cours d'une opération abdominale que je pratiquais sur une vieille femme très affaiblie. L'accident s'est produit après vingt-cinq minutes de chloroformisation; j'ai incisé le diaphragme et le péricarde, j'ai saisi le cœur à pleine main; mais il était absolument flasque et je n'ai pu déterminer la moindre contraction.

M. Delbet. — J'ai vu succomber un de mes malades qui avait à peine respiré quelques gouttes d'anesthésique; il ne s'agissait donc pas là d'une mort par le chloroforme, comme dans le fait que vient de relater M. Poirier.

Dans un cas de M. Segond, le décès s'est produit avant même qu'on eût commencé la chloroformisation.

M. Terrier. — J'ai eu malheureusement pour ma part à déplorer un certain nombre de morts par le chloroforme. Mais, indépendamment des accidents imputables à cet anesthésique, il existe certainement des faits où une syncope cardiaque, par peur, tue le sujet avant toute administration du chloroforme; ce qui prouve bien la possibilité de la mort par ce mécanisme, c'est qu'il a été publié un cas de ce genre, à une époque où l'on ne se servait pas du chloroforme. D'autre part, des individus débilités par une intoxication septicémique peuvent succomber à l'inhalation de quelques bouffées de chloroforme; j'en ai observé un exemple chez un homme extrêmement affaibli par une longue suppuration. Enfin, il faut dire que bien des décès par le chloroforme surviennent sous l'influence de l'état d'asphyxie dans lequel on opère certains malades.

M. Reclus. — J'ai eu dans mon service deux cas de mort par chloroforme. Dans l'un, il s'agissait d'un malade atteint de péritonite tuberculeuse, qui succomba à la première bouffée de chloroforme; or, j'appris ensuite que sa terreur, avant l'opération, était telle qu'il avait distribué à ses voisins tout ce qu'il possédait.

M. Bazy. — J'ai souvent entendu raconter par Richet qu'un patient mourut par syncope à l'instant même où l'on approchait de son visage le cornet servant à l'administration de l'anesthésique.

M. Quénu. — Je crois qu'il serait exagéré d'attribuer à la peur seule la mort survenant au début de la chloroformisation, car l'inhalation des premières bouffées de chloroforme peut parfaitement suffire à provoquer, chez certains sujets prédisposés, le réflexe inhibitoire qui détermine la syncope mortelle.

Aussi, depuis quelques années, je fais systématiquement pratiquer une injection de morphine chez tous mes malades, une demi-heure avant l'opération. Je crois que c'est là un moyen excellent de prévenir la syncope cardiaque du début de la chloroformisation.

M. Richelot. — L'inhalation de bromure d'éthyle, précédant celle de chloroforme, me paraît remplir le même but. Depuis que j'ai adopté cette pratique, je n'ai plus jamais observé le moindre accident au début de la chloroformisation.

M. Ricard. — Il me semble tout à fait important de se préoccuper, avant tout, de la qualité du chloroforme qui nous est fourni dans les hôpitaux. Il m'est arrivé d'avoir dans la même journée jusqu'à 3 cas successifs d'alertes chloroformiques, et, bien qu'on m'ait affirmé que le chloroforme était parfait, je ne peux pas m'empêcher de penser que les alertes qu'on observe ainsi parfois ne peuvent être attribuées qu'à la mauvaise qualité de l'anesthésique.

M. Terrier. — Un chimiste des plus compétents m'a déclaré que la vérification de la pureté du chloroforme, au point de vue de l'anesthésie, échappait entièrement à nos procédés d'investigation.

Greffe des vésicules hydatiques.

M. Broca. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Albert Martin (de Rouen). Il s'agit d'une récidive de kyste hydatique, qui montre bien la possibilité de la greffe des vésicules dans le péritoine; cette possibilité est d'ailleurs admise maintenant par la plupart des chirurgiens, malgré l'opinion classique des zoologistes.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion d'observer une récidive de kyste hydatique par greffe dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau de la cicatrisation de la plaie opératoire.

M. Reclus. — Dans un cas de kyste hydatique du triangle de Scarpa, j'ai vu la récidive se produire *in situ*; il s'agissait là très vraisemblablement aussi d'une greffe.

Jéjunostomie avec disposition verticale de l'anse intestinale.

M. Terrier attire l'attention sur le point suivant :

Après la jéjunostomie pratiquée sur une anse intestinale disposée transversalement, l'injection des liquides alimentaires est souvent suivie de distension de l'anse, et le passage des liquides se fait difficilement. Pour obvier à cet inconvénient, l'orateur a eu l'idée de disposer l'anse intestinale non plus transversalement, mais verticalement; chez un malade qu'il a récemment opéré de la sorte, l'écoulement des liquides s'est fait d'une façon très satisfaisante, et l'alimentation s'est trouvée parfaitement assurée.

M. Broca fait un rapport sur un cas de fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur, que M. Albert Martin (de Rouen) a traité et guéri par l'incision large sans incision des tissus compris entre la fistule et le rectum.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier 1902.

Du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans quelques affections nerveuses et mentales.

M. Nageotte communique le résultat d'examens cytologiques qu'il a pratiqués avec M. Jamet sur le liquide céphalo-rachidien d'un certain nombre de malades atteints d'affections nerveuses ou mentales.

Sur 36 épileptiques, 35 avaient un liquide céphalo-rachidien normal; chez un seul on constata une lymphocytose abondante, mais, en plus de ses accès comitiaux, cet homme présentait des signes d'une lésion organique des centres nerveux, dont la nature est restée indéterminée.

Le liquide céphalo-rachidien était également normal chez plusieurs malades atteints de paranoïa aiguë, de manie, de délire de la persécution, de folie hypocondriaque, etc. Par contre, 4 paralytiques généraux sur 6 offraient une lymphocytose très marquée.

Enfin, chez un hémiplégique dont la lésion ne datait que de deux mois, il existait également une lymphocytose, mais très légère.

M. Widal. — Il ne faut jamais perdre de vue, que, dans le liquide céphalo-rachidien normal, on trouve toujours de rares lymphocytes. Dans le champ d'un objectif à immersion, on peut rencontrer deux ou trois de ces éléments sans que l'on doive pour cela conclure à la lymphocytose.

J'ai constaté récemment une lymphocytose abondante dans un cas de méningite syphilitique développée au troisième mois de l'infection, ainsi que dans un cas d'hémiplégie syphilitique. Je l'ai observée encore chez un malade ayant eu un chancre un an auparavant et présentant le signe d'Argyll Robertson, et enfin chez un sujet atteint simultanément de fièvre typhoïde avec phénomènes cérébraux et de syphilis à la période secondaire. Par contre, chez une dizaine de syphilitiques anciens, n'offrant aucun phénomène cérébral, je n'ai pas noté de lymphocytose, pas plus que dans 2 cas de syphilis secondaire.

M. Joffroy dit avoir trouvé une véritable lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez un malade atteint depuis plusieurs années de méningo-myélite syphilitique : il y a donc des cas où une lésion syphilitique des centres nerveux, même ancienne, peut s'accompagner de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Collections sous-cutanées purulentes et huileuses à bacilles typhiques, consécutives à des injections hypodermiques médicamenteuses chez une dothiénentérique.

M. Widal. — Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de longue durée, chez une jeune fille de vingt-quatre ans, observée avec M. Le Sourd, nous avons vu se développer sous la peau de l'abdomen et de la cuisse gauche un abcès et trois petites collections exactement situés au niveau des points où avaient été pratiquées des injections sous-cutanées de caféine ou de sérum artificiel. Ces collections contenaient un liquide ayant tout à fait l'aspect, la consistance et les caractères chimiques de l'huile.

Du pus de l'abcès, aussi bien que du liquide des collections huileuses, nous avons isolé le bacille typhique; celui-ci ne pouvait venir que de la circulation et s'était fixé dans les points du tissu cellulaire traumatisés par les injections.

Cette observation prouve une fois de plus, à la façon d'un fait expérimental, comment, au cours d'une infection, la moindre altération de nos tissus peut favoriser la fixation des bacilles charriés par le sang. La tare régionale ne suffit pas pourtant à tout expliquer; il faut compter encore avec un état de prédisposition générale dont l'essence même nous échappe. En effet, la complication exceptionnelle observée dans le cas que nous venons de relater n'a pas été unique, comme l'est une localisation de hasard; l'aptitude de notre malade à fixer le bacille typhique était telle que nous avons assisté à une véritable explosion d'infiltrations spécifiques sur les diverses régions sous-cutanées traumatisées par les injections médicamenteuses. Il y avait là comme une diathèse de fixation pour le bacille typhique en circulation dans le sang.

M. Merklen. — J'ai observé 3 malades atteints de fièvre typhoïde, chez lesquels il était impossible de pratiquer une injection de caféine ou de sérum artificiel sans voir survenir un abcès au niveau de la piqûre. Ces 3 patients ont guéri, bien qu'ils fussent atteints de formes graves de la dothiénentérie, de sorte qu'on peut se demander si la production de semblables abcès n'a pas une signification pronostique favorable.

Action hémolytique du sérum et de quelques liquides pathologiques.

M. Launois communique le résultat de recherches qu'il a entreprises, avec MM. Camus et Pagniez, sur l'action hémolysante du sérum ainsi que des sérosités pleurale et ascitique. Il présente des préparations qui prouvent que, *in vitro*, ces différents liquides détruisent les globules rouges de l'homme et du lapin, et que cette action destructive est due à la présence d'une alexine perdant ses propriétés par le chauffage à 56°. Cette même alexine est dépourvue de toute action sur les globules rouges des sujets qui l'ont fournie, d'où cette conclusion, que les liquides pathologiques (sérosités pleurale et ascitique) des malades en question contiennent une substance antihémolysante à côté d'une substance hémolysante.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 11 et 18 janvier 1902.

Formule histologique de l'exsudat et état de la perméabilité de la plèvre au cours des pleurésies rhumatismales.

MM. Castaigne et **Rathery.** — Nous avons pratiqué l'examen histologique de l'exsudat et étudié la perméabilité de la plèvre, dans les cas d'épanchements thoraciques survenus au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Les cultures ont toujours été négatives, sauf dans un fait où nous avons pu déceler la présence, dans une culture anaérobie sur lait carbonaté, du bacille décrit par M. Achalme; l'inoculation aux cobayes est également toujours

restée négative. La formule cytologique n'a pas été identique dans tous les cas : dans un premier groupe de faits, il n'existait que des polynucléaires, à peine quelques lymphocytes et quelques gros mononucléaires avec un ou deux placards endothéliaux dans tout le champ de la préparation ; dans un second groupe, les cellules endothéliales représentaient l'élément prédominant et à côté d'elles on observait des polynucléaires, des mononucléaires et de nombreux globules rouges.

Quant à la perméabilité pleurale, nous l'avons étudiée avec le bleu de méthylène et le salicylate de soude injectés successivement dans la plèvre, puis dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans tous les cas, l'absorption a été aussi rapide et aussi intense au niveau de la plèvre que par la voie hypodermique.

M. Dopter. — Dans un cas de pleurésie au cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, qui ne pouvait, cliniquement, être attribuée qu'au rhumatisme, j'ai noté, de mon côté, une diminution du nombre des hématies, une augmentation du nombre des leucocytes avec polynucléose manifeste, et enfin une grande quantité de cellules endothéliales, dont quelques-unes, bourrées de leucocytes polynucléaires et d'hématies, représentaient de véritables macrophages. Les préparations ne renfermaient aucun microbe.

Cette formule cytologique offre de grandes analogies avec celle des pleurésies métapneumoniques.

De l'état du sang dans la syphilis, le tabes et la paralysie générale.

MM. Sabrazès et **Mathis** (de Bordeaux). — A la première période de la syphilis, l'examen histologique du sang nous a toujours révélé une légère diminution du nombre des globules rouges coïncidant avec une augmentation de celui des leucocytes. A la période secondaire, l'anémie persiste et la leucocytose se traduit surtout par une élévation du nombre des polynucléaires neutrophiles, les éosinophiles restant peu abondants. Le traitement hydrargyrique augmente le nombre des globules rouges et blancs, ainsi que la valeur globulaire du sang. La composition de ce liquide tend, enfin, à se rapprocher de la normale à la période tertiaire de la maladie.

Quant aux enfants atteints de syphilis acquise ou héréditaire, on constate chez eux une diminution des hématies avec augmentation des polynucléaires neutrophiles et des lymphocytes.

Chez les tabétiques, il existe une diminution de la valeur globulaire du sang et une très légère polynucléose neutrophile. Les paralytiques généraux à la période d'euphorie tendent, au contraire, à l'hyperglobulie et à l'éosinophilie.

Dans tous ces cas, nous n'avons pas observé, en ce qui concerne les globules rouges, d'autres modifications que la présence de rares hématies polychromatiques.

Influence des toxones de la tuberculine sur le développement de la tuberculose expérimentale.

MM. S. Arloing et **A. Descos.** — Nous avons essayé d'obtenir, à l'aide de la tuberculine neutralisée par le sérum antituberculineux — c'est-à-dire réduite à ses *toxones* (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 340) —, la production d'effets préventifs et curatifs à l'égard de la tuberculose.

De nos expériences faites sur le cobaye et le lapin, il résulte que la tuberculine ainsi neutralisée manifeste, au contraire, son action sur les animaux tuberculisés, soit en favorisant le développement des lésions tuberculeuses, soit en précipitant la mort par une action toxique surajoutée.

Quelques faits relatifs à la sérothérapie du cancer.

M. J.-B. Charcot. — Depuis dix-huit mois, j'ai étudié les effets d'un sérum anticancéreux préparé en injectant à des animaux des tumeurs cancéreuses (épithéliomas du sein) préalablement broyées et délayées dans du sérum physiologique.

Les injections de ce sérum n'ont été faites qu'à des malades atteintes de cancer du sein inopérable ; elles ne sont pas douloureuses, mais déterminent, le jour même ou le lendemain, une légère élévation de température (38°5 à 39°), accompagnée de nausées, de vertiges et quelquefois d'une éruption ortiée. En aucun cas il n'y a eu d'albumine dans les urines.

Le sérum le mieux supporté est celui de chèvre, puis vient celui de cheval.

Si, après 4 ou 5 injections, on prend un peu de sang aux malades, on constate que leur sérum est devenu hémolytique pour le sang de l'animal ayant servi aux injections.

Modifications de la pression artérielle sous l'influence des solutions salines concentrées.

MM. Tessier et **Lévi.** — Il résulte, d'une série d'expériences que nous venons de faire, que les solutions salines concentrées, administrées en injections sous-cutanées ou même simplement en lavement, déterminent un abaissement de la pression artérielle. Cet abaissement, qui est vraisemblablement dû à une action sur les vaisseaux périphériques, paraît en rapport avec le degré de concentration moléculaire de la solution employée. C'est à lui, en tout cas, qu'il semble que l'on doive rapporter l'action salutaire des solutions salines dans les cas d'hypertension artérielle relevant de l'artériosclérose.

M. Marage envoie une note tendant à démontrer que les bourdonnements d'oreilles consécutifs à l'emploi des sels habituels de quinine peuvent être évités en ayant recours à l'éthylcarbonate de quinine, médicament qui serait dépourvu de toute action sur le liquide labyrinthique.

M. Maurel adresse une note dans laquelle il rappelle que les bons effets de l'ipéca dans les congestions, les inflammations, les hémorrhagies, etc., doivent être attribués à l'action de l'émétine sur la fibre lisse.

M. Boix relate, au nom de M. Noé et au sien, les résultats de leurs recherches sur la *neutralisation de quelques toxalbumines par l'hyposulfite de soude dans l'organisme animal.*

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 13 janvier 1902.

De l'intervention chirurgicale dans les néphrites.

M. Senator fait une communication sur les hématuries et les coliques néphrétiques en dehors de la lithiase rénale. Ces accidents, longtemps considérés comme « essentiels » et encore rapportés à l'heure actuelle, par M. Lancereaux, à une cause névropathique, ont été revendiqués depuis quelques années, sous l'impulsion de M. J. Israel, par les chirurgiens qui y voient une conséquence de la congestion rénale, justiciable de la néphrotomie.

L'orateur combat cette manière de voir, en s'appuyant sur les faits même publiés par M. Israel ; il s'efforce de démontrer que les cas opérés par ce chirurgien, et considérés par lui comme des exemples de congestion, surtout au niveau de la capsule, ressortissent en réalité à des processus divers : néphrite, syphilis, tuberculose, etc., et que l'intervention n'est pas sans danger, puisque 2 patients sur 14 succombèrent, l'un le lendemain, l'autre le surlendemain de la néphrotomie.

A son avis, ces hématuries et ces coliques néphrétiques sont le plus souvent sous la dépendance de lésions organiques du rein, de nature inflammatoire, parfois même spécifique (tuberculose), ou encore d'adhérences ou de mobilité de l'organe ; enfin, dans certains cas, il s'agit réellement de troubles névropathiques. Néanmoins, il serait excessif de repousser systématiquement la néphrotomie, qui peut être d'une réelle utilité quand une tension exagérée de la capsule, amoindrissant la sécrétion de l'urine, est l'origine des douleurs, ou quand une anurie de cause inconnue met les jours du patient en danger.

Myiase intestinale chez l'homme.

M. Ewald présente 2 larves de *Sarcophaga carnaria*, qui furent trouvées dans les selles d'un jeune homme de vingt ans, Russe d'origine mais habitant l'Egypte. Ces parasites ne déterminaient aucun trouble ; c'est par hasard qu'on les rencontra, au cours d'un examen des fèces, justifié par la présence antérieure d'un tænia chez ce malade.

M. Gerhardt a observé des cas de myiase par larves d'*Anthomyia scalaris* et *funicularis ;* ces larves ayant été recueillies se développèrent et donnèrent l'insecte parfait.

M. Senator rappelle un cas de E. Schulze où des larves de diptère, provenant de l'estomac furent rejetées par la bouche.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 18 janvier 1902.

Localisations atypiques du chancre syphilitique.

Dans la séance du 13 janvier du Collège médical de Vienne, **M. J. Neumann** a communiqué les résultats de ses recherches sur les localisations anormales — génitales, périgénitales et extragénitales — du chancre syphilitique. Parmi les localisations génitales atypiques, il faut mentionner spécialement, chez la femme, le chancre du col, parce qu'il donne lieu à des ulcérations qui sont souvent le point de départ de tumeurs cancéreuses ; chez l'homme, c'est la localisation dans l'urèthre qui mérite le plus d'attirer l'attention. Au nombre des chancres périgénitaux, on peut citer ceux de l'anus et du mont de Vénus. Quant aux localisations extragénitales, elles sont très importantes, car elles sont presque toujours d'un diagnostic difficile, et constituent plus que tout autres un danger de contagion ; sur 4,634 chancres indurés qu'il a observés depuis vingt ans, l'orateur en a trouvé 207 de siège extragénital, dont 41 à la lèvre supérieure, 65 à la lèvre inférieure, 12 au menton, 20 aux amygdales, 6 aux gencives, 27 aux mains, 9 aux seins, etc. Parmi les femmes atteintes de chancre extragénital, il a rencontré 68 servantes et seulement 8 prostituées. Les causes de la transmission sont très variables (baisers, morsures, examens médicaux). Les sages-femmes peuvent contracter la syphilis en accouchant une syphilitique et transmettre ensuite la maladie à leurs autres accouchées ; M. Neumann a observé ainsi 5 cas de contamination par une même sage-femme. Les blanchisseuses peuvent également s'infecter en maniant des linges souillés. Enfin, un autre mode de transmission extragénitale de la syphilis consiste dans l'emploi de verres, de cathéters ou autres instruments contaminés. C'est par ce procédé qu'on peut expliquer les véritables endémies de syphilis avec accident initial souvent extragénital qu'on observe parfois, notamment en Bosnie-Herzégovine.

De la prétendue influence curative de la malaria sur le cancer.

Dans la séance du 10 janvier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. L. Prochnik** a fait une communication dans laquelle il a combattu l'hypothèse émise par M. Löffler (de Greifswald), à savoir que l'infection malarienne exercerait une influence curative sur le cancer. L'orateur, qui a passé vingt-cinq ans aux Indes néerlandaises, a eu souvent l'occasion d'y constater la coexistence de la malaria avec des affections cancéreuses, sans que jamais la première de ces maladies ait paru entraver dans une mesure quelconque le développement des néoplasmes malins. Bien plus, les statistiques montrent la grande fréquence, dans ces contrées, des cancers du foie ; or, la cirrhose hypertrophique y est également très commune, et cette cirrhose est le plus souvent d'origine paludéenne ; on est ainsi conduit à penser que la malaria joue plutôt, au contraire, le rôle de cause indirecte du cancer du foie.

Hypertrophie et dégénérescence d'une glande thyroïde accessoire à la suite de l'extirpation d'un goitre.

M. von Eiselsberg a présenté un homme chez lequel, deux mois après l'extirpation totale de la glande thyroïde pour un goitre — opération qui remonte actuellement à vingt ans —, apparut au-dessus du larynx un nodule qui atteignit peu à peu les dimensions d'une pomme. L'examen histologique d'un fragment de cette tumeur montra, dès 1887, qu'elle était constituée par des éléments thyroïdiens typiques. On est donc fondé à croire qu'une des glandules accessoires de la thyroïde s'est hypertrophiée à la suite de l'extirpation de la glande principale et qu'elle est devenue, à son tour, le siège d'un goitre. Ainsi s'explique l'absence, dans ce cas, de signes de cachexie strumiprive. Malgré le désir du malade, l'orateur a refusé de faire l'ablation de cette tumeur, qu'il considère comme un *noli me tangere*.

Sur un cas d'érythromélalgie.

Dans la séance du 9 janvier de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. R. Schmidt** a montré une femme de soixante ans qui a été atteinte, il y a deux ans, de douleurs avec gonflement au niveau du pied droit; cinq mois après, les mêmes phénomènes apparurent au pied gauche; enfin, au mois d'août dernier, ils envahirent aussi la main droite. On constate, en outre, une tuméfaction de la rate, de la sclérose des vaisseaux périphériques, du dermographisme, de la cyanose de la face et une légère élévation de la température; le sang renferme 10 millions de globules rouges par millimètre cube. L'orateur croit qu'il s'agit d'un cas d'érythromélalgie.

M. von Schrötter fait remarquer que, la malade présentant, au niveau du thorax et du cou, des réseaux veineux extrêmement développés et offrant, en outre, des signes d'artériosclérose, il paraît probable que l'érythromélalgie n'est pas pure, mais associée à des troubles de nature différente.

M. Kahane pense même, vu l'extrême rareté de l'érythromélalgie pure, et étant donné l'existence, chez la malade de M. Schmidt, de lésions vasculaires, qu'il s'agit d'un syndrome voisin de l'érythromélalgie, plutôt que de cette affection elle-même.

M. Mannaberg a montré une jeune fille de dix-neuf ans qui, huit jours après avoir reçu une injection de sublimé pour un exanthème maculo-papuleux, présenta des troubles généraux avec leucocytose considérable, lesquels firent penser à une leucémie aiguë, probablement compliquée de septicémie pouvant être rapportée à une ulcération gangreneuse du pharynx.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De l'emploi du siphon pour pratiquer et pour limiter la thoracentèse, par M. L. BARD.

S'il est généralement admis à l'heure actuelle que l'évacuation par ponction constitue le meilleur moyen de traitement des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, quand ils sont suffisamment abondants, cette petite opération n'est pas sans présenter quelques inconvénients : il faut, en effet, soustraire assez de liquide pour que le malade soit notablement soulagé et pour que le processus morbide se trouve enrayé; mais, d'autre part, il ne faut pas en enlever trop, sans quoi on s'expose à des accidents fort graves, pouvant aller jusqu'à la mort subite. Or, des divers moyens qui ont été proposés pour retirer de la thoracentèse tout le bénéfice qu'elle peut donner, sans s'exposer à des complications fâcheuses, aucun — pas plus la limitation arbitraire de la quantité de liquide à évacuer que l'emploi d'une aspiration très modérée ou la réduction de la vitesse d'écoulement à un certain taux — ne peut être considéré comme remplissant parfaitement le but qu'il se propose, car ni les uns ni les autres ne tiennent compte d'un facteur de la plus haute importance, à savoir l'état du poumon sous-jacent et la facilité plus ou moins grande avec laquelle cet organe vient remplir le vide laissé par le départ du liquide.

Jusqu'à ces derniers temps, M. L. Bard avait adopté comme *criterium* du moment où il convient de s'arrêter, l'apparition de la dyspnée. Mais ce signe, quelque précieux qu'il soit, n'est pas non plus à l'abri de toute critique; en effet, certains sujets pusillanimes, et ne subissant la ponction qu'à regrets, accusent très rapidement une sensation d'oppression en partie imaginaire, tandis que d'autres, comptant sur une guérison d'autant plus prompte que l'évacuation de l'épanchement aura été plus complète, s'efforcent de supporter sans se plaindre, le plus longtemps possible, les malaises qu'ils ressentent. Aussi l'auteur a-t-il cherché à substituer à ce mode de procéder une méthode fournissant des renseignements *objectifs*, par conséquent indépendants de l'état d'esprit du patient; voici de quelle façon il croit avoir résolu ce problème :

La thoracentèse est pratiquée non par aspiration, mais au moyen d'un simple siphon; le trocart de l'appareil de Potain convient très bien pour cet usage, à condition qu'on adapte à sa tubulure latérale un tube de caoutchouc souple de 1 mètre de longueur, lui-même terminé par un tube de verre de 0 m. 25 centim. environ, ayant un calibre intérieur sensiblement égal à celui de la canule.

Cet instrument soigneusement aseptisé, on plonge l'extrémité inférieure du tube de verre dans un récipient rempli de liquide et placé sur le sol, à côté du lit; on ponctionne alors la poitrine dans le huitième espace intercostal. Généralement, le siphon se trouve amorcé sitôt que le robinet du trocart est ouvert; dans le cas contraire, on commande au malade de tousser. Le liquide commence donc à s'écouler; dès que les premières gouttes ont entraîné les bulles d'air que les tubes pouvaient contenir, on arrête l'écoulement en pinçant le caoutchouc entre deux doigts, puis on redresse le tube de verre et on l'applique verticalement contre le thorax du malade, de façon qu'il croise le trocart. Il suffit alors de ne plus comprimer le caoutchouc pour avoir dans le tube une colonne de liquide dont le niveau subit des oscillations en rapport avec les mouvements respiratoires; ces oscillations, dans les cas de pleurésie de moyenne abondance, font en général varier le niveau du liquide dans le tube de 2 à 10 centimètres *au-dessus* du trocart.

Ce chiffre noté, on continue l'évacuation de la plèvre en plongeant de nouveau le tube de verre dans le récipient *ad hoc*. Au bout d'un certain temps, on recommence la manœuvre ci-dessus indiquée; on voit ainsi, le niveau du liquide dans la plèvre ayant baissé au fur et à mesure que la ponction se poursuivait, les oscillations dans le tube de verre se rapprocher de plus en plus du trocart, pour finir par se faire tout entières *au-dessous* de lui; c'est alors — exactement quand les oscillations ont lieu entre 1 et 5 centimètres à peu près *au-dessous* de la canule — qu'il convient de s'arrêter, l'expérience ayant démontré à M. Bard qu'à ce moment la pression intrapleurale à la surface du liquide a repris à peu près la valeur physiologique du vide intrapleural, et que c'est là la condition nécessaire pour que l'affection évolue favorablement.

Le seul point délicat de ce procédé, c'est qu'il perd toute sa précision si la colonne liquide renferme des bulles d'air; aussi, quand cette éventualité se produit, faut-il faire couler un peu de sérosité par le tube pour le purger d'air. Il n'est, en outre, pas applicable aux épanchements purulents. Si la vitesse d'écoulement paraissait trop grande, il serait toujours possible de la modérer en diminuant la longueur du siphon, et pour cela il n'y a qu'à relever plus ou moins le récipient dans lequel plonge le tube.

L'auteur a fait de la sorte, jusqu'à présent, une vingtaine de thoracentèses. Comme exemple des bons résultats que donne cette méthode, il cite le cas d'un malade chez lequel il a pu retirer en une seule séance 3,300 grammes de liquide, quantité de beaucoup supérieure à celle que, empiriquement, l'on se croit autorisé à extraire en une fois; l'épanchement ne se reproduisit pas et la convalescence débuta dès le lendemain. Dans un autre cas, la ponction fut arrêtée à 1,700 grammes, ce qui avait suffi pour que le niveau du liquide oscillât entre 9 et 15 centimètres au-dessous de la canule; la ponction avait donc été poussée trop loin. Il n'y eut pas d'accident, mais l'épanchement se reforma bientôt; au bout de deux jours, on fit une nouvelle thoracentèse que l'on eut soin d'arrêter dès que le liquide oscilla entre 1 et 4 centimètres au-dessous du trocart; cette fois-ci, et bien qu'on eût retiré 1,500 grammes de liquide, c'est-à-dire presque autant que dans la précédente séance, le succès fut complet. Il paraît impossible à M. Bard d'expliquer une telle différence dans les résultats de deux ponctions aussi rapprochées et à peu près identiques, autrement que par la différence des pressions intrapleurales à la fin de l'une et de l'autre. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, novembre 1901.) — F. F.

Etude sur les résonances tympaniques dans la pneumonie aiguë, par M. H. DE BRUN.

Si la présence d'un bloc fibrineux au sein du parenchyme pulmonaire, dans la pneumonie aiguë, a généralement pour effet de créer une zone de matité plus ou moins absolue, différentes circonstances peuvent déterminer le phénomène inverse, à savoir l'apparition d'une résonance tympanique. Jusqu'ici, on connaissait deux variétés de ce tympanisme pneumonique, l'un *prémonitoire*, perceptible tout au début au niveau de la zone engouée, l'autre *satellite*, survenant à la période d'état et siégeant généralement au sommet; dans le présent travail, M. de Brun en décrit une troisième espèce, dont l'importance serait autrement considérable au point de vue du pronostic et du diagnostic.

Le premier malade sur lequel l'auteur a été à même de constater ce signe était atteint d'une pneumonie grave, qui se traduisit tout d'abord par une zone de matité occupant à droite, tant en avant qu'en arrière, presque toute la hauteur de la poitrine; mais dès le second jour la percussion décela, dans la région sous-claviculaire, un son tympanique sourd, d'autant plus net qu'on se rapprochait davantage du sternum; dans la région latérale du thorax, le tympanisme, encore plus marqué, avait la résonance amphorique. En présence de ces symptômes, on crut à une vaste cavité consécutive à l'évacuation, par les bronches, d'une collection purulente; or, l'autopsie montra une solidification totale et absolue du poumon droit, qui, sur toute sa hauteur, présentait de l'hépatisation grise.

Depuis lors, M. de Brun a observé deux faits semblables, dont l'un également avec autopsie. Ces trois cas, sur lesquels il base sa description, concernent des pneumonies étendues à tout un poumon, au cours, ou plutôt vers la fin desquelles il se produisit une résonance tympanique ayant deux foyers nettement distincts, l'un supérieur, l'autre inférieur; le premier occupait, chez ces trois malades, la fosse sous-claviculaire; le second avait un siège plus variable, car il fut une fois antérieur, une fois latéral et une fois postérieur; dans les trois cas, il était limité inférieurement par la matité du foie.

L'auteur estime que ce phénomène est dû à la transmission, par le poumon transformé dans sa totalité en un bloc compact, des vibrations provenant des organes voisins (poumon du côté opposé, surtout s'il est emphysémateux; estomac et intestin distendus par des gaz), ce qu'il traduit en proposant de l'appeler *tympanisme plessimétrique*; ce serait là un signe de lésions extrêmement étendues et, par conséquent, d'une gravité considérable. (*Rev. de méd.*, novembre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Un nouveau signe précoce de la grossesse et de l'avortement imminent, par M. O. SCHÄFFER.

Au cours de recherches sur le pouvoir de résistance du sang de l'utérus à l'état physiologique et pathologique, ainsi que sous l'influence de diverses conditions expérimentales, M. Schäffer a été amené à constater que ce pouvoir de résistance augmente immédiatement après la conception pour continuer à s'accroître pendant toute la durée de la grossesse. Le procédé dont il s'est servi dans ses expériences consistait à provoquer, à l'aide d'un instrument piquant (une pince tire-balle, par exemple), un léger écoulement sanguin du côté de la portion vaginale de l'utérus, à recueillir au portion vaginapette une goutte de sang au niveau même de la plaie,

afin d'éviter toute impureté, et à mélanger ce sang, dans des proportions convenables, avec un liquide isotonique, en agitant énergiquement le mélange. Si l'on emploie, dans ce but, une solution contenant 1 gramme d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium pour 300 grammes d'eau, on constate que les érythrocytes les plus vigoureux sont colorés en brun, que les globules moins résistants prennent une teinte jaune pâle et qu'enfin les éléments à vitalité très compromise restent incolores. Chez les femmes exemptes de toute lésion des organes génitaux et non enceintes, le nombre des globules fortement teintés est de 2 fois 1/2 à 5 fois plus grand que celui des érythrocytes pâles ou complètement décolorés. Pendant la grossesse, le taux des premiers augmente progressivement, de sorte qu'au cours du troisième mois le rapport entre les deux catégories d'érythrocytes s'exprime par un chiffre variant entre 6.2 et 7.5 contre 1, pour atteindre ou même dépasser 24 contre 1 au septième mois.

M. Schäffer a eu, en outre, l'occasion de faire une autre constatation qui mérite également d'être signalée. Chez une femme enceinte de sept mois, il nota un abaissement considérable et brusque du taux des globules colorés en brun, en même temps qu'on voyait apparaître nombre d'hématies décolorées et de cellules à granulations : le rapport entre les globules de l'une et de l'autre catégorie n'était plus que de 1.6 : 1, tandis que, six semaines auparavant, le nombre des érythrocytes résistants était de 21 à 24 fois plus grand que celui des globules pâles. Or, deux jours après cet examen, à l'occasion d'une promenade nullement fatigante, il se produisit un écoulement spontané du liquide amniotique, et, quatre jours plus tard, la patiente accoucha d'un enfant vivant. Le travail avait, par conséquent, été précédé, dans ce cas, d'un abaissement notable de l'afflux du sang artériel dans la matrice.

Depuis lors, l'auteur a pu remarquer le même phénomène dans un certain nombre d'avortements, et il estime que l'examen du sang est susceptible de présenter une certaine valeur diagnostique, soit pour reconnaître l'existence d'une grossesse au début, soit pour mettre en évidence un avortement imminent. Il va sans dire qu'il convient, afin d'éviter toute erreur, de procéder à des examens répétés et de s'assurer que le sang ne provient pas d'une blessure veineuse. Il faut, en outre, tenir compte de l'existence possible d'une affection des parties génitales ou d'autres organes, ainsi que de l'état général de l'organisme. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 décembre 1901.) — L. CH.

Recherches expérimentales sur les causes de la mort dans la péritonite par perforation, par M. H. HEINEKE.

M. Heineke a cherché à déterminer expérimentalement les causes qui confèrent à la péritonite aiguë par perforation les caractères spéciaux qui la distinguent des inflammations des autres séreuses, de la plèvre en particulier. Certains auteurs, se basant sur la faculté de résorption considérable du péritoine, ont admis que la marche souvent foudroyante de l'affection qui nous occupe est due à une intoxication générale de l'organisme; d'autres se sont prononcés pour un réflexe nerveux exerçant une action dépressive sur les centres cardiaques, par l'intermédiaire du nerf splanchnique. Mais aucune de ces hypothèses ne peut être considérée comme entièrement satisfaisante, pas plus du reste que les différentes autres explications qu'on a proposées, telles que l'épaississement du sang à la suite de la perte de liquide résultant de la diarrhée et des vomissements, etc.

Pour se rendre compte du rôle joué par la paralysie du cœur et des vaisseaux dans la péritonite par perforation, M. Heineke a étudié l'état de ces organes aux diverses phases de la maladie; il s'est servi dans ce but du dispositif expérimental employé par Romberg et Pässler dans leurs recherches sur la pathologie des troubles de la circulation dans les maladies infectieuses aiguës (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 50). Afin de déterminer la résistance du muscle cardiaque, il a mesuré l'augmentation de la pression sanguine produite par le massage de l'abdomen ou la compression de l'aorte abdominale; les variations de la même pression que provoque l'asphyxie artificielle ou une irritation de la muqueuse des fosses nasales devaient, d'autre part, le renseigner sur l'état des vasomoteurs. Il a opéré sur des lapins, auxquels il a fait une déchirure transversale de l'intestin grêle, en ayant soin de lier préalablement les vaisseaux du péritoine de façon à éviter toute hémorrhagie.

Dans les premières heures qui suivent la perforation intestinale, les conditions du cœur et des vaisseaux sont normales et les variations de pression causées par les différents facteurs indiqués ci-dessus sont identiques à celles que l'on observe chez les animaux sains. La seconde phase est caractérisée par un léger abaissement de la température rectale et par de l'apathie chez les animaux opérés. A ce moment, la pression sanguine est encore élevée; la chute ne survient que plus tard et se fait brusquement, si bien qu'en très peu de temps le manomètre tombe à 10 ou 20 millimètres, pour se maintenir à ce point jusqu'à la mort. Le massage de l'abdomen détermine, au début de cette période, une augmentation considérable de pression et, même au moment où la pression normale a déjà commencé à baisser, la réaction du muscle cardiaque persiste, bien que légèrement affaiblie. L'effet d'une irritation de la muqueuse nasale est, par contre, déjà sensiblement plus faible qu'au début, et il diminue de plus en plus, jusqu'à devenir à peu près nul. Tant que la pression moyenne est encore au niveau normal, l'asphyxie provoque une augmentation de pression considérable, mais cette réaction s'affaiblit avec la chute de la pression, tout en restant notablement supérieure à celle que détermine l'irritation des muqueuses. Au commencement de la période d'algidité, le cœur est donc encore en état de fournir une somme considérable de travail supplémentaire; toutefois, l'on constate déjà les premiers symptômes de la paralysie vasculaire. Celle-ci devient de plus en plus manifeste et les réactions vasculaires finissent par disparaître entièrement à un moment où le massage abdominal relève notablement la pression. Ce n'est donc pas à la faiblesse du muscle cardiaque qu'il faut attribuer la chute de la pression sanguine, mais bien à la paralysie des vaisseaux du système splanchnique. L'accumulation du sang dans cette partie de l'appareil circulatoire a pour conséquence une insuffisance de l'irrigation sanguine des autres régions de l'organisme, ischémie qui devient mortelle dès qu'elle dépasse un certain degré.

Pour déterminer si la paralysie des vasomoteurs a son siège dans le système nerveux central ou dans les ramifications nerveuses périphériques, M. Heineke a eu recours à des injections de chlorure de baryum; après chaque injection, on constate une élévation sensible de la pression, d'où l'auteur conclut que les éléments nerveux périphériques ont conservé leur irritabilité, et que la paralysie vasculaire est d'origine centrale.

En ce qui concerne la respiration, la fréquence des mouvements respiratoires ne varie pas pendant les premières phases. Après une courte période d'accélération accompagnée d'une légère irrégularité du rythme, on observe un ralentissement des respirations, coïncidant avec la chute de la pression sanguine. Les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus rares; ils prennent un caractère convulsif et s'accompagnent d'un tremblement général; ils cessent enfin, alors que le cœur continue de battre malgré une pression sanguine très basse. L'arrêt de la respiration — qui précède donc l'arrêt du cœur — fait bientôt tomber la pression à zéro; c'est par conséquent la paralysie des centres respiratoires qui doit être considérée comme la cause directe de la mort.

Par analogie avec les résultats des recherches de Romberg et Pässler, M. Heineke estime que la paralysie vasomotrice et la paralysie respiratoire ne sont pas dues à un réflexe, mais résultent de l'infection de la cavité abdominale et d'une intoxication générale de l'organisme. Il admet cependant la possibilité de phénomènes réflexes chez l'homme, processus qui expliquerait jusqu'à un certain point les syncopes initiales de la péritonite par perforation; ces syncopes ont été observées en clinique, mais l'auteur n'a pas réussi à les reproduire expérimentalement chez le lapin. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 5-6.) — A. J.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Rapports de l'érysipèle de la face avec les vents, par M. A. DOGLIOTTI.

Ayant observé fortuitement qu'à la suite d'une période de grands vents il y avait eu à Turin une petite épidémie d'érysipèle de la face, l'auteur a recherché s'il n'existerait pas de relations entre cette affection et l'état de l'atmosphère.

Il a pu tout d'abord s'assurer que l'érysipèle est surtout fréquent à Turin en mars, avril et mai, mois où règnent des vents violents, tandis qu'il est rare en août, septembre et octobre, moment où l'air est généralement calme : pour les cinq années de 1896 à 1900, on a compté 79 cas d'érysipèle dans la première de ces périodes trimestrielles, contre 33 seulement dans la seconde; et encore convient-il de remarquer qu'en 1897 le mois de septembre ayant été troublé par des vents presque continuels, cette année fournit à elle seule 12 des 33 cas de cette dernière catégorie.

Ces érysipèles, fait observer l'auteur, surviennent généralement sous forme de petites épidémies; ce qui le prouve bien, c'est qu'en comparant le registre des entrées de l'hôpital Saint-Jean et de la cité, de Turin, avec les documents météréologiques recueillis à l'observatoire de cette ville, on voit qu'il y eut, de janvier 1896 à février 1900, 27 périodes venteuses, ayant duré en tout quatre-vingt-dix-sept jours à peu près; or, de quatre à seize jours après ces périodes, il entra dans ledit hôpital *104* sujets atteints d'érysipèle de la face, par petites séries comprenant de 1 à 13 malades, sur un total de 245 cas de cette affection traités dans cet établissement durant les soixante-deux mois en question.

Enfin, une dernière constatation a été faite par M. Dogliotti: pour que le vent propage ainsi l'érysipèle, il faut qu'il souffle après une période de sécheresse; au contraire, quand il est précédé de pluie ou de chutes de neige, il n'augmente nullement la morbidité érysipélateuse.

Dès lors, le mode d'action du vent apparaît des plus nets: c'est en soulevant les poussières des rues, chargées d'agents infectieux, et en les projetant sur les parties découvertes du corps, notamment sur le visage, qu'il favorise la contamination; une preuve indirecte en est fournie par ce fait que tous les cas d'érysipèle des jambes ou de la région génitale observés par l'auteur durant la même période concernaient des femmes, chez lesquelles la partie inférieure du corps est moins bien protégée par les vêtements que chez l'homme.

La conclusion pratique que tire M. Dogliotti de ces diverses constatations, c'est que toute personne présentant une solution de continuité des téguments de la face devrait s'abstenir de sortir quand il fait un vent violent, ou, du moins, ne devrait s'exposer à l'air qu'après avoir enduit les surfaces excoriées d'une pommade antiseptique. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, juillet 1901.) — F. F.

Des effets, sur le testicule, de l'interruption des voies spermatiques, par M. F. FABRINI.

Alors qu'on admet généralement que la résection de l'épididyme ou du canal déférent entraîne soit l'atrophie soit la sclérose du testicule, les recherches expérimentales dont M. Fabrini expose les résultats dans la présente note permettent une conclusion tout opposée; et le fait n'est pas sans intérêt, au point de vue de l'opportunité des opérations partielles sur l'appareil génital mâle.

Ces expériences, qui ont porté sur plus de 30 chiens, ont consisté à réséquer l'épididyme, ou encore à lier ou à réséquer le canal déférent, et à faire l'examen histologique du testicule au bout d'un laps de temps variable, qui, pour certains animaux, n'a pas été inférieur à treize mois.

Le premier phénomène que l'on observe à la suite d'une des interventions ci-dessus désignées, c'est un détachement brusque et prématuré d'une certaine quantité de spermatozoïdes plus ou moins parfaits, ainsi que de quelques groupes d'éléments spermatogénétiques à un stade assez précoce de leur évolution : le plus souvent, en effet, il s'agit de formes de passage entre les spermatides et les spermatocytes, parfois aussi entre les spermatocytes et les

spermatogonies; ces dernières, en tout cas, ne sont jamais intéressées; d'ailleurs, quelque étendu que soit ce processus, il n'en respecte pas moins des zones considérables où la spermatogenèse poursuit son cours normal.

Un peu plus tard — au bout de trente à cent jours, car il existe à cet égard des différences individuelles notables —, la fonction sécrétoire se montre plus profondément altérée; l'on voit apparaître des phénomènes de caryocinèse qui peuvent porter sur les spermatogonies elles-mêmes, si bien que les parois de certains tubes spermatiques ne présentent plus que des cellules de Sertoli, avec quelques rares spermatogonies épargnées par le processus d'involution. Mais ces dégénérescences restent, elles aussi, limitées et n'entravent point la spermatogenèse dans les portions de testicule demeurées saines: dans 2 cas seulement sur 30, l'auteur constata l'absence de tout spermatozoïde.

Enfin, ces phénomènes dégénératifs sont passagers, et, après quatre à sept mois, tous les canalicules spermatiques se montrent de nouveau recouverts de leurs éléments épithéliaux caractéristiques, si bien qu'un tel testicule ne diffère plus du type normal que par une accentuation des formes dégénérées que l'on observe dans toutes les glandes sexuelles, même les plus saines.

En dehors de ces processus purement épithéliaux, les modifications signalées par M. Fabrini sont tout à fait secondaires. Il n'existerait notamment aucune prolifération du tissu conjonctif intertubulaire; tout au plus note-t-on parfois, surtout dans les premières phases, une légère augmentation des cellules interstitielles. Mais ce fait ne marquerait nullement le début d'un processus de sclérose; en effet, dans des expériences où il a intentionnellement provoqué des scléroses partielles du testicule, l'auteur a pu s'assurer que les éléments dont il vient d'être question ne concourent pas à la néoformation conjonctive.

La conclusion à tirer de ces recherches, d'après M. Fabrini, c'est que l'interruption des voies spermatiques ne porte qu'une atteinte partielle et momentanée aux fonctions du testicule. (*Clinica moderna*, 21 août 1901.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Lavements d'extrait de capsules surrénales comme hémostatique contre l'hématémèse.

Un médecin anglais, M. le docteur W. Soltau Fenwick (de Londres), ayant récemment attiré l'attention sur les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement des gastrorrhagies graves par l'ingestion d'extrait de capsules surrénales, il nous paraît intéressant de rappeler que les propriétés vasoconstrictives de l'extrait surrénal avaient déjà été utilisées avec succès, dans le même but et de la même façon, par M. le docteur O. Grünbaum, médecin du West London Hospital (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 390). Toutefois, il est bon de savoir qu'administré par la bouche, ce médicament peut échouer en raison des vomissements qu'il est susceptible de provoquer et qui aggravent l'hémorrhagie. C'est ainsi que M. le docteur J. Adam (de Hamilton), a eu l'occasion d'observer une jeune fille prise d'une gastrorrhagie intense et qui, ayant absorbé, à deux reprises, plusieurs tablettes pulvérisées d'extrait de capsules surrénales, ne tarda pas, chaque fois, à les rejeter avec une quantité plus ou moins considérable de sang. En présence de cette intolérance de la muqueuse gastrique, M. Adam eut recours à la voie rectale : après avoir donné un petit lavement contenant 1 gr. 20 centigr. de chlorure de calcium, il fit injecter dans le rectum, d'abord toutes les deux heures, puis toutes les quatre heures seulement, 0 gr. 60 centigr. d'extrait surrénal pulvérisé et délayé dans de l'eau. L'hématémèse cessa complètement.

Ce fait mérite d'autant plus d'être retenu que l'extrait de capsules surrénales agit comme hémostatique, non pas en déterminant la coagulation du sang épanché, mais en rétrécissant le calibre des vaisseaux qui saignent. Or, le pouvoir absorbant de la muqueuse rectale étant considérablement augmenté à la suite des pertes sanguines abondantes, les propriétés vasoconstrictives de l'extrait en question peuvent rapidement s'exercer à distance.

Signalons, en terminant, que M. Adam se sert, au cours des interventions chirurgicales, de tampons imbibés d'extrait surrénal, afin de débarrasser le champ opératoire du sang et le rendre ainsi plus accessible à la vue. Cet extrait peut aussi être employé pour augmenter et prolonger l'effet anesthésique des pulvérisations de chlorure d'éthyle dans les opérations de petite chirurgie et l'avulsion des dents : il suffit, pour cela, de maintenir pendant quelques instants un tampon imbibé d'extrait surrénal sur la région qu'on va soumettre à la pulvérisation réfrigérante.

Du choix de la région pour la ligature de l'artère pédieuse.

Il est peu d'artères qui présentent d'aussi nombreuses anomalies que la pédieuse. D'après les recherches instituées par M. Viannay, interne des hôpitaux de Lyon, la disposition assignée à ce vaisseau par la plupart des traités classiques ne se rencontrerait même pas dans la moitié des cas. Le plus souvent, l'artère en question se bifurque, à sa sortie du ligament annulaire antérieur du tarse, en deux branches d'égal volume, dont l'une, interne, suit le trajet de la pédieuse normale, tandis que l'autre, externe, correspond à la dorsale du tarse. Mais il est des cas où les deux branches de bifurcation sont inégales comme volume : tantôt c'est la branche interne qui l'emporte, et ainsi se trouve réalisé le type classique décrit par les auteurs; tantôt c'est la branche externe qui est de beaucoup la plus volumineuse, la pédieuse normale étant, par contre, rudimentaire ou même complètement absente. En pareille occurrence, la vascularisation du dos du pied se trouve assurée exclusivement par l'artère externe, correspondant à la dorsale du tarse.

Cela étant, si l'on se conforme, pour la ligature de la pédieuse, au manuel opératoire habituellement admis, on risque de ne trouver qu'une artériole insignifiante ou même de ne tomber sur aucun vaisseau artériel, et d'être finalement obligé d'aller lier l'artère pédieuse à sa sortie du ligament annulaire, le seul point où l'on soit toujours sûr de la trouver.

Aussi, afin d'éviter les tâtonnements et les recherches pénibles nécessitant des incisions prolongées, M. Viannay propose, pour la ligature de la pédieuse, de se tenir dans la moitié supérieure de la ligne d'incision classique, de faire d'emblée une incision de 5 à 6 centimètres, ayant son extrémité supérieure au milieu du cou-de-pied, au niveau du bord inférieur du ligament annulaire antérieur du tarse, et de lier l'artère à son origine même, avant qu'elle ait encore donné une branche collatérale quelconque.

Traitement de la constipation opiniâtre d'origine nerveuse par le repos.

La pathogénie de la constipation étant des plus variables, on comprend que le traitement de ce symptôme ne saurait être univoque. S'il est incontestable que la vie sédentaire favorise, au plus haut degré, la parésie intestinale, qui semble être la cause de beaucoup la plus fréquente de la constipation habituelle des dyspeptiques, il n'en reste pas moins que ce facteur étiologique n'a pas la portée générale qu'on tend à lui attribuer. Il y a plus : à en juger d'après l'expérience de M. le docteur I. Boas (de Berlin), l'exercice au grand air, qui fait partie de la plupart des prescriptions contre la constipation, serait loin de convenir à tous les constipés. C'est ainsi que dans les cas de constipation d'origine nerveuse, particulièrement fréquente chez les neurasthéniques et souvent consécutive à un shock psychique, il serait, au contraire, préférable d'instituer une *cure de repos*. A cet effet, on commence par procéder au nettoyage du gros intestin au moyen de plusieurs litres d'eau savonneuse; puis on supprime complètement l'usage des purgatifs et des lavements, en même temps qu'on a soin de régler convenablement le régime alimentaire, et surtout de fixer exactement l'heure des repas. Durant les quinze premiers jours, le patient garde le lit et ne reçoit aucune visite; l'isolement est moins rigoureux pendant tout le reste de la cure, dont la durée totale est de quatre à six semaines.

Notre confrère a eu l'occasion d'appliquer, avec succès, ce procédé de traitement dans toute une série de cas de ce genre, où l'on avait en vain essayé à peu près tous les moyens communément employés contre la constipation habituelle; la plupart du temps, la cure de repos amena une évacuation abondante de matières fécales dès les premières vingt-quatre heures.

L'électrolyse péri et supracornéenne dans le traitement du pannus granuleux et des kératites.

Si, depuis quelques années, l'électrolyse a été assez souvent appliquée au traitement des granulations conjonctivales (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 385, et 1895, p. 81), il n'en a pas été de même pour le pannus trachomateux proprement dit, que l'on combat surtout par la péritomie et par l'emploi du jéquirity. Or, M. le docteur L. Lor (de Bruxelles) a pu se convaincre que l'*électrolyse directe de la cornée* est susceptible de rendre d'excellents services, alors même que le pannus est en plein accès d'irritation. Voici quelle est la façon de procéder de notre confrère :

Le patient étant anesthésié au moyen du chloroforme, on pratique d'abord, s'il existe des granulations conjonctivales, l'électrolyse des points malades de la muqueuse; puis, toujours avec un courant de 2 à 3 milliampères, on applique la plaque positive sur la joue correspondant à l'œil atteint, et, après avoir fixé celui-ci à l'aide d'une pince, on promène lentement le peigne à électrolyse autour du limbe cornéen, circonscrivant le pannus dans toute son étendue et détruisant les tissus périkératiques sur une largeur d'environ 3 ou 4 millimètres. On refait le même trajet encore une ou deux fois, suivant le degré d'infiltration et l'épaisseur de la conjonctive, de manière à arriver jusqu'à la couche épisclérale. On passe ensuite légèrement le peigne deux ou trois fois sur la cornée elle-même et sur toute l'étendue du pannus, en ayant soin d'atteindre et de toucher les vaisseaux qui rampent dans les couches superficielles de la cornée. Après avoir alors lavé l'œil et introduit un peu de vaseline entre les paupières, on applique un simple pansement sec qui peut être définitivement enlevé dès le lendemain, les suites opératoires étant très bénignes et l'opéré ne tardant pas à ouvrir les yeux. Il suffit généralement de quelques instillations de cocaïne pour calmer la douleur et la photophobie qui se manifestent pendant les premiers jours après l'intervention. La région électrolysée est envahie peu à peu par du tissu cicatriciel, en même temps que la cornée, d'abord irrégulière et comme chagrinée, ne tarde pas à recouvrer le poli et la transparence qu'elle avait avant le début du processus phlegmasique.

Ce procédé présenterait, sur les moyens employés habituellement contre le pannus trachomateux, l'avantage d'amener une guérison rapide avec destruction organique strictement limitée au mal.

De son côté, M. le docteur Gallemaerts (de Bruxelles), ayant constaté, comme M. Lor, que l'électrolyse donnait de bons résultats contre le pannus, a eu l'idée d'appliquer ce procédé, d'une façon systématique, au traitement des affections cornéennes (pannus strumeux, kératite en bandelette, ulcères de la cornée chez les enfants scrofuleux). Le pôle positif est appliqué sur la tempe ou sur l'os malaire, le pôle négatif étant constitué, suivant les cas, soit par le peigne électrolytique (dont on peut, au besoin, n'utiliser qu'une dent), soit par la petite aiguille en platine dont on se sert pour l'électrolyse des cils. L'intensité du courant ne doit pas dépasser 2 milliampères. Pour les petites ulcérations de la cornée ou les kératites en bandelette, l'électrolyse ponctuée peut être effectuée à l'aide d'une simple cocaïnisation; dans les cas de lésions plus étendues et, en particulier, de pannus total nécessitant une péritomie électrolytique, il est préférable de recourir à la narcose générale.

M. Gallemaerts a appliqué l'électrolyse dans une trentaine de cas de lésions cornéennes, et toujours il en a obtenu de bons résultats. C'est surtout la photophobie qui se trouverait favorablement influencée par ce mode de traitement : des enfants, qui, depuis plusieurs semaines, sont restés les yeux fermés, seraient à même de reprendre leurs jeux, parfois dès le lendemain de l'intervention.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

La scarlatine traumatique.

I

La scarlatine traumatique constitue une affection éruptive, contagieuse et souvent épidémique qui, de l'avis de la plupart de ceux qui l'ont étudiée, serait de même nature que la scarlatine vulgaire ou médicale. Sans parler de certaines particularités cliniques, elle aurait pour caractéristique de se développer à la faveur du traumatisme : celui-ci étant fréquemment d'origine chirurgicale, on la désigne encore sous le nom de *scarlatine chirurgicale*.

Les auteurs anglais furent les premiers à signaler, il y a une quarantaine d'années, les exanthèmes scarlatiniformes des opérés ou des blessés. Avant eux, il est vrai, on cite bien quelques lignes de Civiale, mais elles paraissent s'adresser aux exanthèmes de l'infection urinaire et ne rappellent en rien la scarlatine. Quant à la communication de Germain Sée à l'Académie de médecine de Paris (1858), elle a trait aux éruptions des trachéotomisés diphtéritiques, éruptions qu'on interprète encore aujourd'hui de manière contradictoire.

L'histoire de la scarlatine chirurgicale commence donc avec les travaux de Sir J. Paget (1) et de G. May (2), en 1864. Treize ans plus tard, Sir J. Paget réédita son premier mémoire dans ses *Clinical Lectures and Essays* de 1877 ; dans ce dernier ouvrage, le chirurgien anglais disait avoir rencontré 10 cas de scarlatine chirurgicale ou post-opératoire et, en note, Howard Marsh et Thomas Smith en citaient l'un 8 et l'autre 7 observations nouvelles, recueillies sur un total de 48 lithotomies chez l'enfant.

En 1868 et 1870 parurent, d'autre part, les mémoires de Verneuil (3) et de son élève Tremblay (4), mémoires qui, malgré leur titre et leur objet tout différents, devaient avoir une influence considérable sur l'évolution des idées à l'égard de la scarlatine chirurgicale.

En tout cas, jusqu'en 1877, l'opinion dominante fut celle de Sir J. Paget, qui admettait sans réserve la nature scarlatineuse de la plupart des exanthèmes signalés. Elle fut partagée et même exagérée par Trélat (1) et par Batut (2), qui affirmèrent qu'entre ces scarlatines chirurgicales et la scarlatine commune, il y a identité absolue ; les auteurs anglais reconnaissaient au contraire, entre elles, quelques différences cliniques ou épidémiologiques.

Les articles de Verneuil et de Tremblay, les méfaits de l'acide phénique, auraient dû cependant inspirer quelques réserves. Nous les trouvons formulées dans un travail de Terrillon (3), à propos d'un cas d'exanthème scarlatiniforme que l'auteur attribue à la pyohémie constatée chez son malade.

Pendant ce temps, l'étude des scarlatines chirurgicales se poursuivait en Angleterre. Dans les « Guy's Hospital Reports » de 1879, Goodhart et Howse (4) discutent la question avec des documents nouveaux et en s'appuyant sur des faits nombreux : Goodhart en cite 25 et Howse 3. Ces observations sont malheureusement un peu sommaires. Il faut en dire autant de celles qui furent relatées au Congrès international de Londres, où la plupart des auteurs anglais précédents, ainsi que Trélat et Riedinger (5), prirent la parole : ce dernier déclarait avoir observé 15 cas de scarlatine chirurgicale dont 9 avaient déjà été publiés, mais sous une forme très résumée (6).

Tout le monde semblait à peu près d'accord pour admettre la scarlatine chirurgicale, la dire fréquente et en faire une complication nouvelle des plaies. Cependant, l'année même de la première publication de Riedinger, Treub (7) s'était élevé contre les opinions émises par cet auteur, allant même jusqu'à conclure que les blessures créaient une sorte d'immunité à l'égard de la scarlatine.

Avec le mémoire de Hoffa (8), paru en 1887, nous entrons dans une période de critique et de revision des faits publiés. Le principe d'une scarlatine chirurgicale est toujours respecté, mais chaque auteur devient sévère pour les faits ayant précédé les siens. Hoffa pense que les éruptions observées sont de quatre ordres : éruptions d'origine vasomotrice, éruptions toxiques, éruptions infectieuses, scarlatine vraie. Au premier groupe appartiennent les érythèmes ; au second, les exanthèmes consécutifs à la transfusion, à l'emploi du sublimé, de la belladone, etc. ; au troisième, les exanthèmes de la pyohémie, de la diphtérie, du typhus abdominal, etc., etc. Le nombre des cas de scarlatine chirurgicale vraie se trouvait ainsi fort réduit, et l'auteur n'en admettait plus que six ou sept comme authentiques.

De nouvelles observations ont été publiées depuis : dans un important travail datant de dix ans, Emil Koch (1) se livra à une sérieuse étude des exanthèmes scarlatiniformes survenant chez les enfants blessés ou trachéotomisés. En 1895, Conrad Brunner (2), élargissant un peu la mesure adoptée par Hoffa, rassemblait 19 observations et traçait le portrait clinique de cette « sogenannten Wundscharlachs ». Pendant ce temps, Volkovitch (3), Sarytchev (4), Nossovitch (5) publiaient ou critiquaient des cas analogues, en Russie.

Mais avec Strubell (6) la mesure redevient tout à fait étroite. A propos d'une observation — qu'une critique aussi rigoriste que la sienne pourrait d'ailleurs contester —, l'auteur ne reconnaît plus que deux cas valables de scarlatine chirurgicale : le sien, et l'observation personnelle de Leube (7).

Nous sommes donc en présence d'une question très discutée. Pour essayer de la résoudre, nous allons d'abord tracer le tableau de la scarlatine chirurgicale, tel qu'il ressort des faits relatés sous cette étiquette ; nous discuterons ensuite les problèmes pathogéniques ou diagnostiques qui s'y rattachent.

II

Dans le but de déterminer l'étiologie de la scarlatine chirurgicale, nous avons réuni près de 150 observations publiées sous ce nom (dans ce nombre ne sont pas comprises certaines séries signalées en bloc et sans le moindre renseignement). Mais, pour différentes raisons, dont la principale est l'insuffisance des détails cliniques, on ne peut guère utiliser qu'une centaine de ces faits pour l'étude et la description de la scarlatine chirurgicale.

Les chiffres précédents semblent indiquer en tout cas une certaine *fréquence*. Il est à remarquer, toutefois, que la majorité des observations appartiennent aux débuts de la période antiseptique ou même à la fin de la période préantiseptique ; de nos jours, la scarlatine traumatique paraît se faire plus rare. Elle a souvent pris une allure épidémique, notamment dans les hôpitaux d'enfants, où certains auteurs en ont recueilli un nombre très considérable : Goodhart en cite ainsi 25 cas et Koch 31.

C'est en effet dans le jeune âge que la scarlatine traumatique se rencontre le plus souvent : sur 147 observations, nous en avons relevé 117 concernant des sujets âgés de moins de quinze ans, soit une proportion de près de 80 %. Les deux tiers appartiennent au sexe masculin, qui est toujours le plus atteint quand il s'agit de traumatismes.

On ne peut pas accuser tel ou tel traumatisme de favoriser plus spécialement l'éclosion de la scarlatine chirurgicale : les uns sont aseptiques ou supposés tels, par exemple les opé-

---

(1) J. Paget. Clinical lecture on scarlatina after operations. (*Brit. Med. Journ.*, 27 août 1864.)

(2) G. May. Scalp wound, followed by scarlet fever. (*Brit. Med. Journ.*, 8 oct. 1864.)

(3) Verneuil. Anthrax des lèvres; gravité du pronostic. Anthrax des muqueuses. Phlegmon de la région sus-hyoïdienne. Symptômes cutanés de la pyohémie. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 13 nov. 1868, p. 724.)

(4) Tremblay. Des éruptions cutanées après les opérations et dans le cours des affections septicémiques chirurgicales. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 2 et 9 sept. 1870, p. 548.)

Dans ce travail, l'auteur reproduit une note parue dans le *Mouvement médical* quelques mois auparavant (13 mars 1870, p. 130), et où il est question pour la première fois, en France, d'une communication qui aurait été faite par Maunder à la Société pathologique de Londres, en 1864, sur un cas d'éruption consécutive à une lithotomie médiane, et qui aurait été suivie d'une assez longue discussion à laquelle auraient pris part G. Hewett, Murchison, Broadbent, Crisp, Callender, H. Lee, Martin, Wells et Camps. La plupart des auteurs qui ont traité ce sujet depuis trente ans n'ont pas manqué de faire état de ce document; Batut, Hoffa, E. Koch sont dans ce cas; Batut va même jusqu'à indiquer l'année, le volume et la page du *British Medical Journal* où se trouverait le compte rendu de la séance où Maunder aurait pris la parole!

Fidèles à la tradition de scrupuleuse exactitude qui est de règle à la *Semaine Médicale*, nous avons voulu remonter à la source originale; mais c'est en vain que nous avons compulsé les *Transactions of the Pathological Society of London*, ainsi que les comptes rendus publiés par la *Lancet* et le *British Medical Journal* de l'époque : nulle part nous n'avons trouvé trace de la communication de Maunder ni de la discussion qui la suivit.

La seule référence que l'on possède, c'est celle du recueil anglais qui a fourni les éléments de la note publiée par le *Mouvement médical* en 1870; il s'agit de la *Medical Circular* du 20 janvier 1864, où il est relaté, en quelques lignes, que Maunder aurait communiqué à la Société pathologique (on n'indique pas la date de la séance) une observation d'éruption rouge ou rose ayant suivi de près l'opération; Broadbent aurait à son tour déclaré que, dans 3 cas, il avait vu survenir, à la suite d'une intervention chirurgicale, une éruption rouge, *qui n'était pas la scarlatine*. On reconnaîtra qu'il est au moins étrange que la communication de Maunder — si tant est qu'elle ait eu lieu — n'ait été signalée ni dans les comptes rendus officiels de la Société, ni dans les principaux journaux médicaux de Londres.

Nous avons tenu à relever ce fait et à montrer avec quelques détails combien l'erreur est facile en matière d'indications bibliographiques. Nombre d'auteurs ayant la mauvaise habitude d'emprunter la partie bibliographique de leur travail à ceux qui ont écrit avant eux sur le sujet dont ils s'occupent, au lieu de remonter aux sources originales, il suffit qu'une inexactitude ait été commise à un moment donné, pour qu'on la voie indéfiniment reproduite. Il est vrai que la tâche des auteurs s'en trouve facilitée et simplifiée, mais cette façon de procéder n'est pas sans inconvénient au point de vue de la réalité des faits, comme le prouve bien l'exemple que nous venons de donner. — N. D. L. R.

(1) Trélat. De la scarlatine consécutive aux opérations. (*Progrès méd.*, 14 sept. 1878, p. 721.)

(2) L. Batut. De la scarlatine chirurgicale. (*Thèse de Paris*, 1882.)

(3) Terrillon. Note et observation pour servir à l'histoire des éruptions cutanées dans le cours des affections septicémiques chirurgicales. (*France méd.*, 13 juin 1877, p. 369.)

(4) J. F. Goodhart. A contribution to the etiology of scarlatina in surgical cases. (*Guy's Hosp. Rep.*, 1879, XXIV, p. 287.)

Howse. Some account of an epidemic of surgical scarlatina occurring in Astley Cooper Ward in 1878, with remarks. (*Guy's Hosp. Rep.*, 1879, XXIV, p. 441.)

(5) Riedinger. Ueber die Natur des sogen. chirurgischen Scharlachs. (*Transact. of the Intern. Med. Congress, 7e session*, Londres, 1881, T. IV, p. 180.)

(6) Riedinger. Ueber das Auftreten von Scharlach bei Operirten und Verwundeten. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 28 fév. 1880, p. 134.) — Scharlach nach Wunden (Erwiederung an Herrn Dr H. Treub). (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 10 juillet 1880, p. 449.)

(7) H. Treub. Scharlachepidemie in einer chirurgischen Abtheilung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er mai 1880, p. 289.)

(8) A. Hoffa. Ueber den sogen. chirurgischen Scharlach. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 1887, no 292.)

(1) E. Koch. Ein Beitrag zur Kenntniss des chirurgischen Scharlachs. (*Thèse de Bâle*, 1892.)

(2) C. Brunner. Ueber Wundscharlach. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3, 10 et 24 juin, 1er, 22 et 29 juillet 1895.)

(3) N. M. Volkovitch. Contribution à l'étude de la scarlatine dite chirurgicale (en russe). (*Vratch*, 7 et 14 mars 1891.)

(4) Sarytchev. (*Chir. Liétopiss*, 1892, II, 2, p. 225.) — Nous n'avons pu nous procurer cette observation.

(5) G. N. Nossovitch. Deux cas de scarlatine après le percement des lobules des oreilles (en russe). (*Vratch*, 21 janv. 1893, p. 65.)

(6) A. Strubell. Ueber sogen. Wundscharlach. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1898, IV, 1, p. 15.)

(7) Cité par C. Brunner. (*Loc. cit.*, p. 503.)

rations exécutées chez des malades non infectés; d'autres sont des plaies ou excoriations superficielles, sans gravité apparente; d'autres frappent des sujets déjà infectés (incision d'abcès vulgaires ou tuberculeux, curettage d'adénites, ouverture d'empyème, ostéotomie et résection pour lésions suppurées des os, simples ou tuberculeuses); d'autres ont une sorte de caractère mixte au point de vue septique : opération du bec-de-lièvre, extirpation de papillome lingual, etc.; d'autres enfin sont septiques par définition, telle l'inoculation vaccinale (1).

Dans l'énumération précédente, il ne s'agit que d'infections pour ainsi dire courantes; parfois, nous en trouvons de moins banales. Ainsi une malade de Schäffer (2) avait le tétanos; un autre, observé par d'Espine et de Marignac (3), présentait une forme légère de pourriture d'hôpital; un troisième, dont Patin (4) relate l'histoire, avait un érysipèle; E. Koch nous a fait connaître enfin toute une série de cas de scarlatine chez de jeunes diphtériques trachéotomisés.

La *contagion* par une scarlatine antérieure, soit médicale, soit chirurgicale, a pu être incriminée 85 fois sur 150, c'est-à-dire dans 56 % des faits. Dans nombre de circonstances, la contagion ne paraît pas douteuse : Haffter (5) relate, par exemple, une observation de scarlatine survenue chez un écolier égratigné par un de ses camarades, qui était en pleine période de desquamation. Leube aurait contracté la scarlatine en se piquant au cours de l'autopsie d'un scarlatineux. Un étudiant, opéré de phimosis par Browne (6), visitait journellement avant son opération un autre étudiant atteint de scarlatine. Nossovitch a publié deux faits où la contagion est moins certaine, mais où l'origine de la scarlatine est assez curieuse pour être signalée : une matrone, qui avait la spécialité de percer les oreilles pour y placer des boucles, avait exécuté cette opération chez deux petites filles; peu de jours après, ces deux enfants offrirent un syndrome scarlatineux typique; or, quelque temps auparavant, sévissait dans le village une fièvre éruptive que Nossovitch n'eut pas l'occasion d'observer lui-même, mais qui pourrait très bien avoir été la scarlatine. Remarquons aussi que, dans certaines circonstances, c'est l'opérateur qui paraît constituer le vecteur du contage (7).

Enfin, dans un très grand nombre d'observations, la contagion paraît admissible *a priori*, car il s'agit de malades hospitalisés; nous verrons, d'ailleurs, qu'il y a de bonnes raisons en faveur de cet *a priori*.

Pour en finir avec ces données étiologiques, notons que le malade de Brunner avait déjà eu la scarlatine; celui de H. Page (8) l'aurait même eue deux fois.

III

On peut diviser l'évolution de la scarlatine chirurgicale, de même que celle de la scarlatine médicale, en quatre périodes : incubation, invasion, éruption, desquamation.

En ce qui concerne la *période d'incubation*, il semble ressortir de la majorité des observations que l'infection fut contemporaine du traumatisme ou qu'elle lui fut postérieure; l'infection antérieure, tout en étant possible, constitue sans doute l'exception, vu l'absence de commémoratifs pouvant la faire admettre. Nous aurons d'ailleurs à reparler de ce point de vue.

Sur 104 cas de scarlatine chirurgicale, l'intervalle entre le traumatisme et l'éruption fut 57 fois de moins de trois jours, 20 fois de trois à huit jours, 8 fois de huit à quinze jours, 4 fois de quinze à vingt et un jours, 2 fois de vingt et un à vingt-huit jours; 13 fois enfin il fut supérieur à quatre semaines. Le fait seul de la décroissance progressive des intervalles semble indiquer que l'infection se produit généralement à une époque contemporaine du traumatisme.

L'incubation de la scarlatine vulgaire étant de trois à quatre jours en moyenne, il est permis de supposer que plusieurs des cas auxquels il vient d'être fait allusion ne sont peut-être que des exemples de *scarlatine chez un blessé*. On peut, il est vrai, comme nous le dirons plus loin, faire en leur faveur une hypothèse qui leur garde le rang de scarlatine chirurgicale; mais on ne saurait les faire entrer en ligne de compte pour déterminer la durée de la période d'incubation. Veit, Hagenbach-Burckhardt et Gerhart citent bien des incubations de douze, quatorze et seize jours, mais ces faits sont absolument exceptionnels et, ici, il faudrait admettre trop d'exceptions.

Si donc nous nous bornons aux observations où le traumatisme ne remonte pas à plus de huit jours, nous en trouvons 77 avec une incubation maxima (calculée sur la date du traumatisme) de deux jours et demi (1).

Les symptômes de la *période d'invasion* sont ceux de toute pyrexie infectieuse : fièvre de 39° à 40° ou 41°, frissons, insomnie, agitation, délire, convulsions chez les enfants (2), puis réactions gastro-intestinales habituelles (vomissements, soif intense, état saburral, constipation ou diarrhée), enfin et surtout *angine*; celle-ci est la manifestation clinique qui nous doit intéresser le plus, car elle est un des signes fondamentaux de la scarlatine. Nous reparlerons de ses caractères à la période suivante, plusieurs observations se bornant à signaler en bloc les principaux symptômes rencontrés.

La *période d'éruption* nous offre tout d'abord à considérer l'exanthème. La date d'apparition de celui-ci est assez variable. On peut le constater dès le soir du jour où sont survenus les premiers signes de la maladie (3). Mais, en règle générale, il ne se montre que le lendemain ou le surlendemain : il apparut 40 fois après un jour, 10 fois après deux, 7 fois après trois, 1 fois après quatre.

Cet exanthème est souvent mentionné sans détails ou accompagné des qualificatifs « typique », « scarlatiniforme », etc., ce qui, joint au diagnostic, nous permet de penser qu'il eut alors les caractères qui lui sont habituels dans la scarlatine, en tant que point de départ, coloration, siège, progression, etc. Mais il n'en est pas toujours exactement ainsi.

Dans 29 observations il est dit que l'*éruption partit de la plaie :* celle-ci s'entoure, au début, d'une aréole rouge, qui en impose tout d'abord pour une infection banale ou un érysipèle (4); de cette aréole rouge se détachent des bandes également rouges, plus ou moins larges, rappelant quelquefois la lymphangite tronculaire (1), qui s'élargissent ensuite, confluent en forme de plaques et finissent par gagner les autres régions du corps. Si la plaie siège à la face ou aux membres supérieurs, le thorax est rapidement envahi; si elle occupe les membres inférieurs, c'est l'abdomen et le haut des cuisses qui offrent la teinte écarlate la plus prononcée. En tout cas, son extension est très rapide et en vingt-quatre ou quarante-huit heures le rash semble avoir atteint son apogée. Sa diffusion et sa distribution paraissent les mêmes que dans la scarlatine; chez le malade de Beaudouin, cependant, l'éruption, partie de la plaie, respecta la face. Quand l'éruption s'est déjà généralisée au moment où l'on vient à l'observer, la rougeur apparaît surtout marquée au voisinage de la plaie (2).

Ces rapports de la plaie et de l'éruption ne doivent pas être considérés comme la règle : outre le silence gardé par la plupart des observateurs, quelques-uns spécifient formellement l'absence de rougeur, d'exanthème ou de toute exagération de la manifestation éruptive autour de la plaie (3).

De même que dans la scarlatine, il peut se surajouter à l'exanthème une éruption de miliaire (4). Les phlyctènes rencontrées par Bollici au voisinage de la plaie sont une manifestation plus anormale et peut-être uniquement sous la dépendance de l'infection locale. Gimmel (5) et Konetschke signalent, en outre, un certain œdème de la peau ou des extrémités inférieures, sans albuminurie concomitante.

Le prurit semble aussi rare que dans la scarlatine ordinaire, car il ne s'est rencontré que trois fois (6).

Dans un cas de Browne (7), l'éruption fit défaut pendant la vie et ne se manifesta qu'après la mort : l'évolution avait été presque foudroyante, le malade ayant succombé en quinze heures.

La fièvre, qui peut atteindre et dépasser 40°, tombe progressivement quand l'éruption commence à pâlir. Celle-ci ne persiste guère plus de deux ou trois jours avec toute son intensité; au bout de cinq ou six jours elle est en pleine voie d'effacement.

L'angine, ou, d'une manière plus générale, les *symptômes amygdaliens*, n'ont fait défaut que dans 10 cas (8); nous pensons que ces faits sont les seuls où il en a été ainsi, car les observateurs n'auraient pu qualifier de « typiques » ou de « caractéristiques » des scarlatines dépourvues d'un symptôme aussi capital.

Les manifestations amygdaliennes de la scarlatine classique présentent, comme on le sait, deux modalités : l'angine et l'énanthème. La première, qui offre une intensité variable, peut faire défaut, bien que rarement; le second serait à peu près constant. Trop d'observations malheureusement manquent de détails circonstanciés pour permettre une classification de ce genre, en matière de scarlatine traumatique. Une chose paraît néanmoins certaine, c'est que l'angine vraie y est moins fréquente ou moins intense que dans la scarlatine médicale : on ne paraît guère avoir observé que des angines légères

(1) E. Koch. (Obs. XV.)

(2) E. Schäffer. Ueber einen Fall von traumatischem Tetanus mit sogen. chirurgischem Scharlach. (*Deutsche med. Wochensch*, 27 déc. 1888, p. 1063.)

(3) D'Espine et de Marignac. Note sur une espèce particulière de streptocoque retiré du sang d'un homme atteint de scarlatine. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet 1892, p. 458.)

(4) Patin. Ueber Scharlach bei Verwundeten. (*Thèse de Wurtzbourg*, 1884, obs. II.)

(5) Cité par C. Brunner. (*Loc. cit.*, p. 503.)

(6) J. W. Browne. Scarlatina and simulating eruptions following surgical operations. (*Brit. Med. Journ.*, 10 oct. 1885, obs. I.)

(7) Tels sont les cas de Cameron (*Glasgow Med. Journ.*, 11 fév. 1881, obs. II) et de Beaudouin (*Normandie méd.*, 1er juillet 1889, p. 228).

(8) H. W. Page. A note and a question on so-called surgical scarlet fever. (*Lancet*, 16 mai 1885, p. 887.)

(1) Exactement 2 jours 79; mais on peut réduire un peu ce chiffre, car nous avons souvent compté comme journées entières des intervalles de quinze à dix-huit heures. Dans une petite épidémie de 16 cas de scarlatine chez des trachéotomisés pour diphtérie, Sörensen a trouvé 2 jours 59.

(2) E. Koch. (Obs. II.)

(3) Etaient dans ce cas les malades de A. L. Kelly (*Glasgow Med. Journ.*, 1886, XXV, p. 386, obs. II), de Beaudouin, de E. Koch (obs. VIII), de Cameron (obs. II et III).

(4) Riedinger. (Obs. I.)
Bollici. Sulla scarlattina chirurgica. (*Raccoglitore med.*, 1890, p. 89, obs. I.)

(1) Citons, à titre d'exemple, les cas de Leube, Strubell, Gimmel (*Thèse de Zurich*, 1892, p. 24), Haffter, Dunoyer (*Thèse de Paris*, 1879, obs. XI, p. 54), Brunner, Riedinger (obs. VII), Ingerslev (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXI, 1-2, p. 171, obs. I; et *Semaine Médicale*, 1896, p. 404).

(2) Bollici. (Obs. III.)

(3) Il en est ainsi des cas de Hoffa (obs. II), de Howse (obs. III et IV), de Stirling (*Saint-George's Hosp. Reports*, 1879, X).

(4) Voir, à ce sujet, Hoffa (obs. I), Gimmel, Konetschke (*Wien. med. Presse*, 19 nov. 1882, p. 1483.)

(5) Gimmel. (Obs. I.)

(6) Dans le cas de Volkovitch et les deux de Nossovitch.

(7) Browne. (Obs. III.)

(8) Il s'agit des malades de Browne (obs. I), de Beaudouin, de Hoffa (obs. II), de Patin (obs. I), de Howse (obs. III et IV), de Konetschke, de Goodhart (obs. VIII, XXIV et XXV).

ou même de simples énanthèmes. Il n'est, en effet, que rarement fait mention d'adénite sous-maxillaire (1), d'exsudats légers ou de points blancs (2), et à plus forte raison de produits diphtéroïdes (Strubell) ou diphtéritiques (3).

Parlant de la langue, plusieurs auteurs, surtout anglais, mentionnent l'enduit épais qui la recouvre (*furred tongue*) et la rougeur de ses bords à « teinte de fraise » (*strawberry tongue*) ou se bornent plus simplement à la dire « scarlatineuse », ce qui résume sans doute les caractères précédents.

Une étude un peu négligée, mais qui pourrait être instructive au point de vue du diagnostic, c'est celle des modifications subies par la plaie au cours de la scarlatine chirurgicale. Une observation assez typique à cet égard, malheureusement la seule, est celle de Beaudouin : il s'agissait d'un enfant de quatre ans qu'un médecin, soignant par ailleurs des scarlatineux, vint à circoncire avec l'aide de l'auteur; trente-six heures après l'opération apparaissait un exanthème scarlatiniforme partant de la plaie; la maladie évolua sans angine, mais la plaie du prépuce et le gland se recouvrirent « d'un enduit pultacé, épais, grisâtre, d'un aspect identique à celui de la diphtérie ». Le fait était tellement net que Beaudouin rapprocha aussitôt cet exsudat de ceux qu'on observe sur les amygdales dans la scarlatine ordinaire. Ajoutons que le petit malade communiqua la scarlatine à son médecin, qui ne l'avait jamais eue.

Nous ne connaissons aucune autre observation mentionnant avec la même netteté la particularité en question. Nous allons indiquer cependant quelques faits qui méritent d'en être rapprochés. Browne (4) eut un jour à circoncire un étudiant qui visitait journellement un de ses camarades atteint de scarlatine : trente heures après l'opération éclatait un violent syndrome scarlatineux; dix heures plus tard la plaie prenait un aspect gangréneux, puis survenait du coma et finalement la mort, au bout de soixante-dix heures. L'angine fit défaut chez ce malade, qui fut néanmoins l'occasion d'une petite série de scarlatines chirurgicales.

Dans le même ordre d'idées, on pourrait signaler une observation de Howse (5), où il est parlé de l'aspect « sale » de la plaie et de ses tendances à « exfolier des masses floconneuses ». D'autres auteurs indiquent simplement l'apparence blafarde de la plaie (6), le gonflement et la désunion de ses bords avec suppuration secondaire (7), la formation ultérieure d'un petit séquestre (8), la lenteur de la guérison (9).

Les diverses altérations que nous venons d'énumérer n'ont sans doute rien de spécifique : depuis les travaux de Verneuil et de Dunoyer, il est bien connu que les pyrexies exercent généralement une influence nuisible ou retardante sur l'évolution des plaies. En constatant qu'au cours de ces scarlatines chirurgicales « la plaie se rouvre, même si elle était partiellement guérie », Parker (1) ne fait donc que confirmer une loi de pathologie générale, loi qui peut, d'ailleurs, présenter des exceptions, car, dans 4 cas (2), la cicatrisation de la plaie se fit sans encombres ni retards (3); mais il faut reconnaître que pour 2 d'entre eux les lésions n'avaient presque aucune importance.

La *période de desquamation* débute à une date un peu variable, habituellement vers le sixième ou le septième jour qui suit l'apparition de l'exanthème, rarement plus tard : dans un cas de Hall (4) au neuvième jour; au dix-neuvième chez un malade de Howse (5). Il se forme tout d'abord une petite poussière squameuse ou simplement furfuracée, notamment au visage, puis les squames vont s'agrandissant et l'on voit bientôt apparaître aux membres, *au pourtour de la plaie* (Leube, Strubell) ou dans son voisinage (6), les grands lambeaux classiques de la scarlatine; quand la desquamation est plus abondante au pourtour de la plaie, c'est que généralement l'exanthème a débuté par là. Dans 4 cas elle demeura simplement furfuracée (7). Son absence n'est signalée qu'une fois (8) : la maladie avait cependant évolué d'une manière assez grave et parut se transmettre par contagion à un autre individu.

La durée de cette période de desquamation, que les auteurs ne précisent généralement pas, fut 2 fois de huit jours (9), 3 fois de quinze (10), 1 fois de trois semaines (11), 1 fois de quarante jours (12).

Parmi les *complications*, la diphtérie et l'albuminurie sont celles qui nous intéressent le plus, au point de vue des parentés de la scarlatine chirurgicale avec la scarlatine vulgaire.

La diphtérie, comme nous l'avons déjà fait remarquer à propos de l'angine, ne s'est rencontrée que dans 2 cas, dont l'un mortel.

L'albuminurie s'observa plus souvent : on la trouve signalée 16 fois (13).

Chez 2 malades de Koch il se produisit, au cours de la défervescence ou de la convalescence, un érysipèle récidivant, qui partit de la plaie (14).

Le *pronostic*, abstraction faite des sujets trachéotomisés pour diphtérie et de ceux qui sont atteints d'une affection chirurgicale grave (15), n'a pas une sévérité excessive, puisque sur un total de 125 cas on ne compte que 9 morts (1). Si quelques auteurs ont été peu favorisés (Treub), d'autres, comme Koch ou Goodhart, n'ont eu qu'une mortalité faible, malgré le milieu hospitalier où ils observaient. Les causes de la mort sont la diphtérie, les complications rénales ou pulmonaires, l'infection suraiguë ou foudroyante (2).

Pour finir, il ne nous reste plus qu'à signaler deux cas de *récidive* de l'exanthème, dont l'un appartient à Konetschke et l'autre à Schäffer. Dans le premier, il s'agissait d'un enfant atteint de fracture compliquée du bras, chez lequel, quatorze jours après l'accident et un premier exanthème suivi de desquamation, en apparut un second, plus pâle, avec fièvre et nouvelle desquamation; le même fait se reproduisit huit jours plus tard; il y aurait eu donc trois atteintes en trois semaines, ce qui peut paraître à bon droit extraordinaire. La malade de Schäffer était atteinte de tétanos qui s'était développé une semaine après une blessure du doigt; dix-neuf jours après l'apparition du tétanos se manifesta une éruption scarlatiniforme; seize jours plus tard, alors que la desquamation était à peu près terminée, survint un nouvel exanthème avec des caractères et une évolution analogues à ceux du premier. Nous avons, d'autre part, signalé, à propos de l'étiologie, deux malades (H. Page, C. Brunner) qui en auraient été l'un à sa troisième scarlatine, l'autre à sa deuxième; mais les atteintes ne s'étaient pas suivies coup sur coup, comme dans les faits précédents.

Il est intéressant enfin d'indiquer que certains de ces malades ont été, selon toute apparence, la cause de nouveaux cas de scarlatine par contagion. Nous en comptons 13 de ce genre (3). Indépendamment de ces faits, il en est plusieurs pour lesquels la contagion paraît fort probable; nous visons les séries de Murray, de Goodhart, de Koch, de Treub, au total 51 cas qui s'observèrent sous une forme généralement épidémique, dans des services hospitaliers de chirurgie infantile.

IV

Comme on vient de le voir, le tableau clinique de la scarlatine chirurgicale, sauf de légères variantes que nous aurons à discuter, se superpose exactement à celui de la scarlatine vulgaire. Il est donc très naturel d'admettre l'identité de nature des deux maladies. Cependant, en examinant les faits en détail, on en trouve plusieurs qui offrent des particularités assez anormales pour une scarlatine. On ne s'étonne plus alors des objections soulevées par Hoffa, Brunner, Strubell. Ce dernier ne reconnaît même que 2 cas de scarlatine traumatique, avons-nous dit : celui de Leube et le sien; tous les autres ne seraient que des érythèmes dépendant, suivant la classification de Hoffa, soit de troubles vasomoteurs, soit d'intoxications, soit de la pyohémie.

Il est incontestable que les confusions sont faciles et peut-être nombreuses, mais, ainsi que nous le montrerons quand nous nous occuperons du diagnostic, elles paraissent généralement évitables. Que tous les auteurs, sauf deux, se soient trompés, cela nous paraît excessif.

Indépendamment de cette raison morale, on peut, d'ailleurs, apporter en faveur de l'existence de la scarlatine chirurgicale un certain nombre de preuves directes. Nous ne pensons pas, en effet, qu'il faille s'arrêter longtemps à une objection tirée du vieil adage *Non bis in*

---

(1) Cas de Nossovitch (obs. I et II), d'Ingerslev (obs. II), de Kelly (obs. I et III), de Chavier et Février (*Gaz. méd. de Paris*, 1er sept. 1888, p. 414, obs. I), de Volkovitch.

(2) Cas de Nossovitch (obs. II), de E. Koch (obs. III et VI), de d'Espine et de Marignac.

(3) E. Koch. (Obs. IX et XV.) — On pourrait ajouter peut-être une observation de Trélat où l'angine était « caractéristique ».

(4) Browne. (Obs. I.)

(5) Howse. (Obs. II.)

(6) Il en est ainsi dans les cas de Trélat (obs. I) et de Chavier et Février (obs. I et II).

(7) Voir Nossovitch (obs. I et II), Kelly (obs. I, II et III), Strubell, E. Koch (obs. I).

(8) E. Koch. (Obs. VIII.) — On avait fait chez ce malade une ostéotomie pour courbures rachitiques des membres inférieurs.

(9) Cf. Howse (obs. I) et E. Koch (obs. XV). — Dans ce dernier cas, il ne s'agissait que de pustules vaccinales : elles mirent *cinquante jours* à se cicatriser; dans un fait de Dunoyer, la plaie s'aggrava, mais c'était un coude fongueux, et la chose n'a rien d'étonnant.

(1) R. W. Parker. Surgical scarlet fever. (*Med. Soc. of London*, 10 nov. 1884, et *Brit. Med. Journ.*, 15 nov. 1884.)

(2) Ce sont ceux de Riedinger (obs. II), de Kelly (obs. IV), de H. Page, et de Gussenbauer cité par Hoffa. (*Loc. cit.*, p. 2687.)

(3) Elle parut même avancée dans l'observation de d'Espine et de Marignac; mais le malade était porteur d'une plaie fort suspecte de pourriture d'hôpital; elle traînait depuis longtemps; rien de surprenant à ce que la guérison ait semblé prompte, à la suite du curettage qui valut une scarlatine au malade.

(4) F. de Havilland Hall. Surgical scarlet fever. (*Brit. Med. Journ.*, 15 nov. 1884, p. 964.)

(5) Howse. (Obs. III.)

(6) Murray. Remarks on an outbreak of scarlet fever in a surgical ward. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin 1887, obs. III.)

(7) Cas de Goodhart (obs. XII), de Patin (obs. I), de Hall et de Batut.

(8) Dans la seconde observation de Browne.

(9) Observations VI et XIV de E. Koch.

(10) Observations I, III et XVI du même auteur.

(11) Cas de Volkovitch.

(12) Cas de d'Espine et de Marignac.

(13) Chez les malades de Strubell, de Chavier et Février (obs. II), de Riedinger (obs. I, III, IX), de Howse (obs. I, IV), de Schäffer, de d'Espine et de Marignac, de E. Koch (obs. V et XI), de Trélat (obs. II), de Patin (obs. I), de Batut, de Goodhart (obs. XVII, XXIV). — A cette liste, il faut ajouter peut-être un malade de Hoffa (obs. I), dont on ne put examiner les urines (qui s'écoulaient au milieu d'un cloaque produit par la gangrène urineuse), mais à l'autopsie duquel on constata une néphrite parenchymateuse aiguë, et l'observation II de Koch où l'autopsie révéla également une néphrite qualifiée de « scarlatineuse ». Le malade de l'observation XXIII de Goodhart mourut, dit-on, avec des symptômes éclamptiques, mais il n'est pas parlé de la composition de ses urines.

(14) E. Koch. (Obs. I et X.)

(15) Par exemple, les malades de Hoffa (obs. I), de Stirling, de E. Koch (obs. VII, IX, XI, XV), de Goodhart (obs. V).

(1) Ce sont les cas de Browne (obs. I et IV), de E. Koch (obs. II), de Treub (obs. I, III, IV et V), de Goodhart (obs. XVII et XXIII).

(2) Browne. (Obs. I et IV.)

(3) Ce sont ceux de Ingerslev (obs. II), de Beaudouin, de Nossovitch (obs. I), de Browne (obs. II, III), de Hoffa (obs. I), de Riedinger (obs. IV), de H. Page, de E. Koch (obs. II, IX, XII), de Cameron (obs. I, III).

idem, autrement dit : un malade, déjà en proie à une maladie infectieuse, n'en contracte pas une seconde. Les exceptions ne manquent pas à cette règle et, sans aller chercher bien loin, nous avons l'exemple de la scarlatine et de la diphtérie, coexistant si souvent chez le même sujet, des grippes, des pneumonies, des oreillons qu'on observe pour ainsi dire journellement dans les services de blessés. Au reste, les blessés ne rentrent pas dans la catégorie des malades « infectieux » par le seul fait qu'ils sont porteurs d'une lésion suppurée : on n'a le droit de considérer comme tels que les blessés *fébricitants*.

Les preuves directes qu'on peut apporter en faveur de la réalité de la scarlatine traumatique sont de quatre ordres : bactériologiques, expérimentales, épidémiologiques et cliniques.

Les preuves bactériologiques n'ont, il est vrai, qu'une valeur bien restreinte, puisque le microbe spécifique de la scarlatine est encore à trouver. Beaucoup de faits cependant semblent désigner le streptocoque. Dès 1828, Büdeler (1) admettait que la scarlatine peut se développer après un érysipèle ; Lasch, Hertzka (2), Triwousse (3), Sörensen (4), Patin (5) auraient fait la même constatation. Dans deux faits (6), c'est au contraire la scarlatine traumatique qui fut suivie d'érysipèle. Une remarque de M. Solly plaide également en faveur de ces associations : « Toutes les fois, dit-il, que, dans une maison, je vois un cas chirurgical présenter des complications phlegmoneuses graves, je suis sûr de voir éclater chez les autres habitants de la maison, soit un cas d'érysipèle, soit un cas de scarlatine (7). » De nos jours, MM. Babes, Volkovitch, Baginski inclinent fort à considérer le streptocoque comme l'agent pathogène de la scarlatine. Le dernier de ces auteurs a constamment trouvé le streptocoque dans l'angine scarlatineuse du début et dans le sang ventriculaire des sujets morts dans les quarante-huit premières heures de leur scarlatine (8). Or, dans les rares cas de scarlatine chirurgicale où l'examen bactériologique ait été fait (Strubell, Brunner, d'Espine et de Marignac), c'est également le streptocoque ou un microbe fort semblable qui a toujours été constaté.

Les données fournies par l'expérimentation ont trait à la *scarlatine d'inoculation* (9) qui est une véritable scarlatine chirurgicale. Jusqu'à ces dernières années nous étions fort pauvres en faits de ce genre : dans les traités classiques on ne mentionne, en effet, que les essais de Stoll, Petit-Radel et Leroy d'Etiolles, qui expérimentèrent sur eux-mêmes et n'obtinrent, sauf Stoll, que des résultats négatifs. Avec Ashmead et Stickler, deux médecins américains, nos connaissances sur ce sujet se sont légèrement étendues, bien qu'elles restent encore fort incomplètes.

Ashmead (10), ayant remarqué que la fièvre scarlatine est très rare au Japon, ce qui laisse supposer une certaine immunité de la race

(1) Cité par C. Brunner. (*Loc. cit.*)

(2) Ces deux auteurs sont cités par H. Bourges (*Thèse de Paris*, 1891).

(3) Triwousse. Du traitement de la diphtérie et de la scarlatine par l'inoculation des microbes de l'érysipèle. (*Gaz. des hôpit.*, 9 sept. 1890, p. 955.)

(4) Sörensen. Om skarlagensfeberens inkubationstid. (*Hospitalstidende*, 4 juillet 1888, p. 673 et 678.)

(5) Dans sa seconde observation.

(6) E. Koch. (Obs. I et X.)

(7) Cité par J. A. Lea. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév. 1879, p. 227.)

(8) Baginski. De la présence constante de certaines bactéries dans la scarlatine. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 228.)

(9) Il ne s'agit que de l'inoculation interhumaine, l'inoculation aux animaux s'étant montrée jusqu'ici à peu près négative.

(10) A. S. Ashmead. Inoculation of a Japanese with scarlet fever germs. (*Med. Record*, 5 sept. 1891, p. 270, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 404.)

indigène, eut l'idée d'inoculer à un Japonais les squames d'un jeune Allemand parvenu au vingt-cinquième jour de la maladie ; il se flattait d'obtenir ainsi un sérum immunisant pour les Européens. Le lendemain et le surlendemain du jour où l'inoculation fut faite, le sujet en expérience présenta un peu de mal à la tête, et l'avant-bras inoculé était légèrement enflammé. Le troisième jour, on constata une aréole écarlate tout autour de la plaie d'inoculation ; la gorge était rouge, il y avait de la fièvre et des démangeaisons. Les jours suivants l'aréole demeura stationnaire, puis rétrocéda et finalement se mit à desquamer au huitième jour ; au bout d'une vingtaine de jours, le Japonais était guéri. La convalescence avait été un peu retardée par une récidive de l'angine. Dans cette observation la scarlatine, si scarlatine il y eut, présenta en somme un caractère assez fruste.

Les expériences de Stickler, qui s'inspira des mêmes idées qu'Ashmead — ce qui, d'ailleurs, ne les absout ni l'un ni l'autre — sont plus positives ; elles ont paru dans un travail posthume (1), malheureusement un peu concis. Stickler recueillait le mucus de la gorge d'un enfant scarlatineux et l'additionnait de $^1/_{600}$ d'acide phénique ; ce produit, injecté à des cobayes, ne causait, paraît-il, qu'une très légère réaction locale ; deux ou trois enfants, sur les 10 — de race blanche — qu'il inocula, n'en présentèrent pas moins des abcès ou des phlegmons. L'incubation eut une durée moyenne de trente-deux heures et treize minutes (l'intervalle le plus long fut de soixante-douze heures) ; la rougeur de la gorge, autrement dit l'énanthème, fut constante, sauf peut-être dans un fait. Mais l'angine vraie et douloureuse paraît avoir manqué dans 2 cas et n'avoir eu le reste du temps qu'une durée éphémère ; il n'est fait aucune mention d'exsudats diphtéroïdes ; chez 2 enfants on constata de la néphrite. Par bonheur, il n'y eut pas de morts.

Ces dernières expériences démontrent que la scarlatine peut se développer par inoculation cutanée, que l'incubation est alors courte, que l'angine est légère, parfois nulle, mais que la rougeur de la gorge est à peu près constante. Quant au point de départ de l'éruption, il n'en est rien dit : dans l'observation IX, il est cependant permis de croire que l'exanthème fut plus prononcé au voisinage de la petite plaie, car il se fit une « large desquamation tout autour du point d'inoculation ». Le laconisme habituel de l'auteur permet de faire la même supposition pour l'observation VIII, puisqu'il note expressément que « le point d'inoculation était pourpre ».

Si l'on vient à comparer les résultats de ces expériences avec le tableau clinique de la scarlatine chirurgicale, on remarquera qu'elles ont ceci de commun : une incubation inférieure à celle de la scarlatine classique et la bénignité des symptômes observés au niveau de la gorge.

Les données épidémiologiques que nous avons pu recueillir sur la scarlatine chirurgicale ne nous paraissent pas dénuées d'intérêt.

Au Congrès international de Londres, Howard Marsh (2) rappela que Th. Smith avait observé 7 cas de scarlatine sur 43 enfants lithotomisés ; à ce moment, les malades de chirurgie et ceux de médecine occupaient les mêmes bâtiments ; les services ayant été isolés, la scarlatine chirurgicale serait devenue très rare.

Les 25 observations de scarlatine chirurgicale recueillies dans le service de Paley, à Guy's Hospital, et publiées par Goodhart (3), sont toutes

(1) J. W. Stickler. Scarlet fever reproduced by inoculations ; some important points deduced therefrom. (*Med. Record*, 9 sept. 1899, p. 363.)

(2) H. Marsh. On the nature of so-called scarlet fever after operation. (*Transact. of the Internat. Med. Congress*, 7e session, Londres, 1881, T. IV, p. 177.)

(3) J. F. Goodhart. (*Loc. cit.*)

extrêmement sommaires, ce qui ne permet guère un diagnostic rétrospectif ; aussi peut-on admettre que dans le nombre se sont glissés plusieurs cas d'érythèmes septicémiques, toxiques ou autres ; mais il n'en est pas moins vrai que ces éruptions se produisirent souvent en série, que la contagion fut fréquemment possible, et qu'on cessa de les observer quand une nouvelle distribution des services permit d'éloigner les contagieux, qui occupaient jusque-là le même bâtiment que les enfants blessés.

Le travail d'E. Koch est encore plus démonstratif. De 1875 à 1882, à l'hôpital des enfants de Bâle, il n'y eût aucun cas de scarlatine dans le service des diphtéritiques. A dater de 1882, quelle qu'en fût la cause, apparurent des scarlatines chez les opérés de croup. Elles survenaient par petites séries de 4 ou 5 cas ; le premier malade de chaque série était généralement un enfant non trachéotomisé, ayant pu contracter la scarlatine en ville. Il se produisit ainsi 21 cas de scarlatine, dont 15 chez des sujets trachéotomisés. Dans les autres services de blessés, on observait pendant ce temps 16 cas de scarlatine, groupés également par petites séries. A partir de 1886, date où les scarlatineux, qui occupaient jusque-là le même hôpital, furent transférés dans un autre établissement, on ne vit plus de scarlatine chez les blessés (sauf un cas en 1887) et, chez les trachéotomisés, elle disparut pendant près de deux ans, après quoi se développèrent deux petites épidémies.

Le fait que la scarlatine chirurgicale peut se montrer en séries épidémiques, et avec une apparence contagieuse, autorise donc pleinement à la rapprocher de la scarlatine médicale.

Les preuves cliniques de la parenté des scarlatines chirurgicale et médicale tiennent en somme dans la description que nous avons donnée de la première de ces affections. Prise dans ses grands traits, cette description reproduit presque exactement celle de la scarlatine ordinaire. Les différences que l'on constate sont au nombre de cinq et portent sur la proportion des enfants atteints, sur la durée de la période d'incubation, sur l'angine, sur le point de départ de l'éruption et sur la date de la desquamation. Nous ne parlons pas pour l'instant des modifications présentées par la plaie, ce symptôme appartenant exclusivement à la scarlatine chirurgicale.

Ces différences peuvent tenir, il est vrai, à des erreurs de diagnostic, mais, comme on les retrouve pour la plupart dans les observations les plus probantes et que, sauf une — la dernière —, on peut leur donner une explication fort naturelle, nous pensons qu'on doit les accepter comme des traits distinctifs de la scarlatine chirurgicale.

La proportion des enfants de moins de dix ans serait, pour la scarlatine médicale, de 90 % (1) ; dans la scarlatine chirurgicale, elle s'abaisserait à 75 %. L'écart peut s'expliquer très bien par ce fait que, dans le jeune âge, les traumatismes sont nombreux, journaliers, mais de peu d'importance : ils passent donc facilement inaperçus et, par suite, leur relation possible avec la scarlatine échappe. Chez l'adulte, au contraire, les traumatismes sont plus rares, mais plus violents, et les malades, comme on le sait, ne manquent guère de les signaler.

La seconde différence clinique entre les deux sortes de scarlatine a trait à la durée de l'incubation. Celle-ci est de deux jours et demi en moyenne pour la scarlatine traumatique, de trois ou quatre pour la médicale, soit une différence d'un jour environ. On pourrait en conclure tout d'abord que des observations, indûment qualifiées de scarlatine, ont pris part à la constitution de la première moyenne ; mais il

(1) L. Thoinot, *in* Traité de médecine de Bouchard et Brissaud, T. II, p. 41. 2e éd. Paris, 1899.

ne faut pas oublier que, dans les expériences de Stickler, l'incubation fut seulement de trente-deux heures en moyenne; nous trouvons donc en clinique la confirmation de ce fait expérimental, et il nous est permis de considérer la brièveté de la période d'incubation comme un des caractères de la scarlatine chirurgicale.

La troisième différence porte sur l'angine, qui, dans la scarlatine traumatique, est légère, et même a manqué dans une dizaine de cas, alors que dans la scarlatine vulgaire elle est à peu près constante, très souvent pultacée, diphtéroïde ou même diphtéritique (1). Pour expliquer cette différence, on peut répéter encore que, dans la masse des observations de scarlatine chirurgicale, ont dû se glisser des érythèmes infectieux ou autres, lesquels sont habituellement privés d'angine ou ne présentent que de l'énanthème. Mais, de même que tantôt, il faut se reporter aux expériences de Stickler, où l'angine fut très légère, si même elle ne manqua pas une fois sur dix. On doit donc n'accepter qu'avec réserve les faits où l'angine fit défaut, sans que cette absence suffise à les faire récuser : la bénignité de l'angine ou la simple rougeur de l'isthme du gosier semblent, en effet, spéciales aux scarlatines traumatiques ou à certaines d'entre elles.

Une quatrième différence est fournie par le point de départ de l'éruption : dans la scarlatine chirurgicale, on voit souvent l'éruption partir d'une plaie habituellement périphérique, s'étendre comme une lymphangite et envahir finalement tout le corps. Cette marche est fort anormale si nous supposons que, dans la scarlatine traumatique, l'infection se fait par les mêmes voies ou moyens que dans la scarlatine médicale; mais elle semble fort naturelle si l'on vient à supposer que le traumatisme a pu agir précisément en faisant pénétrer les germes scarlatineux par la brèche qu'il a créée, autrement dit en produisant une scarlatine d'inoculation.

Une dernière différence réside dans la légère précocité de la desquamation, qui apparaît vers le sixième ou le septième jour en moyenne pour les observations de scarlatine chirurgicale, alors qu'elle ne survient que du sixième au neuvième jour pour la scarlatine médicale. Il nous est difficile de concevoir pourquoi la desquamation serait un peu plus précoce dans un cas que dans l'autre; aussi pensons-nous que cette différence ne répond pas à une propriété essentielle de la scarlatine traumatique, mais qu'elle est tout simplement le fait d'un certain nombre d'erreurs de diagnostic : comme nous le verrons bientôt, les érythèmes scarlatiniformes ou scarlatinoïdes ont, en effet, la propriété de desquamer beaucoup plus tôt que la scarlatine.

V

Nous devons maintenant examiner quelles sont les relations de la scarlatine et du traumatisme, autrement dit quel est le mécanisme de l'infection dans les scarlatines dites chirurgicales. On peut faire à ce sujet plusieurs hypothèses :

1° L'infection s'est produite soit un peu avant, soit un peu après le trauma, et la simultanéité relative de celui-ci et de la scarlatine est une pure coïncidence;

2° La scarlatine se développe chez un blessé comme une maladie intercurrente quelconque;

3° Le trauma amène un état de moindre résistance qui favorise l'éclosion d'une scarlatine, laquelle, en d'autres circonstances, serait peut-être demeurée latente :

4° Le trauma crée la porte d'entrée et inocule en même temps la scarlatine.

De ces quatre hypothèses, les deux premières tendent à enlever au traumatisme toute espèce de valeur déterminante dans l'éclosion de la scarlatine. Les deux autres reconnaissent, au contraire, un lien entre la scarlatine et le traumatisme.

La première, celle de la simple *coïncidence*, admise par König et surtout défendue par Treub, ne nous semble répondre qu'à des exceptions. En effet, si l'on refuse au traumatisme toute espèce d'action, il faut supposer que la contamination s'est produite à un moment quelconque, soit antérieur, soit postérieur, et dans cette hypothèse les cas de scarlatine devraient se répartir uniformément entre chacun des jours qui suivent le traumatisme; or, il n'en est rien : on a vu que notre statistique donne, pour les trois premiers jours, une moyenne de 19 cas par jour, alors que pour les cinq suivants nous n'en trouvons plus que 4; et cette répartition s'observe non seulement pour les cas isolés, mais aussi pour les statistiques intégrales de Goodhart, Koch, Sörensen, Murray.

La deuxième supposition, celle de l'*intercurrence*, vient assez naturellement à l'esprit quand on étudie les séries hospitalières de Goodhart et de Koch : certains de leurs malades n'ont contracté la scarlatine que longtemps après leur entrée à l'hôpital (plusieurs semaines, un mois et plus). Pour ceux-ci, on peut admettre que l'infection s'est produite d'une manière banale et que la scarlatine n'est qu'une simple maladie intercurrente : il y a scarlatine des blessés, et non scarlatine chirurgicale.

Il faut remarquer cependant que, durant ces longues périodes pré-scarlatineuses, les malades ont été pansés plusieurs fois, qu'ils ont subi à cette occasion de petits traumas et que les germes scarlatineux, si l'ambiance en recélait, ont pu pénétrer de la plaie dans la circulation et provoquer ainsi une véritable scarlatine traumatique. Goodhart et Nossovitch considèrent, il est vrai, cette pénétration comme très problématique : ils trouvent étrange que le germe scarlatineux soit assez résistant pour échapper à l'action microbicide des pansements antiseptiques. La remarque nous paraît juste quand il s'agit d'une plaie fraîche et aseptique; mais une plaie ancienne et suppurante est d'une désinfection pratiquement impossible par le seul fait du pansement; quant à la barrière des bourgeons charnus, on sait quelle est sa fragilité.

Des deux hypothèses que nous venons d'examiner, l'une ne convient donc qu'à des exceptions, et l'autre à des scarlatines si tardives que leur éclosion ne saurait être rattachée au traumatisme. Restent les faits où l'intervalle ne dépasse pas ou ne dépasse guère la durée habituelle de l'incubation scarlatineuse : pour ceux-là on peut faire valoir, selon les circonstances, l'une des deux hypothèses qui nous restent à examiner.

L'*influence du traumatisme sur la réceptivité* nous paraît, depuis l'expérience fameuse de Max Schuler et les publications de Verneuil, un fait trop bien établi pour qu'on ne puisse également l'admettre ici. Un certain nombre de cas viennent, d'ailleurs, plaider en faveur de cette opinion. Lippmann (1) a observé une récidive de scarlatine chez un enfant qui avait reçu un soufflet; les germes de la première atteinte, demeurés latents, trouvèrent sans doute, grâce à ce trauma, de nouvelles conditions favorables pour réinfecter le petit malade. E. Koch rapporte que, sur 127 enfants trachéotomisés à l'hôpital des enfants, de Bâle, il y eut 15 cas de scarlatine; sur 151 enfants non trachéotomisés, il n'y en eut que 6. Murray (2), dans une salle qui contenait 23 blessés et 4 non blessés, compta 6 cas de scarlatine chez les premiers et 1 cas chez les seconds; la proportion semble la même au premier abord, mais il est à remarquer que des 23 blessés 5 avaient déjà eu la scarlatine, alors que les 4 non blessés ne l'avaient jamais eue. Sörensen cite l'exemple de trois sœurs, atteintes toutes trois de diphtérie et envoyées à l'hôpital le même jour : les deux aînées furent trachéotomisées et contractèrent la scarlatine; la cadette, qui ne fut pas opérée, demeura indemne. Le traumatisme n'immunise donc pas, comme l'a prétendu Treub; il prédispose au contraire à l'infection scarlatineuse.

Quant au mécanisme intime de son action, on peut faire plusieurs suppositions : l'infection peut être plus ou moins contemporaine du traumatisme ou bien ne se développer que les jours suivants à la faveur de la dépression causée par lui; elle peut se dérouler au niveau de la gorge, comme dans la scarlatine médicale, ou bien se propager par le sang et venir se localiser au foyer même du traumatisme (Volkovitch). Ce dernier processus pourrait expliquer les exanthèmes à point de départ périphérique et la faible intensité des phénomènes morbides du côté de la gorge.

Toutefois, il est des faits — et ils sont fort nombreux — où l'incubation fut extrêmement courte (une demi-journée, un, deux, trois jours au plus) et le traumatisme presque insignifiant. Il serait alors exagéré d'invoquer la réceptivité causée par la violence extérieure. Mais si l'on se rappelle la brièveté de l'incubation des scarlatines expérimentales de Stickler, rien n'est plus naturel que d'admettre une *inoculation traumatique;* d'autant plus que, bien souvent, le médecin (1), le malade (2), l'auteur de la blessure, ont soigné des scarlatineux ou même ont la scarlatine (3) : traumatisme et contagion agissent de pair au niveau de la plaie; le début de l'exanthème par celle-ci et les modifications diphtéroïdes ou autres qu'elle peut présenter trouvent alors une explication toute naturelle.

C'est précisément pour les cas où l'on peut supposer une scarlatine d'inoculation que nous regrettons le mutisme des auteurs au sujet des modifications subies par la plaie. S'il était constaté que celle-ci peut, tout comme l'amygdale, se recouvrir d'un exsudat diphtéroïde au moment de l'éclosion ou pendant l'évolution d'une scarlatine, on y gagnerait une preuve nouvelle et de la voie suivie par les germes et de l'exactitude du diagnostic. Si nous faisons tant état d'un symptôme qui n'a été signalé qu'une seule fois (Beaudouin), c'est que L. Meyer (4) et Sörensen (5) l'ont rencontré tous deux dans la scarlatine puerpérale, l'homologue de la scarlatine chirurgicale. « Il est très vraisemblable, dit Sörensen, que l'infection pénètre par les voies génitales, car chez les parturientes la scarlatine prend une allure très particulière, à savoir l'absence d'angine et l'aspect diphtéroïde et inflammatoire des parties génitales externes. Chez les malades trachéotomisés pour croup — et présentant ultérieurement un exanthème — on note des symptômes analogues : l'angine fait défaut, mais un fort exsudat recouvre les lèvres de la plaie trachéale. » Il faut avouer qu'ici ce symptôme perd beaucoup de sa valeur.

En résumé, on a probablement compris sous le nom de scarlatine chirurgicale un certain nombre de faits où l'infection scarlatineuse n'avait rien de chirurgical dans son origine et où il ne s'agissait que d'une scarlatine survenant chez un blessé comme une maladie intercurrente quelconque; il y a dans ces conditions « scarlatine des blessés » et non « scarlatine chirurgicale ». Le nom de scarlatine traumatique ou chirurgicale doit être réservé aux observations où le traumatisme paraît amener une moindre résistance de l'organisme à l'égard de

---

(1) Ch. Variot. Polymorphisme des angines de la scarlatine. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 oct. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 379.)

(1) Lippmann. Un cas de scarlatine traumatique. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 239.)

(2) Murray. (*Loc. cit.*, p. 1328.)

(1) Cas de Beaudouin, de Cameron (obs. II).

(2) Cas de Browne (obs. I).

(3) Cas de Haffter.

(4) L. Meyer. Om skarlagensfeber hos barselkvinder. (*Gynäk. og obstetr. Meddelelser*, 1886-1887, p. 244.)

(5) T. C. Sörensen. (*Loc. cit.*)

l'infection, et plus encore à celles où il crée à la fois la porte d'entrée et l'inoculation; dans ces deux cas la manifestation éruptive suit de près le trauma.

VI

S'il y a toutes sortes de raisons pour admettre la scarlatine chirurgicale, et même pour croire qu'elle est fréquente, son diagnostic, pour être justifié, réclame l'exclusion rigoureuse de tout ce qui peut la simuler.

Des exanthèmes scarlatiniformes peuvent s'observer, en effet, dans beaucoup de circonstances, mais principalement : 1° à la suite de certaines intoxications médicamenteuses; 2° comme manifestation de diverses dermatoses; 3° au cours des états septico-pyémiques.

Le diagnostic des exanthèmes toxiques est généralement facilité par l'anamnèse. On apprend que le malade a absorbé de la belladone ou du mercure, qu'il a subi l'inoculation d'un sérum (transfusion veineuse, injections de sérum antidiphtérique), qu'il a été pansé à l'onguent napolitain, à l'iodoforme, à l'acide phénique, etc. Si tout commémoratif fait défaut, il existe, d'ailleurs, quelques signes propres à ces éruptions.

Les exanthèmes phéniqués sont généralement localisés aux régions qui ont subi l'action du topique; on observe un certain œdème de la peau et, quand l'action irritante se prolonge, on voit apparaître à la surface des téguments de petites vésicules ou pustules; les urines peuvent devenir noires ou présenter de l'albumine. Ce tableau ne peut rappeler la scarlatine que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles; aussi pensons-nous que, si des confusions se sont produites entre les scarlatines chirurgicales et cette variété d'intoxication, elles ont dû être fort rares.

Les exanthèmes balsamiques (copahu, cubèbe) présentent habituellement le type des roséoles : on voit de petites taches lenticulaires de coloration rose rouge s'égrener sur la peau, saine dans leur intervalle, alors que dans la scarlatine l'exanthème marche par grands placards violacés rapidement confluents. Il n'y a d'ordinaire pas de fièvre.

L'exanthème belladonné offre un type beaucoup plus franchement scarlatineux, mais son évolution est rapide et il n'est pas suivi de desquamation. La fièvre est généralement nulle et l'on peut retrouver d'autres symptômes de l'intoxication (mydriase, constriction pharyngée, sécheresse de la bouche, etc.). De même que la précédente, nous ne citons cette intoxication que pour mémoire, car nous ne pensons pas qu'on les ait jamais confondues, ni l'une ni l'autre, avec les scarlatines traumatiques.

L'exanthème mercuriel mérite beaucoup plus d'attention, car il suffit quelquefois de doses très minimes du toxique pour le faire apparaître. L'intoxication hydrargyrique, dans ses formes habituelles, n'offre cependant guère de rapport avec la scarlatine : l'exanthème, à peu près continu, occupe le bas du ventre et le haut des cuisses; à sa périphérie il prend un aspect roséoliforme; le malade accuse en même temps de la salivation, une saveur métallique, et l'examen des gencives révèle les lésions caractéristiques. Dans les formes graves, il est vrai, l'exanthème mercuriel peut prendre le type scarlatineux, l'urine devenir albumineuse et la température du corps s'élever. Mais il est douteux qu'en présence d'une intoxication aussi marquée les symptômes buccaux puissent manquer ou échapper aux observateurs.

Sous le nom d'*érythèmes scarlatiniformes aigus*, de *scarlatinoïdes* (1), on décrit des exanthèmes dont l'origine est assez diverse ou même obscure, et qui peuvent donner lieu à des difficultés de diagnostic considérables. L'exanthème présente, en effet, l'aspect scarlatineux, la gorge est rouge, on peut observer de l'albuminurie et la desquamation se fait par larges squames. Comme on le voit, il suffirait que le malade eût subi antérieurement quelque traumatisme pour qu'on fût porté à prononcer le nom de scarlatine chirurgicale. Un examen attentif permettrait cependant de trouver quelques différences entre les deux affections : l'exanthème des scarlatinoïdes manque généralement de ce ton écarlate qui semble l'apanage des scarlatines aussi bien chirurgicales que médicales, et que les Anglais appellent le « lobster-like look » (la teinte homard). La langue n'a pas non plus sur les bords cette coloration rouge vif, nuance fraise (*strawberry tongue*), et cet aspect vernissé, qui forment avec le dépôt blanchâtre du milieu la « langue scarlatineuse ». Dans les scarlatinoïdes, la gorge peut être rouge, mais, en tout cas, on ne rencontre pas d'angine vraie, avec gonflement douloureux des amygdales : il ne s'agit que d'un simple énanthème. La desquamation, si elle se fait par larges squames, est généralement précoce; d'après M. E. Besnier (1), elle se montrerait dès que l'exanthème commence à pâlir, c'est-à-dire deux ou trois jours après l'apparition de ce dernier, alors que dans la scarlatine chirurgicale, et même médicale, elle n'apparaît guère que vers le sixième jour. L'éruption des scarlatinoïdes est souvent prurigineuse, ce qui est rare dans les scarlatines vraies.

Il est incontestable que le tableau clinique des scarlatinoïdes se rapproche singulièrement de celui des scarlatines chirurgicales, d'autant plus que, dans ces dernières, l'angine semble être légère ou même simplement énanthématique. Il est donc très plausible d'admettre qu'il se soit glissé plusieurs cas de ce genre parmi les observations de scarlatine traumatique, notamment parmi celles où la gorge ne présentait aucune modification, ou bien où la desquamation fut très précoce. Nous ne pensons cependant pas que l'erreur ait été aussi générale qu'on l'a prétendu, parce qu'on retrouve la contagion ou l'épidémie à l'étiologie d'un bon tiers des observations, et parce que la desquamation n'est apparue en moyenne qu'au sixième jour, c'est-à-dire à une date relativement avancée.

L'*érythème scarlatiniforme récidivant* décrit par Féréol (2) a dû être souvent interprété comme une scarlatine, et c'est peut-être pour cette raison que les avis sont assez partagés sur la fréquence ou la rareté des récidives dans la scarlatine. Quoi qu'il en soit, et comme on le voit par les observations de Féréol, de Rossigneux (3), de Kramstyck (4), ces sortes d'érythèmes se rencontrent de préférence chez les sujets nerveux — le plus souvent du sexe féminin —; ils surviennent sous l'influence de la moindre cause, émotion ou trauma, sont habituellement prurigineux, desquament abondamment, ne s'accompagnent pas d'angine et récidivent avec la plus grande facilité : une malade de Kramstyck avait eu neuf atteintes!

Nous avons eu l'occasion de signaler, chemin faisant 3 malades, ceux de H. Page, Konetschke, Schäffer, qui avaient eu, les deux premiers trois atteintes, et le second, deux. Pour le cas de Page, il faut reconnaître que la troisième atteinte, malgré les objections qu'on peut encore soulever, eut tout l'air d'une scarlatine véritable, car une des infirmières du service fut atteinte à son tour. Mais les faits de Konetschke et de Schäffer semblent *a priori* beaucoup plus suspects : la gorge n'offrit pas trace d'angine chez le premier sujet; elle ne put être examinée chez le second, qui avait le tétanos; l'éruption se recouvrit de miliaire dans les deux cas, ce qui est assez rare dans la scarlatine, et la peau présenta chez l'un un certain degré d'œdème — sans albuminurie —, particularité également exceptionnelle; enfin les récidives se montrèrent à moins de quinze jours d'intervalle, quelquefois même avant que le premier exanthème eût disparu. Il faut convenir que voilà bien des anomalies à la fois.

On devra toujours penser aux exanthèmes septico-pyémiques, quand on se trouvera en présence d'un exanthème scarlatiniforme chez un blessé atteint de lésions suppurées. Il nous semble cependant que si, théoriquement, la confusion est possible, dans la pratique, la distinction serait relativement facile. Ces exanthèmes septiques ne paraissent d'abord pas très communs : Verneuil est un des premiers à les avoir décrits, et depuis l'on ne peut guère citer que les observations de Tremblay, Terrillon, Savart (1), Gilbert Ballet (2), S. Manning (3), Bosc (4), Auché et Lœvel (5), J. Weiss (6), Colleville et de Bovis (7).

Généralement, ces exanthèmes n'offrent pas un type scarlatineux franc : les placards ou macules, rarement écarlates, d'une topographie atypique — dans un cas de Verneuil ils occupaient la face dorsale des membres —, respectent d'ordinaire le visage (8). On peut observer un léger énanthème, si l'éruption est très prononcée, mais il n'y a pas d'angine. La desquamation qui suit est ordinairement furfuracée ou ne présente de squames et une certaine intensité que dans le voisinage de la plaie (9), et on peut observer du prurit (Colleville et de Bovis), ce qui est un symptôme rare dans la scarlatine. En outre, ces malades sont généralement des *fébricitants*, avant même l'éruption, car ils sont déjà en proie à une infection soit médicale (Manning), soit chirurgicale; et dans ce dernier cas on trouve le plus ordinairement un foyer suppuré *bridé et clos* ou dont l'évacuation ne se fait que très imparfaitement : anthrax (Verneuil), métrite et pelvi-péritonite abortives (J. Weiss), blennorrhagie (G. Ballet), abcès prostatique (Bosc), abcès sous-périostique rétro-mastoïdien (Colleville et de Bovis), etc. L'exanthème peut se couvrir de miliaire ou même de pétéchies (Auché et Lœvel). Enfin la température, avec ses oscillations irrégulières, ne rappelle en rien la courbe fébrile de la scarlatine. Malheureusement, on ne rencontre pas en clinique que des schémas; aussi est-il très possible que des confusions de ce genre aient été commises, vu le très grand nombre d'observations où la scarlatine se serait développée chez un blessé porteur de lésions suppurées. Nous ne croyons pas cependant que l'erreur ait été très fréquente : près de la moitié des faits que nous avons rapportés remontent aux débuts de la période antiseptique ou

(1) Jaccoud. L'érythème scarlatiniforme. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 339.)

(1) E. Besnier, *in* La pratique dermatologique; traité de dermatologie appliquée, de E. Besnier, L. Brocq et L. Jacquet. T. II, p. 461. Paris, 1901.

(2) Féréol. Pseudo-exanthème scarlatiniforme récidivant. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 janv. 1876, p. 30.)

(3) Rossigneux. Erythème scarlatiniforme. (*Lyon méd.*, 27 mars 1892.)

(4) Kramstyck. (*Medycyna*, 23 et 30 sept. 1900; analysé dans le *Vratch* du 18 nov. 1900, p. 1435.)

(1) Savart. Lymphangite à aspect scarlatineux généralisée à toute la surface du corps. (*France méd.*, 26 juin 1878, p. 401.)

(2) Gilbert Ballet. Pseudo-scarlatine et pseudo-rougeole. (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1882, p. 272.)

(3) S. Manning. On the skin eruptions which occur in septicemia following scarlet fever and diphtheria. (*Lancet*, 13 août 1892.)

(4) F.-J. Bosc. Etude sur deux cas d'une maladie générale infectieuse d'origine intestinale. (*Rev. de méd.*, août 1894, p. 269 et *Semaine Médicale*, 1894, p. 427.)

(5) Auché et Lœvel. Eruption scarlatiniforme et purpura hémorrhagique dans un cas d'infection locale mixte. (*Comptes rendus du deuxième Congrès français de médecine interne*, Bordeaux, 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 382.)

(6) J. Weiss. Zur Kenntniss der septischen Exantheme. (*Wien. med. Blätter*, 30 avril, 7 et 14 mai 1896.)

(7) A. Colleville et R. de Bovis. Pseudo-scarlatine pyogénique. (*Union méd. du Nord-Est*, 30 nov. 1900, p. 309.)

(8) Le fait est noté dans le cas de Verneuil et dans celui de Cheadle (*Brit. Med. Journ.*, 18 janv. 1879, p. 75).

(9) Voir le cas publié par G. May. (*Brit. Med. Journ.*, 21 déc. 1878, p. 919.)

même à la période préantiseptique; or, il est certain que les chirurgiens de cette époque connaissaient trop bien la pyohémie et les septicémies pour ne pas les diagnostiquer.

Au sujet des exanthèmes septiques, nous rappellerons qu'à la suite de la vaccine peuvent apparaître des éruptions diverses, d'aspect quelquefois scarlatiniforme (1), qui seraient dépistées grâce à des anomalies analogues à celles que nous venons d'énumérer. Nous avons vu que E. Koch (2) croit avoir observé une scarlatine vraie à la suite de l'inoculation vaccinale.

VII

En résumé, les relations de la scarlatine et du traumatisme semblent réelles; si de nos jours la scarlatine chirurgicale est moins fréquente, il faut l'attribuer à l'isolement plus parfait des services hospitaliers de contagieux et aux progrès de l'antisepsie médicale.

Au point de vue pathogénique, ces rapports peuvent n'être dus qu'à un simple hasard ou au développement intercurrent de la maladie infectieuse; mais les faits justiciables de cette explication paraissent rares et ne sont, en tout cas, que de simples « scarlatines chez des blessés ». La véritable scarlatine chirurgicale apparaît peu de temps après le traumatisme, soit que celui-ci agisse comme partout en créant un *locus minoris resistentiæ*, soit qu'il inocule directement, au point de son application, le germe scarlatineux.

Il n'y a pas de raisons pour supposer que la « scarlatine des blessés » doive différer de la scarlatine vulgaire. Au contraire, dans les cas où le traumatisme a pu agir, soit en amenant le développement des germes scarlatineux dans une plaie, soit en les y inoculant, le tableau clinique paraît se modifier quelque peu : l'incubation devient plus courte que dans la scarlatine ordinaire, l'exanthème prend naissance autour de la plaie, qui peut offrir un aspect diphtéroïde ou gangreneux, et l'angine est fort légère ou se réduit même à un simple énanthème.

La prédisposition qu'engendre le traumatisme au point de vue de la réceptivité du virus scarlatineux semble en tout cas certaine; aussi le chirurgien qui aurait été en contact avec des scarlatineux ou qui se trouverait dans une ambiance scarlatineuse devrait-il s'abstenir d'opérer, ou du moins ne le faire qu'après avoir pris les mesures de désinfection et les précautions antiseptiques ou aseptiques les plus rigoureuses, pour tout ce qui a trait aux locaux, aux aides, au malade et à lui-même.

D[r] R. DE BOVIS,
Professeur à l'Ecole de médecine de Reims.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1902.

Traitement du pied bot par l'ablation de la totalité des os du tarse, sans immobilisation ni appareil orthopédique.

M. Lucas-Championnière présente un homme de trente ans qui était atteint d'un double pied bot congénital (varus sans équinisme) et qui a été opéré du côté gauche, il y a un an : on a enlevé d'emblée l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde, les trois cunéiformes et la moitié antérieure du calcanéum; la réduction du pied n'ayant pu être obtenue après cette première intervention, on enleva le fragment restant du calcanéum, en respectant toutefois les apophyses d'insertion du tendon d'Achille. Le patient a pu quitter l'hôpital deux mois après, marchant parfaitement sur la face plantaire du pied, et cela sans qu'à aucun moment le membre eût été immobilisé dans un appareil.

L'orateur a déjà appliqué le même procédé 31 fois, soit sur un seul, soit sur les deux pieds du même sujet; chez tous ces individus, la marche sans appareil est excellente et la voûte du pied solide. D'après plusieurs radiographies, il n'y aurait cependant pas de réparation osseuse à proprement parler, mais les tissus fibreux resserrés appliquent les os du métatarse sur les débris du calcanéum. Aucun des opérés n'a été obligé de porter un appareil orthopédique; une simple bottine munie de contreforts solides a été suffisante pour assurer la marche, laquelle peut être permise de la troisième à la sixième semaine après l'intervention.

Des injections préventives de sérum antidiphtérique dans les familles.

M. Netter. — Nous avons pratiqué, à l'hôpital Trousseau, des injections préventives de sérum antidiphtérique à 502 enfants appartenant à 200 familles dans lesquelles il y avait eu un premier cas de diphtérie.

Ces injections, à la dose habituelle de 500 unités antitoxiques, n'ont présenté aucun inconvénient. Elles ont été très efficaces, puisque 13 enfants seulement ont été atteints de diphtérie : 7 dans les vingt-quatre premières heures et 6 après un mois; aucun cas n'est survenu entre le deuxième et le vingt-huitième jour.

L'examen bactériologique de la gorge de 476 de ces enfants a montré 150 fois le bacille de Löffler.

L'utilité de ces injections préventives ressort nettement, si l'on compare le sort des 502 enfants inoculés à celui de 491 enfants non immunisés, appartenant à des familles où la diphtérie avait également été observée.

Dans ce dernier groupe, il y a eu en tout 87 cas secondaires (répartis sur 69 familles), dont 38 cas graves et 18 mortels. La proportion des familles atteintes a été de 34,5 %, celle des enfants de 17,7 %, celle des diphtéries graves de 7,74 %, celle des diphtéries mortelles de 3,66 %.

Si les proportions avaient été les mêmes chez les inoculés, on aurait eu 86 familles au lieu de 13, soit 73 de plus; 89 enfants au lieu de 13, soit 76 de plus; 39 diphtéries graves au lieu de 0, et 18 diphtéries mortelles au lieu de 0. Les injections préventives ont donc sauvé 18 existences, préservé 76 enfants et 73 familles.

L'injection préventive exerce, d'autre part, une action atténuante très nette chez les enfants devenus diphtériques en dépit de l'immunisation. En effet, la proportion des cas légers a été, chez eux, de 77 %, contre 20 % seulement chez les non immunisés; celle des cas graves a été de 0 chez les premiers, tandis qu'elle s'est élevée à 40 % chez les seconds.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1902.

Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine corticale, simulant l'idiotie.

M. Variot présente un enfant de neuf ans et demi, malingre, chétif, qui était considéré par ses parents comme un idiot, et qui paraît atteint, en réalité, d'une paralysie labio-glosso-laryngée d'origine corticale. En effet, il comprend assez bien ce qu'on lui dit, mais est incapable de fermer la bouche et de retenir sa salive; sa langue, fixée au plancher buccal, ne peut être tirée au dehors; la parole est à peu près inintelligible, sans aphasie proprement dite; la déglutition est extrêmement difficile et il existe une légère parésie du voile du palais, avec abolition du réflexe pharyngien, mais sans paralysie des cordes vocales. Du côté des membres, il n'y a pas de troubles moteurs très accusés, sauf une contracture du membre supérieur gauche; les réflexes tendineux sont, en outre, exagérés aussi bien aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Il faut enfin noter que cet enfant présente presque chaque nuit une crise épileptiforme avec incontinence d'urine.

Rapprochant cette observation de deux faits identiques, dus à MM. Bouchaud et Oppenheim, où l'on trouva à l'autopsie, avec des noyaux bulbaires intacts, une atrophie des circonvolutions de la zone rolandique, l'orateur croit pouvoir attribuer une origine semblable aux accidents que présente son petit malade.

Pyopneumothorax de nécessité ouvert spontanément.

M. Galliard relate l'observation d'une femme de soixante-sept ans, tuberculeuse, qui, à la suite d'un pyopneumothorax droit, présenta, à la partie antérieure du cinquième espace intercostal du même côté, une petite collection fluctuante et réductible; au bout de quelques jours, cette collection se vida spontanément au dehors et il se forma une fistule qui donna issue jusqu'à la mort — laquelle survint très rapidement — à du pus et à des gaz provenant de la plèvre.

Outre l'existence d'un pyopneumothorax du côté droit, l'autopsie permit de constater des tubercules complètement ramollis et une petite perforation à la partie supérieure du poumon correspondant.

Paralysie brachiale radiculaire du type supérieur au cours d'une méningite cérébro-spinale.

M. Rendu communique l'observation d'un jeune homme de quinze ans, qui fut atteint, au quatrième jour d'une méningite cérébro-spinale, d'une impotence fonctionnelle du bras droit : il s'agissait d'une paralysie complète du deltoïde et incomplète du biceps, du brachial antérieur et du long supinateur. La pression réveillait, en outre, des douleurs assez vives au niveau des dernières vertèbres cervicales, ainsi que sur le trajet du nerf circonflexe. En présence de cette localisation des troubles sensitifs et moteurs, il paraît rationnel d'admettre l'existence d'une névrite brachiale radiculaire incomplète du type Erb, due au même agent infectieux que la méningite cérébro-spinale, plutôt qu'une poliomyélite antérieure aiguë.

Le pronostic de cette paralysie radiculaire est assez favorable, l'examen de la contractilité électrique des muscles ayant montré que la réaction de dégénérescence y était très peu accusée. Quant à la méningite cérébro-spinale, elle s'est terminée par la guérison.

Localisation du bacille d'Eberth au niveau de lésions anciennes, chez des typhoïdiques.

M. Widal relate les observations de deux dothiénentériques chez lesquelles il a pu constater, pendant la convalescence, la présence de très nombreux bacilles d'Eberth au niveau d'organes qui étaient déjà le siège de lésions avant l'éclosion de la fièvre typhoïde (kyste de l'ovaire dans un cas, adénite tuberculeuse de la région sous-maxillaire dans l'autre).

M. Touche montre l'encéphale d'une femme qui, de son vivant, présentait une titubation très accusée avec céphalée continuelle, et à l'autopsie de laquelle on trouva une tumeur siégeant à la face externe du pédoncule cérébelleux moyen et comprimant les fibres d'origine du trijumeau et du facial.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 8 et 15 janvier 1902.

Les anomalies thoraciques comme cause prédisposante de la tuberculose pulmonaire.

M. Liebreich, revenant sur la discussion qui a suivi la communication de M. Freund à ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 421 et 431 et 1902, p. 7), se déclare convaincu de la nécessité — mise en évidence par M. Freund — d'une prédisposition pour le développement de la tuberculose pulmonaire; c'est ainsi que la tuberculose d'inoculation, chez l'homme, reste d'ordinaire localisée et offre souvent une tendance spontanée à la guérison; la raison en est que l'agent pathogène entre en contact avec des cellules saines, avec des tissus « orthoparasitaires »; mais qu'il trouve, au contraire, des éléments à vitalité amoindrie, « nosoparasitaires », et l'infection aboutira à la tuberculose pulmonaire. On observe un phénomène identique en ce qui concerne le pneumocoque, qui, hôte inoffensif de la cavité buccale chez l'homme sain,

(1) Voir, à ce sujet : BEHREND. Eruption cutanée post-vaccinale. (*Semaine Médicale*, 1888, p. 233.)
R. J. CARTER. Vaccination rashes. (*Lancet*, 20 août 1898, p. 477.)

(2) E. Koch. (Obs. XV.)

devient pathogène si le poumon est en état de moindre résistance.

Il résulte de ces faits que la thérapeutique de la tuberculose doit viser non seulement à être bactéricide, mais aussi à relever la vitalité des éléments organiques, ce que réalise l'emploi des moyens diététiques.

M. Heubner, contrairement à MM. B. Fränkel et Baginsky, croit que le « thorax étroit », que l'on peut observer même chez des nourrissons et qui s'accompagne souvent, chez les enfants, de dyspnée et d'asthme, n'est pas la conséquence d'une obstruction des voies aériennes supérieures, mais est bien la cause des troubles respiratoires; chez ces petits malades, en effet, l'ablation de végétations adénoïdes reste sans action sur la dyspnée et, s'ils viennent à succomber, l'autopsie ne montre aucune obstruction des premières voies.

M. Krönig estime qu'il existe deux variétés d'étroitesse de l'ouverture supérieure du thorax : l'une primitive, l'autre secondaire et consécutive à l'affaissement du sommet du poumon ou à l'existence de processus inflammatoires.

M. Rothschild déclare que ses recherches lui ont démontré la réalité de l'influence qu'exercent les conditions de la première côte sur le pouvoir d'amplification du thorax. A l'inspiration, cette côte se trouve soumise à un mouvement de rotation autour de son axe longitudinal, ayant pour effet de porter son bord inférieur en avant et en haut; mais comme, à son extrémité interne, elle est solidement fixée au *manubrium*, il s'ensuit que le mouvement se transmet à ce dernier, lequel s'infléchit de 12° à 14° sur le corps du sternum; que l'articulation manubrio-sternale soit ossifiée, et il se produira soit une fracture de la première côte, soit une articulation entre cet os et le manche du sternum.

M. Max Wolff pense que la palpation de la première côte, préconisée par M. Zülzer, n'est possible que chez les individus fortement amaigris; la sensibilité de cet os à la pression, chez les phtisiques, est très variable.

M. J. Perl fait remarquer que, de 60 enfants de six à quinze ans, atteints de scoliose, qu'il a observés, un seul présentait des signes de tuberculose pulmonaire.

M. E. Meyer a cherché à relever la fréquence de l'*habitus phtisicus* aux diverses périodes de la phtisie : il ne l'a trouvé que 7 fois sur 143 à la première période, tandis qu'il l'a rencontré 14 fois sur 105 à la seconde, et enfin 31 fois sur 100 à la troisième; il semble donc bien que les déformations du thorax soient secondaires aux lésions pulmonaires.

M. Kaminer a vu, au contraire, que la tuberculose pulmonaire, rare chez les enfants atteints de déviations de la colonne vertébrale, est fréquente chez les adultes présentant de telles difformités.

Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage.

M. Pels-Leusden présente deux malades chez lesquels il a fait l'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage. Le premier est un garçon qui, deux mois et demi auparavant, avait avalé une rondelle de fer-blanc, de la dimension d'une pièce de 2 fr. environ et à bords tranchants; cette dernière circonstance empêcha d'essayer l'extraction par les voies naturelles; dix-sept jours après l'œsophagotomie, la guérison était complète.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans qui portait, depuis une semaine, un fragment d'os dans son œsophage; une tentative d'extraction, pratiquée le lendemain de l'accident, n'avait pas donné de résultat. Une sonde introduite dans l'œsophage se trouvait arrêtée à 19 centimètres des arcades dentaires et ramenait des traces de sérosité fétide; la radiographie ne fournissait pas de renseignements précis. A l'opération, on trouva — outre le corps étranger dont l'ablation fut assez facile — deux pertuis de la paroi œsophagienne, dont l'un conduisait dans une collection médiastinale qui put être ouverte et drainée par en haut; la plaie de l'œsophage ne fut naturellement pas suturée; on alimenta la malade au moyen d'une sonde introduite par cette plaie et, pour assurer l'écoulement du pus, on la fit coucher la tête basse, dans un lit dont les pieds étaient relevés. La guérison fut également obtenue.

L'orateur a enfin opéré depuis quelques jours à peine un jeune homme qui avait aussi avalé un fragment d'os; la radiographie, dans ce cas encore, ne donna aucun résultat; le corps étranger, bien que dégluti depuis dix-huit heures seulement au moment de l'intervention, commençait déjà à se putréfier.

M. Rosenheim croit que, grâce à l'œsophagoscopie, on aurait pu, au moins chez le premier des malades de M. Pels-Leusden, faire l'extraction *per vias naturales*, sous le contrôle de l'œil; d'autre part, peut-être que la narcose, en faisant cesser le spasme œsophagien, aurait permis de repousser le corps étranger dans l'estomac.

En ce qui concerne le diagnostic des corps étrangers de l'œsophage, la radiographie donne bien souvent des résultats incertains; quant aux phénomènes subjectifs, quoiqu'ils soient parfois très marqués, on ne peut pas non plus s'en rapporter à eux; aussi est-il toujours indispensable, avant l'opération, de procéder à l'œsophagoscopie, pour se renseigner exactement sur le siège du corps étranger.

Les râteliers constituent, à ce point de vue, une classe tout à fait à part; en raison des crochets dont ils sont munis, ils se fixent solidement à la paroi œsophagienne, et leur extraction offre des difficultés considérables. Ici encore, l'œsophagoscopie est du plus grand secours : grâce aux notions précises qu'elle fournit, elle permet d'éviter, au moment de l'ablation par œsophagotomie, de fausses manœuvres pouvant amener une lésion grave de l'œsophage.

M. Reichert cite le cas d'une femme qui avait avalé un demi-râtelier : un extracteur permit de le ramener jusqu'au niveau du larynx, où il put être saisi et extirpé avec le doigt.

M. Treitel déclare avoir pu aussi faire récemment l'extraction manuelle d'un dentier, mais c'est parce que les crochets ne s'étaient pas fixés, ce qui est une circonstance exceptionnelle.

M. Pels-Leusden pense que, chez son premier malade, le corps étranger était trop gros et avait des bords trop tranchants pour qu'on pût le retirer avec le secours de l'œsophagoscope; au reste, il n'est pas convaincu que l'œsophagoscopie, avec toutes les manipulations qu'elle nécessite, soit moins dangereuse que l'œsophagotomie. En ce qui concerne les râteliers, ils exposent beaucoup moins aux suppurations que les fragments d'os, lesquels sont facilement putrescibles.

Greffe des fléchisseurs de la jambe au ligament rotulien, pour paralysie du quadriceps fémoral.

M. F. Krause a montré un malade chez lequel il a suturé au ligament rotulien les tendons du biceps fémoral, du semi-membraneux, du semi-tendineux, du grêle et du couturier, pour obvier à une paralysie totale du quadriceps fémoral — suite d'une paralysie spinale infantile —, qui avait pour conséquence une flexion à angle droit de la jambe sur la cuisse, rendant la marche très difficile.

L'opération, qui date actuellement de quatre ans, a donné un excellent résultat; le membre est naturellement resté raccourci, mais son extension, nécessaire pour la marche, est possible.

D[r] VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la lèpre par le cacodylate de soude.

Les bons effets que la médication cacodylique a donnés dans le traitement de certaines dermatoses, telles que le psoriasis, le lupus érythémateux, la tuberculose cutanée, la sarcomatose de la peau, etc. (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 201, et 1899, p. 213), ont engagé M. le docteur L. Raynaud, médecin de l'hôpital civil d'Alger, à essayer le cacodylate de soude contre la lèpre. Chez 6 sujets atteints de cette affection — le diagnostic avait été confirmé par l'examen bactériologique pour 5 d'entre eux —, notre confrère pratiqua, tous les jours, des injections hypodermiques de cacodylate de soude à la dose de 0 gr. 05 centigr. à 0 gr. 10 centigr., et il ne tarda pas à constater, chez tous ces malades, la disparition des phénomènes cachectiques, ainsi qu'une augmentation plus ou moins considérable du poids du corps. De plus, dans 4 cas sur 6, le traitement eut pour effet d'amener la cicatrisation rapide de lésions ouvertes et même d'ulcères phagédéniques.

Sans vouloir faire du cacodylate de soude un spécifique de la lèpre, M. Raynaud estime cependant qu'en raison de l'intolérance que les muqueuses gastrique et rectale manifestent parfois à l'égard des huiles et des opiats habituellement employés contre l'affection dont il s'agit, la médication cacodylique est susceptible de rendre de bons services chez les lépreux.

Intoxication grave par l'emploi d'une pommade sulfo-alcaline.

Les pommades à base de soufre et de carbonate de potasse étant souvent employées contre les dermatoses et, en particulier, contre la gale, il nous paraît utile de signaler les accidents que M. le docteur J. Burmeister, assistant de M. le docteur Harttung, médecin en chef du service de dermatologie de l'hôpital de Tous les Saints, à Breslau, a récemment observés, à la suite de l'emploi d'une pommade de ce genre, chez un jeune homme atteint de la gale. Se conformant à la pratique habituellement suivie par M. Harttung — et qui n'avait jusque-là donné lieu à aucun phénomène fâcheux, sauf quelques légères dermatites —, on ordonna de faire au malade, dans l'espace de trente-six heures, trois frictions avec une pommade composée de 10 parties de carbonate de potasse et de 40 parties de soufre précipité pour 50 parties d'excipient. Une heure environ après la troisième friction, le malade se trouva subitement indisposé et perdit connaissance; son pouls devint petit et fréquent, sa respiration irrégulière et saccadée, ses pupilles se dilatèrent, en même temps qu'on constatait une selle involontaire. Sous l'influence d'injections sous-cutanées d'huile camphrée et de bains savonneux tièdes avec affusions froides sur le dos, le patient reprit connaissance, mais au cours de la journée il se plaignit encore de maux de tête et rejeta à deux reprises du café qu'on lui avait donné pour calmer la soif.

Dans les antécédents de ce jeune homme, il fut impossible de trouver une circonstance quelconque susceptible d'expliquer les phénomènes alarmants ci-dessus signalés; l'exploration clinique des organes, pratiquée après la guérison, ne dénota non plus rien d'anormal. L'examen spectroscopique du sang montra les deux bandes caractéristiques de l'oxyhémoglobine, ce qui permettait d'exclure l'hypothèse d'une intoxication par la potasse. Il ne restait, par conséquent, à invoquer qu'un empoisonnement par du sulfure de potassium, formé au niveau des excoriations suintantes qu'avaient déterminées les frictions à la pommade sulfo-alcaline et ayant donné lieu, au sein de l'organisme, à un dégagement d'hydrogène sulfuré.

Bains locaux à l'eau oxygénée contre les engelures.

M. le docteur J. Courtin, chirurgien de l'hôpital des enfants, à Bordeaux, traite depuis trois ans les engelures des extrémités, ulcérées ou non, par l'immersion des parties atteintes — durant une demi-heure chaque jour — dans de l'eau oxygénée. Pour les petits enfants, il emploie l'eau oxygénée du commerce, réduite de douze à trois volumes par addition d'eau bouillie chaude. Chez les enfants au-dessus de trois ans et chez les adultes, la solution est seulement dédoublée. Lorsqu'il s'agit d'engelures ulcérées, notre confrère conseille d'ajouter au peroxyde d'hydrogène une solution saturée de borate de soude, afin de diminuer l'acidité du liquide et d'atténuer la douleur que produit le bain.

Après quelques instants d'immersion, les pieds et les mains, bleus par les engelures, deviendraient rouges, en même temps qu'on verrait se déterger les plaies à fond grisâtre et blafard, recouvertes d'un pus sanieux ou sanguinolent; dès la seconde ou la troisième séance, des bourgeons charnus rosés apparaîtraient au fond des ulcérations et la cicatrisation évoluerait rapidement. Trois bains suffiraient le plus souvent pour amener la guérison quand les engelures ne sont pas ulcérées; dans le cas contraire, la durée du traitement varie naturellement suivant le degré d'infection des plaies et selon leurs dimensions.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La variole en Angleterre depuis un demi-siècle et les enseignements qu'on peut en tirer au point de vue de l'influence de la vaccine sur la contagion et la gravité de cette maladie.

L'histoire nous apprend qu'en politique les peuples ont une assez grande versatilité; il n'en est pas autrement en matière de protection de la santé publique, qui est une des multiples parties de la *res publica*. L'exemple de l'Angleterre est là pour le prouver.

Berceau des inoculations jennériennes, ce pays a vu, au cours d'une longue période où la vaccination était obligatoire, s'engager une vive campagne contre ce moyen préventif de la variole. Il y a une vingtaine d'années, une ligue antivaccinatrice, en faisant valoir quelques méfaits dus à la nature du vaccin, à une technique non aseptique et à certaines particularités individuelles, a créé en Angleterre un mouvement incontestable de l'opinion publique contre la vaccination. Harcelé de pétitions, le gouvernement finit par nommer une commission qui, après sept années de travaux, conclut en faveur de l'utilité de la vaccine, mais proposa néanmoins une modification sensible à la législation sur la matière (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 393-394). Le projet de loi qui fut voté par le Parlement, à la suite de cette vaste enquête, supprima en fait l'obligation de la vaccination, car les parents qui ne veulent pas faire vacciner leur enfant n'ont qu'à justifier devant un tribunal, dans les quatre premiers mois après la naissance, qu'ils croient *en conscience* que la vaccine est nuisible à la santé (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CLXI).

L'Angleterre avait été précédée dans cette voie par un des Etats de la Confédération suisse: en 1895, le canton de Berne a rejeté, par referendum, la vaccination obligatoire (1). Mais il s'agit là d'une petite portion de territoire, tandis qu'en Angleterre la modification législative atteint une population considérable. C'est pourquoi il nous paraît intéressant d'examiner ici, à propos d'une forte épidémie de variole qui sévit en ce moment à Londres, quels sont les enseignements qu'on peut tirer, au point de vue de la contagion et de la gravité de cette maladie, des faits actuels comparés aux faits qui se sont passés dans la dernière moitié du dix-neuvième siècle.

Les résultats que nous exposerons ne peuvent que confirmer l'expérience déjà acquise : ils n'auront peut-être pas le caractère de la nouveauté, mais ils démontreront — ou plutôt ils redémontreront — à l'aide de faits nouveaux, puisque l'acte législatif de 1898 a modifié les conditions de résistance de la population infantile, l'efficacité préventive de la vaccination, et, par ainsi, mettront les peuples et les autorités des autres pays en garde contre une manière de faire essentiellement préjudiciable aux intérêts de l'individu et de la population tout entière.

(1) Depuis la suppression de l'obligation de la vaccine dans le canton de Berne, il n'y avait pour ainsi dire pas eu de cas de variole dans cet Etat jusqu'en 1901; mais ce qui s'est passé l'année dernière montre clairement que le peuple bernois a méconnu ses intérêts.

Il y a eu dans le courant de ladite année 78 cas de variole parmi les vaccinés avec 4 décès, contre 89 cas dont 16 mortels chez les non-vaccinés, soit une mortalité de **5.13** % parmi les *vaccinés*, et de **17.97** % chez les *non-vaccinés*. Mais où la démonstration est encore plus évidente, c'est quand on fait le décompte des cas et des décès suivant les âges : tandis que chez les enfants au-dessous de cinq ans, vaccinés, il n'y a pas eu un seul cas de variole, on en a compté 33 parmi les enfants de même âge non vaccinés, dont 9 mortels, soit une léthalité de **0** pour les *vaccinés* contre **27.27** % pour les *non-vaccinés*. De même pour les enfants de cinq à quinze ans : 7 cas pour les vaccinés avec 0 décès, et 51 cas avec 5 morts pour les non-vaccinés, soit une mortalité de **0** pour les premiers et de **9.80** % pour les seconds. Enfin, les sujets au-dessus de quinze ans, vaccinés, fournissent un contingent de 71 cas (la population de cet âge étant en très grande majorité vaccinée) avec 4 décès, tandis que les non-vaccinés, de la même catégorie d'âge, donnent 5 cas avec 2 décès. D'où une mortalité de **5.63** % pour les *vaccinés* et de **40** % pour les *non-vaccinés*.

Ainsi donc, la vaccination a protégé contre la variole, et cette protection a été le plus efficace au-dessous de quinze ans. — N. D. L. R.

I

Tout d'abord, il convient d'examiner quel a été, depuis une soixantaine d'années, le contingent fourni par les enfants de moins de cinq ans à la mortalité par variole. La plupart des individus n'étant vaccinés qu'une fois, et cela peu après leur naissance, c'est en effet dans les premières années de la vie que l'inoculation jennérienne peut manifester le plus nettement ses propriétés préventives.

Le diagramme ci-dessous (*fig. 1*) montre que,

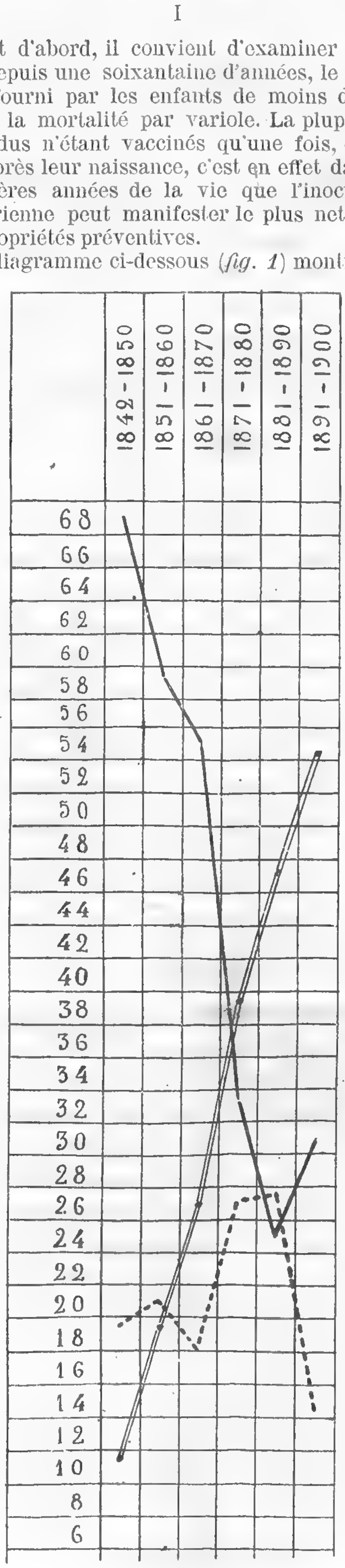


Fig. 1.

Proportion relative des enfants de moins de cinq ans, des sujets de cinq à vingt ans et des adultes, sur 100 décès par variole, à Londres, de 1842 à 1900.

——— Enfants au-dessous de cinq ans.
- - - - Sujets de cinq à vingt ans.
═══ Adultes.

à Londres, les enfants au-dessous de cinq ans contribuèrent, de 1842 à 1850, pour 69 % à la mortalité totale par variole; sous l'influence bienfaisante de la généralisation de la vaccine, cette énorme proportion s'est régulièrement abaissée jusqu'en 1890 et, pour la décade 1881-1890, elle n'était plus que de 25 % (1). Mais dès cette époque le mouvement antivaccinateur a fait des progrès de plus en plus considérables, et, l'épidémie de 1892-1895 aidant, la mortalité infantile est remontée à 31 % pour la période 1891-1900.

(1) Ce n'est pas seulement la mortalité infantile qui a diminué pendant ce demi-siècle, mais encore la mortalité générale par variole, qui, de 0.28 pour mille habitants qu'elle était dans la décade 1851-1860, est descendue progressivement jusqu'à 0.14 pour mille en 1881-1890; depuis, elle a encore baissé graduellement et elle n'était plus que de 0.004 pour mille en 1897 et de moins de 0.0005 en 1898.

Il n'est pas possible d'expliquer le progrès remarquable accompli de 1842 à 1890 autrement que par l'influence protectrice du vaccin, car, de 1881 à 1900, il n'y a eu, sur 100 individus *vaccinés* ayant succombé à la variole, que **4.3** enfants de moins de cinq ans, tandis que pour les sujets *non vaccinés*, le tribut des cinq premières années de la vie fut de **40.5** %.

La différence est si grande qu'il est inutile d'insister davantage. Mais qu'on nous permette de montrer que cette économie de vies infantiles aurait pu être encore plus grande sans la propagande antivaccinatrice.

Tandis que de 1872 à 1887, alors que la vaccination obligatoire était assez strictement appliquée, la proportion des enfants nés à Londres et non vaccinés ne dépassait pas 8 à 9 %, comme on peut s'en rendre compte par la courbe ci-après (*fig. 2*), elle s'est élevée progressivement jusqu'à 33 % en 1898. Il se pourrait que ce pourcentage eût encore augmenté depuis la nouvelle loi, mais il est impossible de connaître les chiffres exacts, attendu que l'administration chargée de l'enseignement primaire à Londres (*London School Board*) refuse aux médecins inspecteurs de visiter les écoles dans le but de recenser les enfants vaccinés et les non-vaccinés. Quoi qu'il en soit, de la population infantile, c'est cette partie non vaccinée qui, dans la présente épidémie, est le plus exposée à la variole et le plus gravement atteinte, comme il résulte de ce qui suit :

Les chiffres relatifs à ladite épidémie ne sauraient être considérés comme définitifs pour l'année 1901, car ils ne font entrer en ligne de compte que les individus ayant quitté les hôpitaux de varioleux soit par guérison soit par décès, et laissent de côté tous ceux qui sont encore en traitement. Pour cette raison, la statistique ne porte que sur 1,017 cas dont 770 terminés par la guérison et 247 ayant entraîné une issue fatale. Or, sur ces 1,017 cas, on compte seulement 1 enfant au-dessous de cinq ans, *vacciné*, et il a guéri, contre 61 enfants de la même catégorie d'âge, mais *non vaccinés*, sur lesquels 39 sont morts. Et si l'on ne prend que les enfants âgés de moins d'un an, on trouve 0 pour les vaccinés contre 17, avec 15 morts, pour les non-vaccinés. Encore avons-nous fait abstraction des douteux, c'est-à-dire de ceux pour lesquels il n'a pas été possible de déterminer s'ils avaient ou non été vaccinés : ces douteux ont fourni 2 cas, tous deux mortels.

Ainsi donc, la démonstration est évidente et tout concorde à prouver que la vaccine protège efficacement les jeunes enfants.

En est-il de même pendant le restant de la vie? ou, plutôt, la mortalité relative des vaccinés est-elle inférieure à celle des non-vaccinés? Les sujets de la première catégorie sont au nombre de 760 sur un total de 1,017 (il est certain, en effet, que, malgré la campagne antivaccinatrice, la majorité de la population est vaccinée); 108 ont succombé, soit une mortalité de **14.21** %; il y a eu 194 cas dans la seconde catégorie (non-vaccinés), avec 98 morts, c'est-à-dire avec une mortalité près de trois fois et demie plus élevée, puisqu'elle atteint **50.52** (1).

II

Voyons maintenant — toujours d'après l'épidémie actuelle de Londres — sur quelle période de la vie porte plus spécialement l'action protectrice de la vaccine, tant au point de vue de la morbidité que de la mortalité.

(1) Nous laissons de côté les « douteux », catégorie qui ne peut apporter aucun élément à la solution du problème; disons seulement qu'elle comprend 63 cas dont 41 mortels.

Comme le montre la *figure 3*, chez les sujets vaccinés, la variole est exceptionnelle avant dix ans (12 cas sur 760), rare jusqu'à quinze (42 cas), relativement fréquente de quinze à trente — faute de revaccination —, puis elle décroît assez régulièrement à partir de cet âge, sauf, entre quarante et cinquante ans, une recrudescence qu'il est difficile d'expliquer. C'est au contraire dans leur jeune âge que la variole frappe les non-vaccinés, car les sujets de cette catégorie, âgés de moins de quinze ans, figurent pour 136 sur un total de 194.

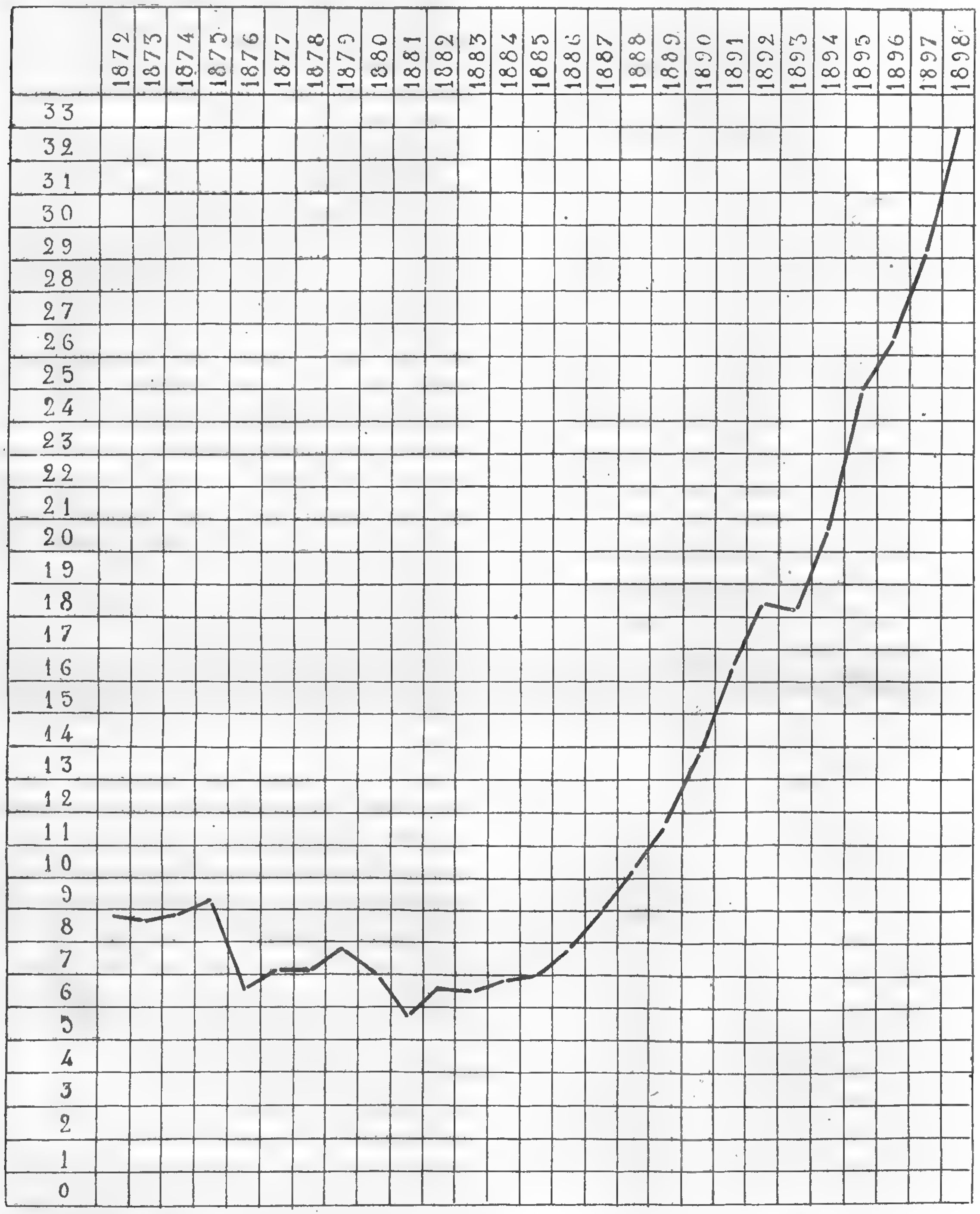


Fig. 2.

Proportion des non-vaccinés, sur 100 enfants nés à Londres, de 1872 à 1898.

L'étude de la mortalité conduit à des conclusions assez semblables (*fig. 4*) : chez les vaccinés, il n'y a point de décès au-dessous de dix ans, et une très faible proportion de dix à vingt ans, puis la mortalité augmente assez régulièrement avec l'âge jusqu'à quarante ans. Au contraire, chez les sujets non vaccinés, énorme mortalité dans le jeune âge : 88 % au-dessous d'un an, 54 % entre un et cinq ans, 38 % entre cinq et dix ans.

Il ne faudrait pas croire que ces différences en faveur des vaccinés fussent particulières à la ville de Londres et à l'épidémie actuelle. D'autres villes, sous l'influence du mouvement antivaccinateur, ont, depuis assez longtemps déjà, délaissé la pratique de la vaccination obligatoire. Malgré des mesures sanitaires assez sévères, elles n'ont pas été à l'abri de la variole.

Nous citerons tout particulièrement Leicester. Une épidémie y ayant éclaté en 1892-1893, on essaya, à cette occasion, de laisser les familles en contact avec leurs malades, en les plaçant en quarantaine dans des salles spéciales; puis, ce procédé ayant été reconnu impraticable, on se contenta de soumettre les personnes qui avaient approché des varioleux à une surveillance étroite, mais à domicile. En dépit de ces précautions, la maladie atteignit 357 individus, appartenant à des familles qui comptaient 68 % de personnes vaccinées; or, celles-ci n'ont été contaminées que dans la proportion de 20 %, tandis que 39 % des non-vaccinés ont été atteints. Ces chiffres montrent bien l'immunité relative que confère une vaccine, même ancienne.

Les faits suivants ne sont pas moins concluants, en ce qui concerne la moindre gravité de la variole chez les sujets antérieurement vaccinés : dans la même ville, parmi les enfants de moins de dix ans qui furent frappés, 2 seulement avaient reçu des inoculations jennériennes, et ils eurent l'un et l'autre une variole bénigne, tandis que chez les enfants non vaccinés (au nombre de 104), la proportion des formes confluentes ou malignes fut de 52 % et celle des formes cohérentes de 22 %. Pour l'ensemble des malades de tout âge, les vaccinés considérés en bloc n'eurent que 8 % de cas confluents, contre plus de 56 % de formes bénignes; et chez ceux qui présentaient au moins quatre cicatrices de vaccine, la proportion des varioles confluentes tomba même au-dessous de 3 %, pendant que celle des cas bénins représentait près de 66 % du total. Enfin, la mortalité, de **0.8** % chez les vaccinés, dépassa **12** % chez les non-vaccinés.

On peut tirer des conclusions analogues d'une épidémie qui sévit, en 1895-1896, à Gloucester, ville où les pratiques jennériennes ont également rencontré beaucoup d'adversaires. Il y eut en tout 1,979 cas, dont 1,211 chez des vaccinés et 768 chez des non-vaccinés; **10** % des premiers succombèrent, tandis que la mortalité atteignit

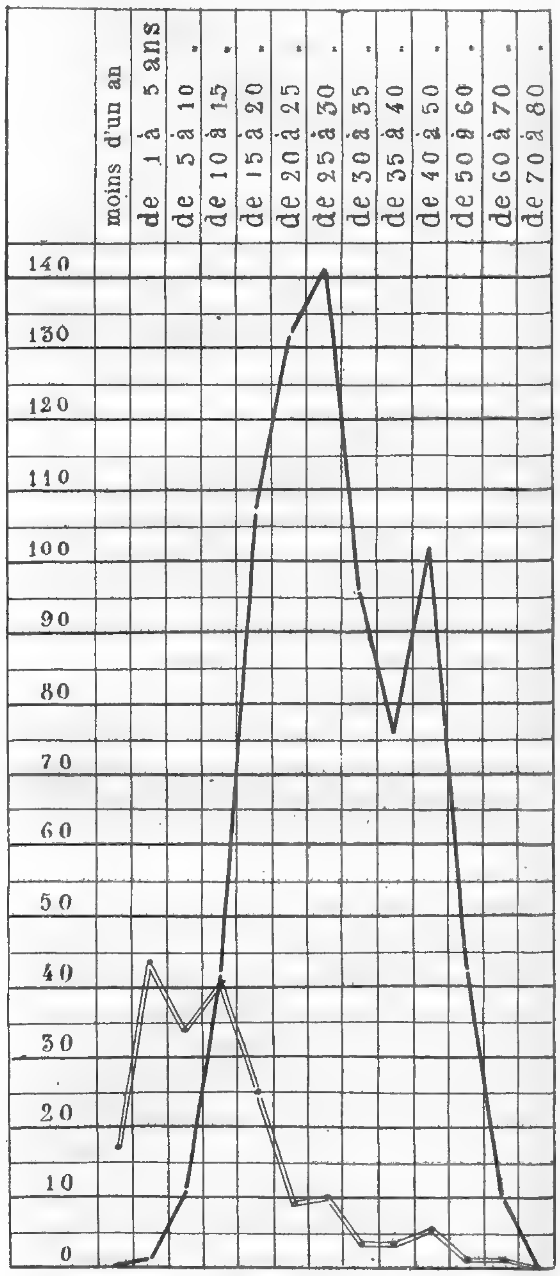


Fig. 3.

Morbidité comparée, par variole, des vaccinés et des non-vaccinés, pendant l'épidémie de 1901 à Londres.

41 % pour les seconds. Aucun enfant vacciné au-dessous d'un mois n'a été atteint; quant aux non-vaccinés, sur 22 varioleux de moins d'un mois, 21 moururent, de même que 40 enfants âgés d'un mois à un an, sur 63 qui contractèrent la maladie.

III

Les faits que nous venons d'exposer démontrent bien que la vaccination met relativement à l'abri de la variole et que, le cas échéant, cette maladie est beaucoup moins grave chez les vaccinés. Il ne serait pas possible de trouver actuellement en Europe un autre grand pays qui pût fournir les éléments d'une telle démonstration. Mais nous pouvons aller plus loin encore et montrer que la revaccination peut faire pour la seconde période de la vie ce que la vaccination fait pour la première, et cela même alors qu'il s'agit de personnes en contact incessant avec des varioleux.

Les lecteurs de ce journal savent combien parfaite, au point de vue de la lutte contre la variole, est l'organisation du *Metropolitan Asylums Board*, qui est l'autorité centrale chargée de pourvoir pour toute la ville de Londres à l'hospitalisation des personnes atteintes de maladies infectieuses (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 209-211). Il va sans dire que cette administration impose la revaccination à ses employés au moment de leur admission. Aussi, depuis 1884, sur 2,198 personnes employées dans les hôpitaux pour varioleux, 17 seulement ont contracté la variole, bien qu'il soit passé

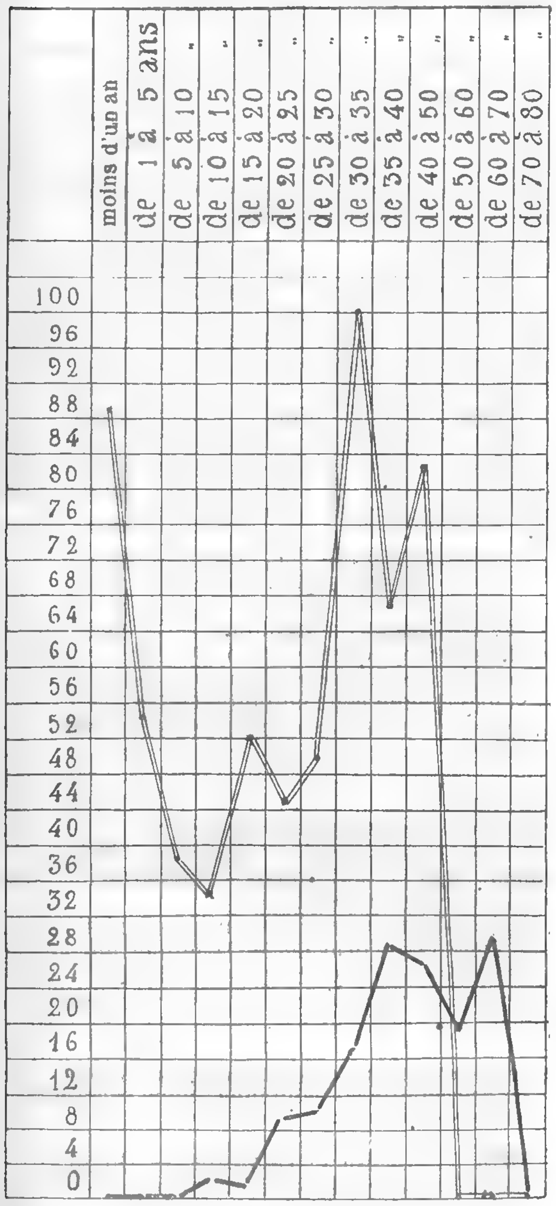


Fig. 4.

Mortalité comparée, par variole, des vaccinés et des non-vaccinés, pendant l'épidémie de 1901 à Londres.

——— Vaccinés
═══ Non-vaccinés.

17,900 malades dans ces hôpitaux; de ces 17 cas, 13 concernent des employés qui n'avaient été revaccinés qu'après leur entrée en fonctions, et 4 des ouvriers qui y aient pris la variole: 2, qui en a eu que 4 qui aient pris la variole: 2, qui avaient été revaccinées avec succès, ont guéri; les 2 autres, dont l'une avait pu se soustraire à l'obligation de la revaccination et dont l'autre avait été revaccinée sans succès, ont succombé.

Ainsi donc, ces exemples prouvent à nouveau, et d'une manière incontestable, que ce n'est pas seulement la vaccination qui devrait être obligatoire, mais encore la revaccination.

Il faut espérer qu'un jour arrivera où l'Angleterre, reconnaissant la mauvaise voie dans laquelle elle s'est laissé entraîner par les promoteurs du mouvement anti-vaccinateur, reviendra à édicter, sans réserve, l'obligation d'une mesure qu'elle a été la première à inscrire dans ses lois, et qu'on ne verra pas bien longtemps encore la patrie de Jenner hors du concert des autres pays en vue de la prophylaxie internationale de la variole.

Dr A. Gubb (de Londres).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 20 et 27 janvier 1902.

L'utilisation des bi-hexoses par l'organisme.

MM. Charrin et **Brocard**. — Dans une précédente note, étudiant l'utilisation des hexoses par l'organisme, nous faisions observer que les données relatives à ces sucres ne sont pas exactement applicables aux bi-hexoses, dont l'utilisation met en jeu d'autres facteurs, notamment les ferments de dédoublement (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 21); c'est ce dernier point que nous voulons développer aujourd'hui.

Les bi-hexoses ne subissent l'assimilation qu'après avoir été dédoublés; cependant, on peut les retrouver en nature dans l'urine, ce qui est attribuable à ce que, dans certains cas, l'absorption est plus rapide que le dédoublement.

Ailleurs, l'urine ne renferme, après ingestion d'un bi-hexose, aucun sucre; il faut admettre alors à la fois la prédominance du dédoublement des bi-hexoses sur leur passage en nature dans la circulation, et la prédominance de l'utilisation des produits de dédoublement sur la rapidité de ce dédoublement, ou, du moins, une égalité parfaite entre les deux phénomènes.

Mais le plus souvent on observe de la glycosurie après l'administration d'un bi-hexose; c'est ainsi qu'un sujet ayant ingéré du saccharose excrète du glucose tantôt seul, tantôt accompagné, plus ou moins tardivement, de lévulose. Ici, l'activité du ferment de dédoublement a été supérieure à l'utilisation des hexoses fournis par ce dédoublement.

Enfin, il peut arriver, si la quantité de bihexose (saccharose) absorbée est très considérable, que l'on trouve dans l'urine, à côté de ce bi-hexose, des proportions variables de chacun des sucres de dédoublement. Ce phénomène dépend de deux causes : d'une part, une fraction du bi-hexose a passé en nature, grâce à une intervention insuffisante du ferment hydrolytique; d'autre part, l'action de ce ferment a été plus intense ou plus rapide que la consommation, par les tissus, des produits de dédoublement, d'où présence de ces derniers dans les urines.

Chez les sujets sains, nous n'avons jamais constaté la lévulosurie pure, pas plus que l'excrétion du véritable sucre interverti, c'est-à-dire constitué par un mélange, à molécules égales, de lévulose et de dextrose.

En ce qui concerne la facilité de dédoublement des divers bi-hexoses, le maltose vient en tête, au moins chez l'homme adulte, dont le régime ordinaire renferme une forte proportion de substances amylacées; quant au lactose et au saccharose, tout dépend de la prédominance de l'un ou de l'autre de ces sucres dans l'alimentation habituelle; c'est ainsi que nous avons obtenu des résultats opposés chez un enfant élevé au lait lactosé et chez un chien accoutumé au sucre de canne.

MM. Portier et **Richet** adressent une note relative au poison sécrété par divers cœlentérés urticants (méduses, physalies, etc.); cette substance, pour laquelle les auteurs proposent le nom d'*hypnotoxine*, exerce des effets hypnotiques sur les animaux auxquels on l'injecte; la quantité que l'on peut extraire de 2 grammes de tentacules de physalie suffit à tuer un pigeon de 300 grammes en une heure environ.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 22 et 29 janvier 1902.

Sur les accidents mortels de la chloroformisation.

M. Gérard-Marchant. — J'ai vu pour ma part 7 malades mourir du chloroforme, dont 5 alors que j'étais interne ou chef de clinique, et 2 depuis que je suis chef de service; dans ces 2 derniers faits, il s'agissait de cas de chirurgie pleuro-pulmonaire. Je pourrais grossir notablement ce chiffre si j'ajoutais à ces observations personnelles celles dans lesquelles j'ai été simple spectateur.

Depuis 1895, je me sers exclusivement de l'éther et je n'ai plus eu le moindre accident, ni même la moindre alerte.

M. Chaput. — Dans mon service de Bicêtre, j'ai vu mourir par le chloroforme jusqu'à 3 de mes malades, à des intervalles très rapprochés. Pendant une période de temps assez longue, j'ai confié l'anesthésie chloroformique toujours au même aide, très expérimenté, et je n'ai pas eu d'accident. En somme, j'ai eu à déplorer environ une mort par an. Quant à l'éthérisation, elle m'a donné un décès, et je n'y ai pas une confiance absolue.

Actuellement, j'ai recours à l'emploi successif de l'éther et du chloroforme, employant d'abord l'éther, pour éviter la syncope du début.

M. Hartmann. — Le procédé dont M. Richelot nous a parlé dans la dernière séance, et qui consiste à faire précéder l'administration du chloroforme de l'inhalation de bromure d'éthyle, ne donne pas une sécurité absolue, attendu qu'en suivant cette pratique, j'ai eu à déplorer une mort au début de la chloroformisation.

M. Reynier. — D'une façon générale, tous les modes d'anesthésie peuvent donner lieu à des mécomptes : quoi qu'en dise M. Gérard-Marchant, l'éther a eu ses morts, et la rachicocaïnisation, comme l'ont montré des observations récemment publiées, a également déterminé des accidents très graves. Quant au chloroforme, il n'y a vraiment pas lieu de s'étonner qu'il puisse offrir quelques dangers, dans certains cas particulièrement graves que les progrès de la chirurgie nous autorisent aujourd'hui à opérer, sans que l'on soit en droit d'incriminer l'agent anesthésique.

Pour ma part, j'ai eu, depuis vingt ans que je fais de la chirurgie, 5 morts par le chloroforme. Or, l'analyse minutieuse de ces faits malheureux m'a montré que la mort aurait toujours pu être évitée, et pour chacun d'eux j'ai eu l'arrière-pensée qu'une faute avait été commise : dans un cas, j'avais fait faire, avant l'administration du chloroforme, une injection d'atropine et de morphine, et j'ai la conviction que cette injection n'a pas été sans influence sur l'accident mortel; dans le second, le patient avait mangé avant l'anesthésie; le troisième malade a succombé aux premières bouffées de chloroforme, trop abondamment donné, et la mort aurait pu vraisemblablement être évitée si l'administration de l'anesthésique avait été mieux réglée; le quatrième accident s'est produit chez une femme ayant des manifestations syncopales que j'aurais dû considérer comme une véritable contre-indication; enfin, pour le cinquième de mes malades, la mort est survenue au cours de l'anesthésie, et l'analyse du chloroforme a montré qu'il renfermait de l'alcool méthylique.

En résumé, malgré les cas mortels que je viens de relater, je persiste à croire que, en dehors de quelques faits exceptionnels, le chloroforme, lorsqu'il est pur et bien donné, ne doit pas être considéré comme dangereux.

M. Guinard. — Comme M. Hartmann, je crois que l'anesthésie mixte par l'administration successive de bromure d'éthyle et de chloroforme ne donne pas une sécurité aussi complète que le prétend M. Richelot. En effet, j'ai eu l'occasion d'observer, avec M. Peyrot, un cas de mort par le bromure d'éthyle chez une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte d'arthrite blennorrhagique. Je dois ajouter que l'autopsie a montré, chez cette malade, une endocardite végétante dont l'existence nous avait échappé. A ce propos, qu'il me soit permis de dire que les affections cardiaques sont peut-être, au point de vue de l'anesthésie générale, plus dangereuses qu'on ne le pense généralement; j'ai, en effet, vu mourir aussi par le chloroforme un homme atteint d'une lésion cardiaque également méconnue.

J'emploie actuellement, pour ma part, le chlorure d'éthyle, préconisé par M. Severeanu; j'en suis très satisfait, mais je ne me crois pas autorisé à affirmer que l'usage de cet anesthésique mette à l'abri de tout mécompte.

M. Lucas-Championnière. — J'ai eu un certain nombre de morts par le chloroforme; 3 d'entre elles pouvaient être imputées à l'anesthésique. Dans un de ces cas, l'issue fatale n'est survenue que dix heures après l'administration du chloroforme; au cours de l'opération, il est vrai, on avait dû pratiquer la respiration artificielle. Quant à l'éther, s'il ne donne pas, sur la table d'opération, autant de morts que le chloroforme, j'estime qu'il en donne beaucoup plus consécutivement à l'anesthésie.

En ce qui concerne les cardiaques, je crois que le chloroforme ne les expose à aucun danger, et je me défie beaucoup plus des lésions pulmonaires, que j'ai vu plusieurs fois déterminer des accidents.

De la gangrène des fibromes utérins.

M. Quénu. — Je crois que la gangrène véritable des fibromes utérins est beaucoup plus rare qu'on ne le dit généralement; souvent, en effet, il s'agit plutôt d'une nécrobiose consécutive à une dégénérescence qui peut se produire en dehors de tout processus gangreneux proprement dit. Ces masses d'apparence feuille-morte, ou de teinte ardoisée, qu'on rencontre parfois au centre des fibromes et qui paraissent frappées de mort, sont en réalité, comme on peut le vérifier au microscope, pourvues de vaisseaux perméables, ce qui prouve qu'on n'est pas en présence d'une véritable mortification, et que les tissus sont simplement en voie de dégénérescence. Lorsqu'on fait l'examen bactériologique de ces produits, on y trouve quelquefois des microbes pyogènes. En résumé, bien souvent on parle à tort de gangrène des fibromes, alors qu'il s'agit simplement d'une diminution de la vitalité de leurs tissus.

M. Michaux. — Il me paraît bien difficile d'établir une distinction entre les cas où la vitalité est seulement diminuée et ceux où il y a une véritable mortification.

M. Peyrot. — Ce matin même, j'ai extirpé un fibrome volumineux chez une femme de cinquante-quatre ans environ, entrée dans mon service absolument exsangue, après avoir eu dans ces derniers temps des accès fébriles. Son état général était si mauvais, au moment de son arrivée à l'hôpital, que j'avais cru devoir différer l'opération.

J'ai trouvé un très gros utérus, qui présentait de nombreux fibromes sous-muqueux, quelques fibromes interstitiels et un volumineux fibrome sous-péritonéal enclavé dans le petit bassin. En examinant soigneusement la pièce, j'ai d'abord rencontré un fibrome sous-muqueux qui, à la coupe, avait un aspect violacé; un autre, plus gros, renfermait en son centre une cavité remplie de pus et les tissus qui limitaient cette cavité offraient en quelque sorte tous les intermédiaires entre la teinte violacée du précédent et l'infiltration purulente.

M. Bouilly. — Je pense, comme M. Quénu, que l'on fait une confusion regrettable en donnant le nom de gangrène à toutes les altérations que peuvent présenter les fibromes. Il faut distinguer à ce point de vue les dégénérescences par trouble de nutrition, les lésions infectieuses simples, et enfin les lésions infectieuses compliquées de gangrène.

Je n'ai, pour ma part, jamais rencontré de véritable gangrène au centre d'un fibrome resté intact à sa périphérie, et je ne pense pas qu'on soit en droit de comprendre dans le cadre des gangrènes ces altérations, résultant de troubles nutritifs, qui se traduisent par une coloration violacée.

M. Hartmann. — Dans ces derniers temps, j'ai eu l'occasion d'enlever un fibrome ayant une teinte vineuse qui m'a semblé devoir être attribuée à un état apoplectique. Quant à la gangrène des fibromes complètement indépendants de la cavité utérine, elle existe réellement et j'en ai observé plusieurs exemples.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 janvier 1902.

Grippe à déterminations successivement intestinales, pulmonaires et cardiaques.

M. Galliard communique l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans, ayant des antécédents héréditaires tuberculeux, qui entra à l'hôpital pour des accidents d'obstruction intestinale; ceux-ci cédèrent rapidement à l'administration d'un lavement électrique, mais il survint, trois ou quatre jours après, des phénomènes thoraciques (toux, dyspnée, points de côté, etc.) accompagnés d'une élévation notable de la température.

L'auscultation de la poitrine décela l'existence de râles de bronchite disséminés dans les deux poumons, mais prédominants aux bases, et d'un souffle systolique localisé à la pointe du cœur. L'examen bactériologique des crachats, pratiqué à différentes reprises, étant resté négatif au point de vue de la recherche des bacilles de Koch, on diagnostiqua une grippe à début gastro-intestinal, ayant envahi secondairement l'appareil respiratoire, puis l'endocarde.

L'évolution de la maladie confirma ce diagnostic, car cette jeune fille put quitter l'hôpital — complètement guérie, en apparence — au bout de deux mois; elle ne conservait plus que son souffle systolique, indice de la persistance de lésions endocardiques au niveau de la valvule mitrale.

Invagination intestinale chez un enfant de quatre mois et demi.

M. Moutard-Martin relate l'histoire d'un enfant de quatre mois et demi, qui vient d'être atteint d'invagination intestinale. Pendant plusieurs jours, cette affection ne se manifesta que par la perte de l'appétit et par l'absence des selles, qui étaient remplacées par l'excrétion d'un liquide glaireux très légèrement teinté de sang. Bientôt on constata une tumeur dure, mais non douloureuse, dans la fosse iliaque gauche, et enfin le toucher rectal permit de percevoir une masse molle, remplissant l'intestin et donnant la sensation d'un museau de tanche. En présence de ces signes, on diagnostiqua une invagination intestinale et, comme il n'existait aucun symptôme de péritonite, on pratiqua une laparotomie qui confirma ce diagnostic. Le segment d'intestin invaginé comprenait le cæcum, l'appendice et une petite portion de l'iléon. Malgré les adhérences qui unissaient entre elles ces parties, la réduction put être effectuée sans trop de difficultés, après l'application de quelques sutures sur des points amincis qui paraissaient menacés de rupture. Cette opération fut immédiatement suivie du rétablissement du cours des matières; bien qu'elle ait été retardée par l'apparition d'un petit abcès entre les sutures profondes et les sutures superficielles, la guérison est aujourd'hui complète.

Des troubles de la nutrition au cours de la syphilis.

M. Gaucher expose le résultat de recherches qu'il vient de faire avec M. Crouzon sur les modifications de la nutrition au cours de la syphilis. Ces recherches ont porté sur 15 malades, dont 13 à la période secondaire, un à la période primaire et un à la période tertiaire.

L'analyse des urines a montré que, chez la plupart de ces sujets, il existait une insuffisance de l'élimination de l'urée, une diminution du rapport azoturique et une élévation du poids de la molécule moyenne élaborée.

Bien qu'elles reposent sur l'examen de 15 malades seulement, ces différentes constatations permettent d'affirmer, d'après l'orateur, que la syphilis s'accompagne, comme les intoxications chroniques et les auto-intoxications, d'un ralentissement de la nutrition. Plus marqué à la période secondaire, qui est la phase véritablement active de la toxi-infection syphilitique, ce ralentissement s'observe également aux deux autres périodes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 25 janvier et 1er février 1902.

Les deux cycles évolutifs du parasite échinococcique.

M. Devé. — J'ai établi précédemment (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 44, 95 et 196) la réalité de la transformation des scolex en kystes échinococciques. Mais on a soutenu qu'il s'agissait là d'une métamorphose régressive et pathologique des petites têtes, et que ces productions nouvelles se détruisaient ou restaient stériles. Il résulte d'une série de faits que je viens d'observer, que ces nouveaux kystes deviennent fertiles : la transformation kystique des scolex constitue donc une forme évolutive parfaitement progressive.

On doit, par suite, considérer au parasite échinococcique deux cycles évolutifs distincts. A côté du grand cycle classique, nécessitant le passage chez deux hôtes successifs, existe un petit cycle, que nous appellerons *para-échinococcique*, et dont les révolutions, s'accomplissant chez un seul hôte, sont susceptibles de se reproduire indéfiniment, avec cette particularité qu'à la fin de chacune d'elles (stade scolex), le parasite peut, si les circonstances le permettent, retourner au cycle évolutif naturel.

Le sang dans la coqueluche et dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

M. Carrière (de Lille). — L'examen du sang de 14 enfants atteints de coqueluche m'a démontré qu'au début de cette affection il survient une leucocytose et une polynucléose manifestes; à la période d'état, la leucocytose est plus accentuée encore et la polynucléose reste évidente; pendant la convalescence, enfin, la leucocytose diminue fortement, tandis que la polynucléose est remplacée par une éosinophilie légère. Quant aux hématies, leur nombre diminue progressivement du début jusqu'à la convalescence, puis il revient peu à peu à la normale. Il en est de même du taux de l'hémoglobine.

Dans l'adénopathie trachéo-bronchique, au contraire, le nombre des globules blancs ne dépasse pas 15,000, et cette légère augmentation porte surtout sur les mononucléaires.

Splénomégalie du type myéloïde sans myélocythémie.

M. Rathery communique l'observation d'un malade chez lequel il a constaté une réaction myéloïde des organes hématopoiétiques, sans myélocythémie concomitante. Outre une hypertrophie de la rate avec transformation myéloïde diffuse, il existait dans le foie, au niveau des espaces portes, des îlots leucocytaires contenant également des éléments de la série myéloïde. Le sang fut examiné plusieurs fois durant la vie, sans que jamais on ait pu constater une formule hématologique tant soit peu comparable à celle de la leucémie myélogène.

Cette observation, la première chez l'homme, confirme la théorie de M. Dominici qui admet que la réaction myéloïde peut avoir, comme la réaction lymphoïde, des sièges originels multiples.

Sur la précipitation des albumines urinaires par les « précipitines » contenues dans certains sérums spécifiques.

MM. Linossier et **Lemoine.** — On sait, depuis les recherches de Tchistovitch et de Bordet, que le sérum d'un lapin auquel on a fait une injection intrapéritonéale du sérum d'un autre animal, acquiert la propriété de précipiter *in vitro* le sérum de cet autre animal. Nous avons entrepris d'appliquer cette réaction à l'étude de la différenciation des albumines urinaires. Nous avons constaté ainsi que le sérum actif précipite toutes les urines riches en albumine, mais que l'intensité de la réaction n'est pas toujours proportionnelle à la quantité d'albumine décelée par l'analyse. Pour les urines qui ne renferment que des traces d'albumine, tantôt le sérum actif est un réactif plus sensible que l'acide azotique, tantôt il ne donne aucune réaction alors que l'acide azotique en fournit une très nette.

Des cyclones intrabuccaux dans la voix chuchotée.

M. Gellé montre, au moyen d'une rondelle de papier glissant sur une tige d'acier poli, que l'air intrabuccal est animé d'un mouvement en tourbillon pendant la parole chuchotée. Il s'agit là d'une sorte de cyclone qui se produit non pas à l'isthme du gosier, comme lorsqu'on prononce une voyelle, mais au niveau de la partie moyenne de la langue.

M. Bosc (de Montpellier) fait une communication dans laquelle il étudie la structure des tumeurs claveleuses (prolifération épithéliale intense avec hypertrophie des cellules, déviation

de leur processus normal, formation d'inclusions cellulaires et de globes épidermiques), en insistant sur l'analogie de ces lésions avec celles que réalisent la variole, la vaccine, la syphilis et le cancer.

M. Bouchacourt relate un certain nombre d'observations cliniques tendant à démontrer que le placenta de brebis exerce une action excitante et congestive sur la glande mammaire chez la femme.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 22 janvier 1902.

Les frictions au savon noir contre la péritonite tuberculeuse.

M. A. Baginsky présente 3 fillettes qui ont été atteintes de phénomènes péritonitiques imputables à la tuberculose, autant du moins que l'examen clinique permet de l'affirmer, et qu'il a guéries au moyen de frictions abdominales au savon noir; sous l'influence de ces frictions, l'exsudat s'est résorbé, la fièvre est tombée, en même temps que l'état général, fort compromis, s'améliorait; il faut noter que, dans un de ces cas, les accidents péritonéaux étaient apparus au cours d'une fièvre typhoïde.

L'orateur ne tire pas argument de ces succès pour rejeter systématiquement la laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, mais il estime qu'avant d'en arriver à l'ouverture du ventre, il y a lieu d'essayer de tous les autres moyens dont nous disposons, notamment des frictions au savon noir.

M. Cassel rappelle que la péritonite tuberculeuse n'a pas toujours un pronostic fâcheux, même quand on s'abstient d'intervenir chirurgicalement, et qu'elle peut guérir non seulement sous l'influence de divers modes de traitement non sanglants, mais encore spontanément. Toutefois, ce sont là des faits exceptionnels; aussi, quand la fièvre persiste malgré tous les moyens que l'on emploie pour la combattre, quand l'épanchement ne rétrocède pas, et surtout s'il augmente, quand enfin les noyaux tuberculeux demeurent perceptibles et que l'émaciation fait des progrès, il ne faut pas hésiter à faire la laparotomie, qui donne des succès même dans des cas paraissant désespérés.

M. Lassar rapproche des effets favorables obtenus par M. Baginsky, avec le savon noir, dans la péritonite tuberculeuse, ceux que lui a donnés le même produit dans l'épididymite avec épanchement dans la vaginale; il se sert à cet effet d'un mélange à parties égales de savon noir et de pommade à l'iodure de potassium, qu'il applique sur le scrotum pendant un bain, seul moyen d'éviter l'irritation des téguments. La même méthode lui a fourni de bons résultats dans les goitres légers.

M. Senator reconnaît qu'il est des péritonites tuberculeuses qui ne guérissent que par l'opération; mais avant de confier le patient au chirurgien, il croit qu'on doit essayer les autres moyens de traitement, dont le plus efficace lui a paru être le savon noir; il associe cette substance à de l'iodoforme, et l'incorpore à un poids égal de vaseline ou d'axonge afin d'en diminuer l'effet irritant sur la peau. Les succès qu'on obtient de la sorte ne sauraient être attribués à ce que les enfants reçoivent à l'hôpital une nourriture plus substantielle que chez eux, car il a vu les applications de savon noir réussir aussi chez des enfants de la classe aisée, qu'une bonne nourriture avait été jusque-là impuissante à guérir.

M. Baginsky déclare que, pour éviter l'irritation des téguments, il n'emploie qu'une petite quantité de savon noir, mais il pratique des frictions énergiques jusqu'à ce que cette substance soit entièrement résorbée.

Le fœticide est-il légitime, et dans quel cas?

M. Kossmann fait une communication dans laquelle, après avoir exposé les données historiques relatives au meurtre du fœtus, et rappelé que les articles du Code pénal allemand, concernant la matière, ne contiennent aucune exception en faveur de l'interruption thérapeutique de la grossesse, il examine en quel cas cette dernière est indiquée et peut, en conscience, être pratiquée.

En ce qui concerne l'avortement, il ne le croit légitime que si l'on est convaincu que le fœtus doit nécessairement succomber avant le terme de la grossesse, la prolongation de celle-ci devant être fatale pour l'existence de la mère. Pour ce qui est de l'embryotomie au cours de l'accouchement, la situation est plus délicate; les circonstances où la vie de l'enfant ne peut être conservée qu'au prix de l'existence maternelle sont tout à fait exceptionnelles, et ne se trouvent réalisées que dans quelques cas de présentation de l'épaule ou du front avec symptômes d'un début d'infection. La question qui, en pratique, se pose le plus fréquemment est celle-ci : a-t-on le droit, pour sauver le fœtus, d'exposer la mère aux dangers d'une grave opération, ou vaut-il mieux sacrifier l'enfant? L'orateur estime qu'il faut ici faire entrer en ligne de compte la valeur respective des deux existences maternelle et fœtale, telle qu'elle résulte des statistiques sur la durée probable de la vie; celles-ci attribuent au nouveau-né une existence aussi longue qu'à une femme de vingt-trois ans, plus courte par conséquent que celle d'une femme au-dessous de cet âge, mais plus longue que celle d'une femme ayant dépassé sa vingt-troisième année. L'argument que la mère peut avoir d'autres enfants ne paraît pas à M. Kossmann très valable, car les causes de dystocie qui ont mis obstacle à la première grossesse peuvent subsister lors d'une seconde, sans compter les nouvelles causes que peut créer une intervention aussi grave que l'embryotomie. Enfin, il faut considérer aussi l'état de santé respectif de la mère et du fœtus, car on n'agira pas de même à l'égard d'un enfant sain et d'un enfant entaché de syphilis, d'hydrocéphalie, etc., d'une femme de bonne santé et d'une femme atteinte d'un carcinome inopérable.

Quant à l'avis de la mère ou de ses représentants légaux, il est évident que ceux-ci comme celle-là peuvent réclamer l'hystérotomie, mais personne ne saurait imposer l'embryotomie, si le médecin la croit contre-indiquée.

En terminant, l'orateur fait observer que la mortalité maternelle est presque aussi élevée après l'embryotomie qu'après l'opération césarienne; aussi espère-t-il que l'amélioration des résultats de cette dernière intervention permettra un jour d'y recourir dans tous les cas où l'on peut être amené aujourd'hui à pratiquer l'embryotomie.

M. Dührssen estime que, pour échapper à toute éventualité de poursuites, le médecin doit toujours s'abstenir d'interrompre la grossesse. D'autre part, il fait observer, à propos de la prétendue bénignité de l'hystérotomie, qu'on ne saurait comparer les résultats que donne cette opération dans un hôpital bien outillé, avec ceux qu'en obtiendrait un médecin de campagne privé de toute ressource.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 20 janvier 1902.

De l'intervention chirurgicale dans les néphrites.

M. J. Israel répond à la communication faite par M. Senator dans la dernière séance. Son attention a été attirée, depuis une dizaine d'années, sur des malades présentant un syndrome analogue à la colique néphrétique par lithiase, et chez lesquels l'intensité des douleurs, ainsi que l'inefficacité des divers moyens thérapeutiques mis en œuvre, légitiment une opération; or, celle-ci montre, en l'absence de tout calcul, l'existence de processus inflammatoires, et amène dans bien des cas la guérison. Les bons effets de la néphrotomie, d'une part, et la constatation directe d'un état de tension du rein, d'autre part, permettent de considérer les accidents en question comme causés par la congestion de l'organe, conséquence des difficultés de la circulation veineuse de retour. Au reste, l'orateur n'a jamais prétendu que le bistouri dût être le remède de toutes les néphrites; il n'a, notamment, jamais préconisé l'intervention chirurgicale contre le mal de Bright.

En ce qui concerne les résultats qu'il a obtenus, M. Israel déclare que, sur 11 malades qu'il a opérés, 6 ont été définitivement débarrassés de leurs crises; chez un, hémorrhagie et coliques se sont reproduites du côté opposé; chez 2, les accidents ont reparu au bout de deux ans; chez 2, enfin, l'intervention n'a eu aucune utilité. Il est vrai que l'orateur a eu 3 cas mortels, qui ne sont pas compris dans cette statistique, mais c'était à une époque où, les indications étant encore mal posées, on devait avoir recours au cathétérisme des uretères et à divers autres moyens de diagnostic, de nature à aggraver l'opération.

M. Klemperer défend la réalité des hématuries névropathiques; il cite notamment le fait d'un malade auquel on enleva un rein, pour hémorrhagie rénale abondante; or, le microscope révéla que cet organe était absolument sain. En outre, l'orateur n'a jamais vu une néphrite aiguë produire à elle seule la colique néphrétique; il faut l'intervention d'un autre facteur, à savoir l'élément nerveux. Au point de vue des indications, M. Israel appelle néphrites les affections rénales opérables, mal de Bright celles qui ne le sont pas; mais il faut pourtant savoir que le mal de Bright n'est pas toujours bilatéral et que, réciproquement, l'inflammation rénale simple n'est pas forcément localisée. M. Klemperer estime que l'opération n'est légitime, en dehors des cas d'anurie de cause mécanique, que s'il existe des douleurs suffisantes, par leur intensité, pour empêcher le patient de se livrer à ses occupations, ou des hémorrhagies mettant ses jours en danger.

M. Casper rapporte 2 observations de troubles rénaux périodiques, simulant la colique néphrétique : ils revenaient tous les quinze jours dans un cas, toutes les quatre semaines dans l'autre; les deux malades guérirent à la suite d'une simple néphrotomie. Bien que la tension du rein n'ait pas été constatée à l'opération, l'orateur admet que c'était une tension intermittente qui causait les accidents en question.

M. Zondek croit qu'il est bien difficile, sinon impossible, d'exclure avec certitude l'existence d'un petit calcul rénal, et cela même après dénudation et incision du rein.

M. Senator reconnaît que M. Israel n'a jamais préconisé l'intervention dans le mal de Bright, mais seulement dans les néphrites; par contre, les chirurgiens qui ont suivi ses traces n'ont pas craint d'aller plus loin que lui-même. Il n'est pas douteux que l'on observe des hématuries dans les néphrites aiguës; quant aux coliques, une inflammation aiguë ou chronique du rein ne saurait, à elle seule, en être la cause.

L'orateur ne comprend pas comment la néphrotomie pourrait arrêter l'hémorrhagie rénale; les coliques tenant souvent à des adhérences du rein, il est naturel, au contraire, que la dénudation de cet organe puisse les faire cesser. En terminant, M. Senator déclare qu'à son avis l'ouverture du rein n'est indiquée qu'en cas d'anurie, et non contre l'hématurie ou les coliques.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les vomissements avec acétonémie chez les enfants, par M. A.-B. Marfan.

Dans le présent travail, l'auteur décrit un syndrome particulier et autonome, consistant en vomissements accompagnés d'acétonémie, qui frapperait exclusivement des enfants d'un à dix ans. Cette affection aurait une certaine fréquence, puisque, depuis 1893, M. Marfan a eu l'occasion d'en observer environ 25 cas.

Les petits malades sont atteints en pleine santé ; après quelques prodromes (céphalée, lassitude, inappétence) dont la durée n'excède jamais vingt-quatre heures, éclatent les vomissements qui, d'abord alimentaires, ne tardent pas à être constitués par un liquide limpide, filant, rarement coloré en jaune par de la bile ; en même temps — parfois même avant tout autre symptôme — apparaît l'acétonémie, qui se révèle par l'odeur spéciale de l'haleine, ainsi que par la présence, dans l'urine, de quantités notables d'acétone décelables par la réaction de Lieben; cette hyperacétonurie peut atteindre le

taux de 0 gr. 40 centigr. à 0 gr. 60 centigr. par litre; il n'y a jamais de glycosurie.

Au début, l'appétit est conservé ; mais bientôt l'intolérance gastrique absolue empêche les petits malades d'absorber quoi que ce soit, même de l'eau pure; le ventre s'excave légèrement; il n'y a pas de diarrhée, mais plutôt un peu de constipation; dans certains cas, le foie est quelque peu augmenté de volume. En somme, il n'existe aucun trouble digestif appréciable, à part les vomissements.

La température peut rester normale ; en général, elle s'élève jusqu'à 38°; il est exceptionnel qu'elle atteigne, même passagèrement, 39°. Au bout de trois ou quatre jours, la nutrition s'altère profondément ; le visage s'excave, le facies est cholériforme, la faiblesse devient très grande, l'amaigrissement fait des progrès rapides.

La durée moyenne de ces troubles est de cinq ou six jours ; rarement elle se prolonge jusqu'à deux semaines. La guérison se fait ordinairement d'une manière brusque, presque instantanée, au moins en ce qui concerne les vomissements, car l'hyperacétonurie peut être décelée parfois encore au bout de deux mois. En outre, les récidives sont fréquentes : l'auteur les a observées dans 7 cas sur 25; elles surviennent sans aucune espèce de régularité.

La pathogénie de cette affection est des plus obscures. Deux faits seulement sont d'ores et déjà bien acquis, à savoir : 1° qu'il ne s'agit pas d'une maladie de l'appareil digestif, ainsi qu'en témoignent, notamment, l'apparition et la disparition subites des accidents ; 2° que l'acétonémie n'a pas pour cause l'inanition due aux vomissements, puisque l'odeur spéciale de l'haleine est perçue parfois avant même le début de ceux-ci. Une particularité intéressante, c'est que le syndrome peut affecter un caractère familial: dans une famille comptant 7 enfants, 3 fillettes lui payèrent tribut; dans une autre, le frère et la sœur furent également frappés.

Rapprochant les vomissements avec acétonémie des vomissements cycliques des enfants, décrits depuis quelques années, surtout en Amérique (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 397), M. Marfan est porté à admettre que ces deux affections offrent de nombreux points de contact, si même elles ne se confondent pas complètement : abstraction faite de quelques faits — concernant surtout des adultes — qui ressortissent au tabes, à la néphroptose, etc., la majorité des cas de vomissements cycliques appartiendraient à l'affection dont nous nous occupons.

Quant au traitement — le plus souvent efficace, car l'auteur n'a observé qu'une fois l'issue fatale, et encore dans un fait de diagnostic douteux —, il doit consister en eau sucrée et en lait coupé d'eau, l'ingestion de substances hydrocarbonées ayant pour effet de diminuer l'acétonémie; ces boissons doivent être absorbées par très petites quantités à la fois et glacées, afin d'éviter les vomissements; la magnésie à doses fractionnées (0 gr. 20 centigr. cinq fois par jour) est utile, dans le double but de combattre l'intoxication acide présumée, et d'assurer l'évacuation de l'intestin. (*Arch. de méd. des enfants*, novembre 1901.) — F. F.

De la pathogénie du pied plat, par M. DE VLACCOS.

Si l'on vient à pratiquer une coupe verticale et transversale de l'articulation tibio-tarsienne, on peut constater que le calcanéum n'est pas situé immédiatement au-dessous de la partie médiane de la jambe, mais se trouve tout entier en dehors de l'axe vertical du membre, prolongé jusqu'à la plante du pied. D'autre part, l'astragale est rarement traversé par cet axe en son centre, mais plus fréquemment dans sa moitié interne : sur 13 squelettes, l'auteur n'a vu qu'une seule fois la ligne verticale faisant suite à l'axe médian de la jambe rencontrer l'astragale en sa partie médiane.

Ces dispositions anatomiques suffisent à expliquer comment une pression peut, en agissant dans le sens perpendiculaire, peser plus fortement sur la partie interne du pied, et produire d'abord l'affaissement, l'aplatissement de la voûte plantaire, puis la rotation en dehors.

A l'état normal, cette disposition physiologique à la déviation est combattue par le jambier postérieur et par les fléchisseurs des orteils, lesquels, agissant de bas en haut, font équilibre au poids du corps qui agit en sens contraire. Mais si un travail exagéré vient troubler cet équilibre, le calcanéum, grâce à sa position excentrique par rapport à l'axe de la jambe, cédera nécessairement à la pression du poids du corps et basculera en s'inclinant latéralement, les muscles surmenés ne s'opposant plus à ce déplacement; l'astragale glissera à son tour, entraîné par le calcanéum, et, rencontrant un appui sur le ligament calcanéo-scaphoïdien, il distendra ce ligament, ainsi que la capsule articulaire astragalo-scaphoïdienne.

Certains auteurs ont voulu incriminer les souliers mal faits dans la pathogénie du pied plat. Sans vouloir rejeter complètement l'influence de ce facteur, M. de Vlaccos fait observer qu'il pourrait seulement intervenir comme cause adjuvante, attendu que le pied plat se rencontre en Orient chez des individus qui n'ont jamais porté de chaussure. (*Rev. de chir.*, août 1901.) — M. C.

Note sur la valeur séméiologique de la ligne ombilico-mamelonnaire, par M. J. SABRAZÈS.

Ayant constaté que lorsqu'on mesure, sur un sujet sain, la distance qui sépare de l'ombilic chacun des mamelons on obtient des valeurs sensiblement égales, l'auteur a cherché à appliquer en clinique les renseignements qu'est susceptible de fournir la comparaison des deux lignes ombilico-mamelonnaires, la présence d'une tumeur ou d'une collection liquide au niveau du thorax ou de la partie supérieure de l'abdomen devant avoir pour effet d'augmenter la longueur de cette ligne du côté correspondant.

Il a constaté, en effet, que la ligne ombilico-mamelonnaire est notablement plus longue du côté gauche en cas de splénomégalie ou de péricardite avec épanchement; elle est, de même, augmentée du côté de l'épanchement chez les sujets atteints de pleurésie ou de pneumothorax, et la différence d'un côté à l'autre est d'autant plus considérable que la collection liquide est elle-même plus volumineuse. Au contraire, on observe un raccourcissement des plus appréciables dans les pleurésies chroniques anciennes, avec rétraction de la paroi thoracique, ainsi que dans les péricardites ayant abouti à la formation d'une symphyse cardiaque. (*Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 6 octobre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches sur l'auto-intoxication dans l'occlusion intestinale, par M. KUKULA.

Les substances toxiques élaborées dans l'intestin ont été incriminées par M. Bouchard d'abord, plus tard par M. Albu, M. Lépine et M. Mollière, comme les facteurs de la mort qui survient à la suite de l'obstruction intestinale non opérée ou opérée tardivement. Toutefois, cette théorie, fort séduisante il est vrai, n'a pas encore été confirmée d'une manière indiscutable par la méthode expérimentale. Aussi l'auteur s'est-il appliqué depuis trois ans à élucider ce point, au moyen de recherches sur les animaux.

Ses premières expériences portèrent sur le contenu de l'intestin dans des cas d'occlusion intestinale humaine (hernie étranglée, torsion de l'S iliaque, occlusion intestinale consécutive à un cancer). Ce liquide, après filtration sur la bougie de Chamberland, fut injecté à des chiens, des lapins, des cobayes, des souris et des rats. Chez 31 des 36 animaux ainsi traités, on ne put constater aucune réaction, même après des injections massives dans la carotide. Les 5 autres périrent en moins de trois jours; mais il faut remarquer qu'un d'eux avait reçu 15 c.c. de contenu intestinal dans le jéjunum lié à sa partie inférieure; aussi la mort paraît-elle devoir être attribuée à la ligature intestinale plus qu'à l'injection. Le résultat de cette première série fut donc essentiellement négatif.

M. Kukula expérimenta alors sur des chiens ayant subi une occlusion intestinale par double ligature et plissement de l'intestin. Les urines de ces animaux furent examinées régulièrement, au point de vue de leur teneur en phénol et en indol : on constata que le taux de l'indol, souvent aussi celui du phénol, augmentait progressivement; mais, dans 2 cas, on nota une disproportion frappante dans les quantités respectives de ces deux substances. Quoi qu'il en soit, l'auteur estime que ni l'une ni l'autre ne joue un rôle prépondérant dans l'auto-intoxication. Il soumit ensuite le contenu intestinal de ces chiens à l'ébullition, et l'injecta, soit après filtration, soit sans filtration, à de jeunes chats. Ceux-ci présentèrent tous des symptômes d'intoxication caractérisés par des mictions et des selles fréquentes, de la salivation, des vomissements répétés et un état de dépression générale. Les résultats furent les mêmes, que le contenu intestinal eût ou non été filtré. Les produits toxiques qui manifestaient ainsi leur activité pouvaient être extraits en grande partie — mais non entièrement — par l'alcool. M. Kukula chercha aussi à déterminer le rôle des gaz intestinaux; ceux-ci possèdent, en effet, des propriétés toxiques qui paraissent tenir principalement à l'hydrogène sulfuré.

Comme on le voit, les substances incriminées sont normalement contenues dans l'intestin; l'auteur pense cependant qu'il s'y ajoute peut-être des produits de décomposition de corps albuminoïdes étrangers à la digestion normale, tels que le pentamétylène-diamine. Le tableau clinique de l'iléus résulterait de l'effet toxique de l'ensemble de ces substances.

Enfin, M. Kukula fit un troisième groupe d'expériences ayant porté de nouveau sur les produits de stagnation de l'intestin humain. Ces recherches confirmèrent les résultats obtenus dans la série précédente et furent ainsi en contradiction absolue avec ceux de la première série. M. Kukula croit pouvoir attribuer ces divergences à ce qu'il avait, dans ses premières recherches, trop dilué le contenu intestinal, et à ce qu'il n'avait pas observé les animaux assez longtemps.

Quoique n'ayant pas encore réussi à isoler les différentes substances toxiques qui interviennent en pareil cas, l'auteur estime que les faits que nous venons de résumer sont suffisants pour qu'on puisse attribuer à l'auto-intoxication un rôle important dans le tableau clinique de l'iléus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — F. DE Q.

Rétrécissements tuberculeux de l'intestin : leur confusion possible avec les rétrécissements syphilitiques, par M. J. FIBIGER.

La tuberculose intestinale se présente sous deux aspects différents : une forme hypertrophique, souvent confondue, même au microscope, avec le cancer, et une forme atrophique; c'est de cette dernière variété, encore peu étudiée, que traite le présent mémoire, qui en contient deux observations nouvelles.

Les lésions intestinales consistaient en de petites ulcérations superficielles, la plupart guéries, ayant provoqué dans la sous-muqueuse un travail fibro-cicatriciel dont la conséquence avait été le rétrécissement du calibre intestinal. Mais, grâce à ce processus de cicatrisation, la tuberculose avait presque entièrement disparu : dans l'un de ces cas, sur 58 coupes en série, M. Fibiger ne put retrouver de bacilles que dans 2 coupes; pour l'autre, il ne rencontra de tubercules que sur 9 des 83 coupes qu'il fit. Les inoculations expérimentales se montrèrent négatives; le foie et les ganglions mésentériques étaient sains.

Ces deux observations mettent donc en évidence la grande difficulté du diagnostic histologique de la tuberculose atrophique de l'intestin. Aussi M. Fibiger pense-t-il que le diagnostic de syphilis intestinale, basé sur l'examen d'une seule coupe histologique et sur l'absence de tubercules ou de bacilles, ne doit être accepté qu'avec d'extrêmes réserves. On ne saurait non plus s'appuyer, comme Forssman, sur l'endartérite des vaisseaux mésentériques pour étayer l'hypothèse de syphilis; l'auteur a, en effet, trouvé semblable lésion dans les deux faits qu'il rapporte, ainsi que dans 2 cas de tuberculose hypertrophique. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 2.) — R. DE B.

De la tendinite et de la tendo-vaginite proliférantes calcifiées, par M. C. BECK.

L'imprégnation d'un tissu nécrosé par des sels calcaires ne constitue point un fait extraordinaire; mais la localisation de ce processus aux gaines des tendons étant très rare, nous croyons devoir résumer le cas que vient de publier M. Beck.

Il a trait à un homme de quarante ans, ayant eu, treize années auparavant, une tuméfaction du gros orteil, laquelle fut le point de départ d'une ulcération et d'un phlegmon septique; l'amputation de l'orteil ayant été pratiquée, on remarqua une concrétion calcaire entourant l'articulation métatarso-phalangienne. Ce malade se présenta chez M. Beck pour une tuméfaction diffuse, d'abord indolore puis douloureuse, d'un doigt de la main droite, dont le début remontait à onze ans. Le milieu de cette tuméfaction était occupé par une large ulcération entourée d'orifices fistuleux donnant issue à un liquide séro-purulent. L'examen radiographique permit de constater une destruction partielle de la première phalange du médius, ainsi qu'une lésion inflammatoire de l'articulation métacarpo-phalangienne attenante; l'épreuve radiographique démontrait, en outre, l'existence d'une matière opaque dans le tissu qui constituait la tumeur. A l'opération, on trouva, au niveau de la première phalange du médius, un foyer osseux rempli d'une masse caséeuse; la jointure correspondante était en partie détruite; enfin, une substance crayeuse englobait les tendons extenseurs de tous les doigts, sauf celui du pouce. Cette matière ayant été enlevée, on détermina son poids, qui était de 80 grammes; elle se composait de carbonate et de phosphate de chaux. L'examen bactériologique donna un résultat négatif en ce qui concerne le bacille de la tuberculose.

L'auteur admet que ce dépôt calcaire s'est produit dans un tissu préalablement nécrosé, mais il ne saurait se prononcer sur la nature étiologique de cette affection. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — F. DE Q.

Grossesse extra et intra-utérine simultanée, par M. HANNA CHRISTER-NILSSON.

Dans le présent travail, qui passe en revue tous les cas de grossesse extra et intra-utérine simultanée publiés jusqu'ici, l'auteur rapporte un nouvel exemple de cette rare complication.

Une femme de vingt-neuf ans, qui avait eu de la fièvre puerpérale lors de ses dernières couches, présentait depuis deux mois les symptômes d'une quatrième grossesse; peu auparavant étaient également survenues quelques douleurs abdominales, ainsi que des vomissements. Par le toucher vaginal, on sentait une tumeur mobile, grosse comme le poing, quelque peu à droite de l'utérus; le cul-de-sac postérieur offrait une vague résistance; les annexes gauches étaient saines. Après huit jours d'observation, et l'utérus semblant grossir, on admit la possibilité d'une double grossesse, intra et extra-utérine.

Une laparotomie exploratrice confirma cette hypothèse : la trompe droite distendue formait une cavité de 4 centimètres de long sur 2 à 3 de large; une petite fissure siégeait près du pavillon, en partie oblitéré par des adhérences; l'intérieur de cette cavité était occupée par une masse noirâtre formée de franges choriales. L'ovaire droit, malade, et l'appendice, adhérent, furent simultanément enlevés. Le volume de l'utérus correspondait à une grossesse de deux mois. Sur l'ovaire droit, il n'y avait pas trace de corps jaune; l'œuf ectopique provenait donc sans doute de l'ovaire du côté opposé; les annexes gauches étaient saines.

Les suites furent simples et l'on espérait voir la grossesse utérine arriver à terme; mais la malade, rentrée chez elle, ne se ménagea guère et avorta; la description qu'elle fit de l'œuf permit de supposer une grossesse de trois mois. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

La réaction biologique appliquée à l'examen du sperme, par M. C. G. FARNUM.

L'auteur a institué une série de recherches en vue d'utiliser, pour l'examen médico-légal des taches de sperme, le principe de la méthode de différenciation du sang humain d'avec celui des animaux, sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 66-67). A cet effet, il a injecté dans la cavité péritonéale de lapins, soit du sperme, soit une émulsion testiculaire provenant d'un homme, d'un chien ou d'un taureau, et dilués dans quatre à vingt-cinq fois leur volume de solution physiologique de chlorure de sodium. Les injections furent répétées, pour chaque animal, de cinq à huit fois, à des intervalles de deux à six jours. Cela fait, on examina le sérum sanguin des animaux en expérience au point de vue de son pouvoir agglutinatif à l'égard du sperme.

On constata que le sérum des lapins traités par le sperme ou par l'émulsion de testicule de chien précipitait le filtratum de ces mêmes substances, tout en restant sans effet sur le sperme humain et sur l'émulsion testiculaire de taureau. Par contre, le sérum sanguin des lapins n'ayant pas été soumis à des injections préalables de sperme ne provoqua aucun précipité dans une émulsion de testicule du chien.

Le sérum des animaux injectés avec le liquide testiculaire provenant d'un taureau détermina un précipité dans ce même liquide, ainsi que l'agglutination de spermatozoïdes recueillis au niveau de l'épididyme et émulsionnés dans une solution de chlorure de sodium, tandis que le sperme humain et les émulsions testiculaires provenant d'un chien et d'un bouc ne furent influencés en aucune façon par l'addition du liquide en question.

Enfin, le sérum sanguin des lapins ayant reçu des injections intrapéritonéales de sperme de l'homme donna une réaction très nette, non seulement avec des émulsions fraîches ou anciennes de sperme humain, mais encore avec le produit de filtration obtenu avec du sperme desséché et conservé, *pendant trente-quatre jours*, sur du papier à filtrer ou sur des vêtements. Ce même sérum se montra, au contraire, tout à fait inactif à l'égard des liquides testiculaires provenant du taureau, du chien et du bouc. Le sérum sanguin de l'homme ne subit non plus aucune altération sous l'influence de l'addition du sérum des animaux traités par le sperme humain, ce qui prouve que la propriété précipitante en question appartient en propre au liquide séminal lui-même, et non pas aux substances dérivées du sérum sanguin.

La réaction étant assez sensible pour se manifester même à l'égard du sperme desséché et datant de plus d'un mois, on comprend qu'elle puisse avoir une valeur pratique dans les cas où il s'agit de déterminer la provenance de taches de sperme. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 décembre 1901.) — L. CH.

Les opérations à lambeaux en cas d'atrésie du vagin, par M. G. H. NOBLE.

Les difficultés que présentent les opérations plastiques visant la réfection du vagin ont déterminé M. Noble à décrire et à figurer les techniques qui lui ont jusqu'ici le mieux réussi.

Les lambeaux pris sur les cuisses ou l'abdomen, outre qu'ils contiennent souvent des follicules pileux, ont l'inconvénient de se trouver loin de la vulve, ce qui oblige à conserver de très longs pédicules; il faut donc, même pour une petite perte de substance, tailler des lambeaux très considérables. Aussi est-il préférable d'utiliser la face muqueuse des grandes lèvres ou la peau du périnée en taillant les lambeaux de façon que leur base soit située au ras de l'orifice vulvaire; malgré la faible étendue du périnée, on peut obtenir des lambeaux assez grands en prolongeant l'incision circulairement autour de l'anus. L'auteur utilise, selon les circonstances, un, deux ou trois lambeaux taillés ainsi sur chacune des grandes lèvres ou au pourtour de l'anus (il convient de respecter la muqueuse des petites lèvres, pour ne pas trop compromettre la forme de l'orifice vulvaire). Ces lambeaux sont ensuite retournés et appliqués dans le vagin, de préférence sur les parois latérales ou postérieure : latérales pour les lambeaux provenant des grandes lèvres, postérieure pour le lambeau périnéo-anal. En cas de besoin, on recouvre ultérieurement par des greffes la paroi antérieure du conduit vaginal.

Le pansement a aussi son importance : il faut s'efforcer de produire une compression modérée et uniforme des surfaces greffées; dans ce but, on peut appliquer sur elles de petites ampoules caoutchoutées, un condom par exemple.

En terminant, M. Noble cite un cas où, l'autoplastie présentant des difficultés particulières (le vagin avait été presque complètement détruit; sa paroi postérieure et le périnée n'existaient plus; le sang des règles s'écoulait dans une sorte de cloaque constitué par le rectum agrandi aux dépens du vagin), il se servit de la muqueuse rectale pour reconstituer le conduit vaginal. De chaque côté du rectum, il traça deux incisions longitudinales profondes et retroussa sur chacune de leurs lèvres deux petits lambeaux; les antérieurs furent ramenés en avant et suturés l'un à l'autre, reformant ainsi la paroi vaginale postérieure; les postérieurs furent retournés en arrière et fournirent la paroi antérieure du rectum. De cette façon, le rectum et le vagin possédaient chacun leurs parois propres, qui se trouvaient de plus adossées l'une à l'autre par leurs surfaces cruentées. Deux lambeaux furent enfin taillés dans les grandes lèvres et retournés dans l'intérieur du vagin pour parfaire la restauration de la paroi postérieure de ce conduit. Le résultat opératoire fut satisfaisant. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai 1901.) — R. DE B.

Manière d'opérer les corps fibreux intraligamentaires ou sous-péritonéaux en restituant aux organes leur mobilité et leur symétrie, par M. W. R. PRYOR.

Les corps fibreux développés entre l'utérus, d'une part, et le rectum ou la vessie, d'autre part, ou encore dans l'épaisseur des ligaments larges, rendent l'hystérectomie extrêmement difficile et dangereuse, soit en immobilisant la matrice, soit en troublant les rapports des organes pelviens. Pour remédier à ces difficultés, M. Pryor a adopté la technique suivante :

L'abdomen une fois ouvert, on fait une hémisection médiane de l'utérus en procédant du fond vers le col; chemin faisant, on énuclée les petits fibromes que l'on rencontre; les plus gros sont incisés sans qu'on abandonne la ligne médiane. Arrivé au voisinage de la vessie ou du rectum, on fend la paroi utérine sur sa face muqueuse dans la direction du corps fibreux : dès que la face utérine de ce dernier apparaît, on y implante un tire-bouchon et on l'énuclée. Débarrassé de ces myomes juxta-vésicaux ou juxta-rectaux, l'utérus reprend sa mobilité.

Mais s'il existe des myomes dans l'épaisseur des ligaments larges, les rapports de l'utérus avec les vaisseaux ou avec l'uretère sont souvent tellement modifiés, que l'achèvement de l'opération présente encore de graves difficultés. Pour les surmonter, il faut fendre l'utérus, transversalement cette fois, en partant de sa face muqueuse et en s'avançant dans la direction du corps fibreux; arrivé à la surface de ce dernier, on y enfonce également un tire-bouchon, et on procède à l'énucléation progressive de la tumeur.

Ces différentes manœuvres ne s'accompagnent d'aucune hémorrhagie, car aucun gros vaisseau n'est blessé; elles ont, en outre, l'avantage de permettre à l'uretère et aux vaisseaux de reprendre leurs rapports normaux. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Contributo alla cura della retrodeviazione uterina. In-8°, 35 p. avec fig. Bologne, 1901. — **Un nouveau procédé opératoire contre les rétrodéviations utérines,** par M. U. MONARI.

Peu satisfait des divers procédés qui ont été préconisés pour la cure radicale des rétrodéviations utérines (opérations d'Alquié-Alexander-Adams, de Fritsch, etc.), et dont la plupart ont le grave inconvénient de causer parfois des complications à l'occasion d'une grossesse ultérieure, l'auteur a cherché à réaliser une hystéropexie qui fût sans dangers à ce point de vue ; voici la technique à laquelle il s'est arrêté :

Après avoir ouvert la cavité abdominale, libéré les adhérences qui fixent fréquemment à l'utérus le grand épiploon ou des anses intestinales et isolé la grande cavité péritonéale d'avec le petit bassin au moyen d'une compresse de gaze chaude qui refoule vers le diaphragme la masse de l'iléon, on saisit les ligaments ronds, à 3 centimètres environ de leur insertion utérine, avec une pince de Kocher; on les amène ainsi jusqu'au niveau de l'incision abdominale, puis on les sectionne entre deux ligatures placées un peu en dehors de la pince; on sépare alors leur moignon central d'avec le ligament large et l'on recouvre la surface cruentée qui résulte de cette manœuvre par quelques points de suture à la Lembert. Ceci fait, les mêmes moignons centraux des deux ligaments ronds, attenant à l'utérus, sont fixés à la paroi abdominale par trois ou quatre points de soie, tra-

versant la séreuse, l'aponévrose et les fibres du muscle droit abdominal correspondant. Enfin, pour éviter que des anses intestinales ne viennent à se glisser sur la face antérieure de la matrice où elles pourraient contracter de nouvelles adhérences, on obture le cul-de-sac utéro-vésical en réunissant à la séreuse pariétale le péritoine qui tapisse la face antérieure de l'utérus, au moyen de quelques points entrecoupés. Il ne reste plus qu'à faire une toilette minutieuse du cul-de-sac de Douglas et à refermer le ventre.

Depuis le mois de janvier 1898 jusqu'en mai 1901, M. Monari a eu l'occasion de pratiquer cette opération 42 fois, et toujours avec un succès parfait, au point de vue des résultats tant immédiats qu'éloignés; 5 de ces femmes — au su de l'auteur — étant devenues enceintes depuis l'intervention, 4 ont accouché à terme et sans incidents; la cinquième a fait une fausse couche de trois mois. — F. F.

Sur la pathogénie de l'othématome des aliénés, par M. C. Ceni.

On a beaucoup discuté sur la nature des hématomes de l'oreille chez les aliénés, les uns rattachant ces formations à l'action d'une violence extérieure, tandis que d'autres y voient l'expression d'un trouble trophique ou vasomoteur; récemment enfin, on a voulu leur attribuer une origine infectieuse.

C'est spécialement à la vérification de cette dernière hypothèse qu'ont été consacrées les recherches de M. Ceni; il nous paraît d'autant plus intéressant d'en signaler les résultats qu'elles ont porté sur un nombre relativement élevé de faits, circonstance rarement réalisée, car l'affection dont il s'agit n'est pas très fréquente.

Les malades examinés par l'auteur furent au nombre de 7, dont un eut un othématome double qui récidiva d'un côté; disons tout de suite que, dans aucun de ces cas, l'ensemencement large, sur divers milieux, de la sérosité retirée par ponction ne donna de résultat positif; et ces essais de culture furent tentés à deux reprises pour chaque patient, à savoir une première fois dès l'apparition de l'épanchement, et une seconde fois alors que la tumeur avait acquis son plus grand développement.

Dans ces conditions, M. Ceni déclare se rallier à la théorie qui considère l'othématome comme une altération trophique d'origine centrale, d'autant que plusieurs de ses malades étaient, de par la nature même de leur affection mentale, tout particulièrement prédisposés à des troubles de ce genre: 3, en effet, étaient des idiots, dont 2 microcéphales et 1 macrocéphale, et un autre — celui précisément chez lequel l'hématome était double et récidiva d'un côté — présentait une psychose pellagreuse qui l'avait amené au dernier degré de la cachexie. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 2.) — F. F.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Des végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause de l'enurèse, par M. J. F. Fischer.

Le présent travail confirme l'existence des relations, encore peu connues, qui existent entre l'incontinence d'urine et les végétations adénoïdes.

Les investigations de M. Fischer ont porté sur un total de 716 malades opérés pour végétations adénoïdes tant dans la clientèle privée (400 cas) que dans le service (316 cas) du professeur Mygind. Sur ce total, 106, soit 15.01 %, présentaient de l'enurèse au moment du raclage de leurs végétations, et parmi eux 71 ont pu être suivis: or, l'incontinence d'urine, nocturne ou diurne, a complètement disparu chez 43, s'est améliorée chez 23 et a persisté chez les 5 restants.

Sur les 400 malades appartenant à la clientèle de M. Mygind, il n'y avait que 31 enfants (7.75 %) atteints d'enurèse; tandis que les 316 autres, observés à l'hôpital, comprenaient 75 enfants (23.73 %) présentant la même infirmité. Il semble donc que l'infériorité sociale, agissant probablement comme cause de misère physiologique, soit un important facteur étiologique.

Les chiffres précédents suffisent à eux seuls à démontrer le rôle que jouent les végétations adénoïdes dans la production de l'incontinence d'urine. M. Fischer attribue ce rôle à la gêne respiratoire éprouvée par les petits malades pendant leur sommeil, et aux cauchemars qui en sont probablement la conséquence: on sait, en effet, l'influence des émotions morales sur la sécrétion rénale et sur la miction. Les insuccès opératoires confirment, d'ailleurs, cette hypothèse: abstraction faite de 3 idiots, l'intervention échoua chez 2 enfants; or, ceux-ci étaient atteints de rhinite atrophique et l'obstacle au passage de l'air ne fut naturellement pas supprimé par le raclage des végétations adénoïdes. D'autre part, 4 petits malades subirent une récidive de l'enurèse, mais cette rechute était contemporaine d'une récidive des végétations, et une nouvelle opération les fit disparaître toutes deux une seconde fois. L'auteur a, en outre, observé un enfant qui, avant d'être opéré, ne présentait pas d'incontinence, et qui en fut atteint aussitôt après l'intervention; cette enurèse post-opératoire était simplement due à la gêne respiratoire provoquée par la tuméfaction traumatique de la muqueuse naso-pharyngienne, car elle disparut au bout de quelques jours. Il est enfin à remarquer que, sauf 2 exceptions, l'incontinence ne se rencontra que chez des malades porteurs d'assez grosses végétations. (*Ugeskrift for Læger*, 20 et 27 septembre 1901.) — R. DE B.

Larve de mouche dans la chambre antérieure de l'œil, par M. K. Staalberg.

Le curieux exemple de corps étranger oculaire que relate M. Staalberg n'aurait comme précédent qu'un fait tout récent de M. K. Krautner.

Un enfant de cinq ans était en vain traité depuis cinq ou six mois pour une inflammation de l'œil droit. Quand l'auteur le vit pour la première fois, il constata dans la chambre antérieure, un peu au-dessus du rebord pupillaire, un corps étranger, cylindrique et segmenté, long de 1 centimètre, grisâtre et transparent; il existait, en outre, tous les symptômes d'une kératite à hypopyon. Examiné à plusieurs reprises, le corps étranger ne se manifesta pas toujours avec le même volume, ni dans la même situation, et ce fait, joint à son apparence, le fit considérer comme une larve d'insecte. On exécuta donc une kératotomie inférieure à lambeau pour l'extraire avec un crochet, mais on n'y parvint qu'en le saisissant avec une pince à iridectomie; à l'air libre, il ne présentait aucun mouvement.

Les suites opératoires ne furent malheureusement pas très bonnes; deux jours après l'opération, on crut apercevoir un second corps étranger, en tout semblable au premier, ce qui conduisit à faire une nouvelle kératotomie; mais il ne s'agissait, comme on le reconnut dans la suite, que d'un flocon fibrineux servant de lit au corps étranger précédemment enlevé. L'indocilité de l'enfant amena de plus une hernie du corps vitré avec irido-kératite consécutive, et le sort de l'œil parut un instant fort compromis; cependant, l'inflammation se dissipa peu à peu et, six mois après, il n'en restait plus trace; mais la cornée était trouble et la vision presque nulle.

Le corps étranger, déterminé par M. le professeur Lampas, était effectivement une larve d'une espèce d'œstre, l'*Hypoderma bovis*. On peut supposer qu'elle avait perforé le limbe cornéen en partant du cul-de-sac conjonctival inférieur, refuge habituel des particules étrangères; mais il est à la rigueur possible qu'elle soit arrivée dans la cornée en suivant la gaine du nerf optique, car, chez les bovidés, on trouve assez souvent cette larve dans les méninges rachidiennes ou crâniennes. (*Hygiea*, septembre 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Emploi thérapeutique du jus stérilisé de raisin.

La cure de raisin et les déplacements qu'elle nécessite étant loin d'être à la portée de tous les malades, un médecin russe, M. le docteur E. Ivanov (de Sébastopol) la remplace, depuis quelque temps, par l'emploi du moût, qu'il fait prendre à jeun, une demi-heure ou une heure avant le premier déjeuner, à la dose d'un demi-verre ou d'un verre, ce qui correspond à 200 ou 400 grammes de raisin. Le liquide doit être conservé dans des flacons soigneusement bouchés et dans un endroit frais; avant de l'employer, on le soumet à un léger chauffage au bain-marie, afin d'en activer les effets. Le jus une fois absorbé, le patient doit faire une petite promenade.

Notre confrère a traité de la sorte, avec succès, plusieurs cas de bronchite et de néphrite chroniques et d'atonie intestinale. Il a également utilisé le moût, à titre de tonique, chez les convalescents de fièvre typhoïde et de grippe à forme grave. Dans deux cas de cardiopathie organique et dans un fait d'anévrysme, accompagnés de congestion rénale avec œdème très marqué des membres inférieurs et de l'abdomen, le jus de raisin se montra particulièrement utile, en raison de son action diurétique intense.

M. Ivanov estime que l'emploi du moût peut avantageusement être substitué à la cure de raisin, non seulement parce qu'il est plus commode, mais aussi parce que celle-ci n'est pas exempte d'inconvénients: agacement des dents, irritation de la muqueuse buccale, se traduisant quelquefois même par des exulcérations, météorisme dû à l'absorption des microbes de la fermentation, très abondants sur la pellicule du fruit, alors même que celui-ci a été lavé.

Effets caustiques d'un gargarisme boriqué.

Considéré longtemps comme dépourvu de toute propriété toxique, l'acide borique peut, en réalité, donner lieu à des phénomènes d'intoxication, alors même qu'on l'emploie aux doses habituelles. C'est ainsi que des accidents plus ou moins fâcheux ont été signalés à la suite d'irrigations rectales au moyen d'eau boriquée (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 16). De son côté, M. le docteur Le Clerc (de Saint-Lô) a récemment eu l'occasion d'observer une stomatite consécutive à l'emploi d'un gargarisme à l'acide borique. Il s'agissait d'un homme atteint de grippe avec angine, auquel notre confrère prescrivit, entre autres moyens de traitement, un gargarisme composé par parties égales d'infusion de fleurs de tilleul et d'eau boriquée à 3.75 %. Espérant en finir plus vite avec son mal de gorge, le malade renonça bientôt à couper la solution boriquée et l'employa telle quelle. Après en avoir usé, dans l'espace de quinze heures, deux litres, il vit l'angine subir une recrudescence notable, en même temps que se manifestaient des phénomènes de stomatite. A l'examen de la bouche, on constata, sur la muqueuse des joues, du voile du palais et de la face externe des gencives inférieures, la présence de taches grisâtres, de forme irrégulière, comme étendues au pinceau et inégalement réparties. Les taches occupant l'isthme du gosier rappelaient, par leur aspect, une angine syphilitique; tout le reste de la muqueuse, d'un rouge vif, était le siège d'une sensation de brûlure très accusée. Il suffit de supprimer le gargarisme boriqué et de pratiquer quelques lavages avec une eau alcaline chaude pour que, dès le lendemain, la muqueuse buccale reprît son apparence normale.

Traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par la racine de Cassia beareana.

Un médecin anglais habitant l'Afrique orientale, M. le docteur D. R. O'Sullivan-Beare (de Pemba), ayant eu l'occasion d'apprendre que les indigènes ont recours, contre la fièvre bilieuse hémoglobinurique, à la décoction de la racine d'une légumineuse qui croît sur les hauteurs de la région équatoriale de l'est de l'Afrique et à laquelle M. E. Holmes, directeur du musée de la Société pharmaceutique de Grande-Bretagne, a donné le nom de *Cassia beareana*, a essayé le même remède, sous forme d'extrait fluide préparé au moyen de la macération de la racine de cette plante, dans 5 cas de fièvre hémoglobinurique, dont 2 très graves, et chez tous ses patients il en a obtenu d'excellents résultats.

La fièvre bilieuse hémoglobinurique étant très fréquente dans les pays chauds, et les moyens usuels de traitement de cette affection (quinine, tannin, ergot de seigle, perchlorure de fer, etc.) restant souvent inefficaces, les faits signalés par M. O'Sullivan-Beare méritent d'attirer l'attention. Ajoutons que, d'après l'expérience de notre confrère, le médicament en question produirait également de bons effets dans la fièvre bilieuse rémittente, assez commune en Afrique, et à l'égard de laquelle la quinine se montre plus nuisible qu'utile.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Broussais. — M. ŒTTINGER.

De la phlébite au cours des accidents secondaires de la syphilis.

Autant les lésions artérielles sont fréquemment observées au cours de la syphilis et, on peut le dire, à toutes les périodes de cette affection, autant les altérations veineuses y sont rares. Il y a même, dans ce fait, quelque chose de réellement anormal, car, dans la plupart des infections, qu'elles soient aiguës ou chroniques, les complications veineuses sont indiscutablement plus communes que les lésions des artères.

Cette prédisposition de l'endoveine peut vraisemblablement s'expliquer, en partie du moins, par les conditions physiologiques très différentes de la circulation veineuse et de la circulation artérielle : la première est infiniment ralentie, le contact d'un sang infecté avec la paroi vasculaire est notablement plus long et, enfin, il existe, au niveau des vaisseaux veineux, des conditions anatomiques spéciales (réseaux anastomotiques importants, valvules, etc.) qui favorisent évidemment les chances de vulnérabilité de la paroi vasculaire par des agents infectieux dont on ne discute plus aujourd'hui le rôle, sinon exclusif, du moins essentiel, dans la pathogénie des phlébites.

C'est donc un singulier paradoxe, dont on ne peut s'expliquer suffisamment la raison, que l'artérite syphilitique ne soit point exceptionnelle, tandis que la phlébite est très rarement observée au cours de la syphilis.

Si, en effet, nous faisons abstraction des lésions veineuses survenant au cours de la syphilis pendant la période tertiaire et consécutives à des lésions du voisinage, gommes, etc. — phlébites qui ne sont pas à proprement parler des phlébites infectieuses — et si nous nous bornons à l'étude des phlébites syphilitiques vraies, dont l'origine peut être attribuée à l'action directe du virus spécifique, c'est-à-dire des phlébites observées au cours de la période secondaire, nous verrons que ces dernières sont relativement très rares et que c'est depuis peu d'années qu'elles ont été signalées.

Tous les cas publiés ont entre eux une grande ressemblance, possèdent des allures cliniques à peu près identiques, et il est permis aujourd'hui d'en tenter une description d'ensemble. L'histoire d'un malade qui est venu dernièrement passer quelques semaines dans notre salle Delpech pourrait servir de type pour cette description, car elle reproduit les principaux traits de la plupart des cas de ce genre dont nous avons pu lire la relation, et qui se trouvent, pour le plus grand nombre, rapportés dans la thèse récente de M. Collinot (1).

Il s'agit d'un homme, âgé de quarante-sept ans, forgeron de son état, qui, au moment de son entrée à l'hôpital, portait sur tout le corps, spécialement sur le tronc, le thorax et le dos, ainsi que sur les membres supérieurs et inférieurs, une éruption très abondante de syphilides papulo-squameuses, les unes en pleine efflorescence, les autres déjà pâlies et représentées par des macules de coloration jambonnée. Au niveau de la face et du front, même éruption, de caractères identiques.

Le malade racontait qu'il était porteur de cette éruption depuis près de six semaines, mais ne se rappelait point avoir eu une lésion ulcéreuse au niveau des organes génitaux ou ailleurs. Cependant, quelques ganglions disséminés dans les aines, dont un, plus développé que les autres, était situé dans l'aine gauche, ainsi qu'une petite cicatrice au niveau du repli balano-préputial du même côté, démontraient suffisamment l'existence antérieure d'un chancre infectant.

(1) COLLINOT. Etude sur les manifestations veineuses au cours de la syphilis secondaire. (*Thèse de Paris*, 1901.)

En outre de cette éruption, cet homme se plaignait d'une céphalée assez accusée, et de plus — c'était pour cela surtout qu'il entrait à l'hôpital — de légères douleurs dans les deux mollets, douleurs qui le gênaient depuis quelques jours pour exercer son pénible travail de forgeron.

En examinant les deux membres inférieurs, on constatait, au niveau des malléoles, un œdème peu prononcé, et des modifications facilement perceptibles du côté des veines saphènes externes.

Sur le trajet de celles-ci, des deux côtés, existait un cordon induré, du volume d'une plume d'oie environ ; à gauche, ce cordon, légèrement douloureux à la pression, s'étendait depuis la partie postérieure de la malléole externe, en remontant sur la partie médiane et postérieure du mollet, jusqu'au creux poplité. A droite, il était moins étendu, et n'occupait que la partie moyenne de la jambe ; de même volume que celui du côté gauche, ce cordon veineux était un peu douloureux à la pression et donnait, lui aussi, au doigt qui l'explorait, la sensation d'un vaisseau injecté de suif, comme ceux d'un cadavre préparé pour la dissection. Ni d'un côté ni de l'autre, il n'existait de rougeur ou d'empâtement et, après quarante-huit heures, le très léger œdème périmalléolaire qu'avait présenté le malade, à son entrée à l'hôpital, avait entièrement disparu.

En résumé, coexistence, avec des manifestations syphilitiques secondaires, d'une double phlébite des saphènes externes, évoluant sans grande réaction douloureuse, sans œdème appréciable, sans rougeur et sans douleurs très vives. Cette phlébite, bien manifestement symétrique, se localisait exclusivement au tronc des deux saphènes externes et n'atteignait point les veines profondes.

L'état général était excellent, quoiqu'il existât un léger mouvement fébrile, le thermomètre oscillant entre 37°8 le matin et 38°4 le soir. Sous l'influence du traitement mercuriel et du repos au lit, les deux cordons veineux disparurent très rapidement, de telle sorte qu'au bout de quinze jours — trois injections de calomel de 0 gr. 05 centigr. chacune ayant été faites, de cinq en cinq jours — ils n'étaient presque plus perceptibles. La température était redevenue normale en une dizaine de jours. Un seul incident survint pendant cette rapide convalescence : une petite poussée de phlébite très légère et très localisée, avec quelques douleurs sur une des ramifications de la saphène interne, en dedans du plateau tibial du côté gauche. Au bout de trois ou quatre jours, durant lesquels la température monta de quelques dixièmes de degré au-dessus de la normale, tout était rentré dans l'ordre et le malade quittait l'hôpital, définitivement guéri, trente-cinq jours après son entrée dans notre service. Depuis cette époque, nous l'avons revu, à diverses reprises, pour de nouveaux accidents syphilitiques consistant surtout dans l'apparition de plaques muqueuses buccales et pharyngées, et nous avons pu constater que les cordons veineux constitués par les vaisseaux enflammés et thrombosés avaient disparu et que la circulation était revenue à l'état normal.

L'histoire de notre malade, l'évolution et les allures cliniques des phlébites dont il a été atteint, rappellent en tous points les observations, encore peu nombreuses, il est vrai, relatives au même sujet. Aussi pouvons-nous, à l'exemple du professeur Fournier (1), essayer d'esquisser la symptomatologie et les traits différentiels de la phlébite syphilitique des accidents secondaires.

Depuis le travail de Gayraud (1882) qui a, semble-t-il, le premier décrit d'une manière explicite la phlébite syphilitique secondaire, en dehors de toute lésion de voisinage, jusqu'à la thèse de Collinot (1901), et en y ajoutant l'observation de notre malade, on peut compter environ 25 cas analogues qui présentent la plus grande ressemblance entre eux. Quels sont donc les caractères qui leur sont propres ?

(1) FOURNIER. Traité de la syphilis. T. I, p. 705. Paris, 1899.

Tout d'abord, on peut dire que la phlébite syphilitique secondaire atteint presque exclusivement les veines superficielles des membres : ce sont surtout les veines des membres inférieurs, les saphènes internes, les saphènes externes, puis, par ordre décroissant de fréquence, les vaisseaux superficiels des membres supérieurs, les veines basiliques et céphaliques, les médianes basiliques et médianes céphaliques (Breda, Mendel, Heuzard, Fournier et Loeper) qui sont intéressées. Dans aucune observation, sauf celle de Mauriac, où une veine profonde du mollet fut atteinte, on n'a signalé de phlébite des gros troncs veineux. De même, aucun auteur ne parle de phlébite des veines de l'extrémité céphalique, des pieds ou des mains.

Ce sont donc les veines superficielles des membres inférieurs et supérieurs qui sont prises d'une façon presque exclusive. Dans le plus grand nombre des cas, il est dit qu'il s'agissait des saphènes internes ; c'est le siège de prédilection de la phlébite syphilitique ; plus rarement — ce fut le cas de notre malade —, les saphènes externes sont lésées à l'exclusion des premières. Tantôt c'est un segment relativement court de la veine qui est thrombosé, tantôt celle-ci est transformée en un cordon plus ou moins volumineux, pouvant s'étendre sur la plus grande partie de son trajet : chez notre malade, du côté gauche, la veine était prise dans sa totalité, depuis la partie postérieure de la malléole externe jusqu'au niveau du creux poplité. Au doigt qui la palpe, la veine se présente sous l'apparence d'un cordon régulier, parfois un peu moniliforme — surtout à la période de régression —, plus ou moins volumineux, variant des dimensions d'une plume de corbeau à celles d'un gros tuyau de pipe.

Le plus souvent, le cordon veineux est modérément douloureux à la pression et ne s'accompagne ni d'empâtement, ni de rougeur des téguments voisins, mais parfois aussi quelques traînées rosées à la surface de la peau dessinent, comme au pinceau, le trajet et la direction du vaisseau malade.

Si un des principaux caractères différentiels de la phlébite syphilitique est son siège superficiel, un autre, non moins important, est sa multiplicité ; ce n'est point, il est vrai, un signe pathognomonique, car, dans quelques cas, une seule veine était atteinte ; mais dans un grand nombre d'observations (13 fois sur 25) plusieurs veines étaient intéressées, et il s'agissait, non pas de vaisseaux d'un même membre ou d'un même segment de membre, mais de vaisseaux très éloignés les uns des autres : tantôt, ce sont les deux saphènes internes, tantôt les deux saphènes externes, tantôt enfin l'une ou l'autre de ces veines en même temps que les veines superficielles du membre supérieur ; tels étaient, entre autres, les faits rapportés par Mendel et par Heuzard. Dans le cas de Mendel, les deux saphènes internes furent atteintes l'une après l'autre à quelques semaines d'intervalle, puis la médiane basilique et la médiane céphalique du côté gauche furent prises de la même manière, sur une longueur de 10 à 12 centimètres environ, en même temps que la veine céphalique du côté droit.

En pareille circonstance, les veines multiples qui sont ainsi intéressées peuvent l'être presque simultanément ou, au contraire, successivement, comme ce fut le cas pour le malade dont Mauriac a rapporté l'histoire : la majorité des veines superficielles des membres furent, dans l'espace de cinq mois, prises les unes les après autres, avec des intervalles durant lesquels la guérison paraissait complète.

Ainsi donc, voilà déjà deux caractères importants des phlébites syphilitiques, leur superficia-

lité, leur multiplicité, ce dernier, s'il n'est pas constant, étant du moins fréquemment observé.

En ce qui concerne les symptômes subjectifs de ces phlébites, on peut dire que, si leur début est généralement brusque, s'il se manifeste par l'apparition d'une douleur ou du moins d'une gêne assez prononcée pour obliger le malade à garder le repos, celle-ci disparaît assez rapidement et n'est jamais très prononcée, ne présentant pas habituellement, comme on l'observe si fréquemment pour les manifestations de la syphilis, des recrudescences paroxystiques, surtout durant les heures de la nuit.

Ainsi que l'a écrit si parfaitement M. le professeur Fournier (1), « les symptômes sont ceux d'une phlébite de modalité subaiguë ou même, disons mieux, de modalité initialement subaiguë mais tournant presque aussitôt à une modalité froide, aphlegmasique, où l'affection ne consiste plus qu'en une induration plastique des cordons veineux. Quelquefois la maladie affecte cette modalité froide dès son début et la conserve pendant toute sa durée ». Il serait difficile de faire mieux comprendre, en si peu de mots, quelles sont l'évolution et les allures cliniques de la phlébite syphilitique secondaire.

Quant à l'œdème, ce symptôme cardinal de la thrombose phlébitique, il est généralement très peu accusé; c'est le plus souvent une légère infiltration du tissu cellulaire de la région malléolaire, qui, sous l'influence du repos au lit, disparaît bien vite. Il n'y a rien là qui doive nous étonner, puisque nous savons que les vaisseaux oblitérés sont des veines superficielles, s'anastomosant largement avec les réseaux voisins, et que leur oblitération doit relativement peu gêner la circulation en retour.

Les symptômes généraux qui accompagnent l'évolution de la phlébite syphilitique, en dehors, bien entendu, de ceux qui se rapportent à l'infection spécifique, sont fort peu accusés, mais il n'est point rare qu'il y ait au début, pendant quelques jours, une légère réaction fébrile. Nous avons vu que, durant les douze premiers jours qu'il a passés à l'hôpital, notre malade a présenté une fièvre légère, oscillant entre 37°8 le matin et 38°4 le soir, et qu'au moment où une nouvelle et légère phlébite est apparue sur une des ramifications de la saphène interne le thermomètre est, de nouveau, légèrement remonté.

L'évolution de la phlébite syphilitique secondaire est toujours longue et traînante; si les premiers symptômes s'atténuent avec une très grande rapidité, il n'en est pas moins vrai qu'il faut un temps assez considérable, même dans les cas bénins et légers, pour que le vaisseau ait repris sa souplesse et sa perméabilité. C'est un minimum de trois semaines qui est signalé dans la plupart des observations, et bien souvent il est dit que, deux mois seulement après le début de la phlébite, on cessa de percevoir une induration sur le trajet de la veine; mais cette durée est encore relativement courte en comparaison de ce que nous savons de l'évolution des phlébites en général. N'oublions pas, en outre, que les récidives s'observent parfois, ainsi que le prouvent les cas de Mauriac et de M. Fournier, que nous avons déjà cités, si bien qu'on peut, en l'espace de quelques mois, voir évoluer plusieurs poussées de phlébite succédant les unes aux autres après des intervalles de guérison apparente; c'est encore là quelque chose d'assez spécial à cette variété de phlébite.

Enfin, si nous ajoutons que tous les cas connus de phlébite syphilitique secondaire se sont terminés par la guérison et que jamais aucun accident embolique, ni de toute autre nature, n'a été observé, nous aurons achevé l'esquisse de ces déterminations si rares, mais si particulières, de la syphilis du côté du système veineux.

Il nous resterait à étudier l'étiologie et la pathogénie de la phlébite syphilitique; mais, à cet égard, nous ne savons que bien peu de chose. Que cette phlébite soit provoquée par le virus syphilitique, le fait ne paraît pas douteux, et ce n'est qu'à titre de cause prédisposante que l'on peut invoquer les fatigues, les traumatismes ou toute autre cause de ce genre, car cette lésion veineuse semble se développer, non seulement chez les sujets soumis à des influences de cet ordre, mais aussi chez ceux qui restent dans un repos relatif, comme c'est le cas pour nombre de malades séjournant depuis plus ou moins longtemps dans les hôpitaux.

La multiplicité habituelle des veines atteintes, l'influence manifeste de la médication spécifique nous semblent des arguments importants qui militent en faveur de la nature réellement syphilitique de cette lésion vasculaire. Elle rappelle, par ses différents caractères, certaines phlébites multiples étudiées dans diverses septicémies ou dans d'autres circonstances, dans la goutte en particulier, circonstances où, pour expliquer les lésions veineuses, on invoque la présence d'un agent soit infectieux, soit toxique. Quel est, dans la phlébite syphilitique de la période secondaire, alors que la maladie a toute sa virulence, l'agent pathogène de ces altérations vasculaires? S'agit-il d'un poison? Est-ce le microbe soupçonné, mais encore inconnu, de la vérole? Nul ne pourrait répondre à la question, la seule biopsie faite dans un cas de ce genre ne nous ayant nullement renseignés à cet égard. Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre, peu importe en réalité; il suffit de connaître le lien qui rattache la syphilis à certaines variétés de phlébite qui, au point de vue de la clinique, du pronostic et du traitement, ont une individualité bien distincte.

(1) Fournier. (*Loc. cit.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Une affection particulière des yeux provoquée par la manipulation du podophyllin.

Le praticien ayant aujourd'hui le plus grand intérêt à connaître tout ce qui touche aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, il nous paraît utile d'attirer l'attention sur une affection qui se montrerait assez souvent chez les ouvriers droguistes à la suite de la manipulation du podophyllin, et qui fait l'objet de la thèse inaugurale de M. le docteur A. V. de Rocca-Serra, écrite sous l'inspiration de M. le docteur H. Sureau (de Paris).

A l'encontre de ce qui se passe dans la plupart des affections oculaires causées par des agents chimiques, où le processus morbide reste d'habitude limité aux conjonctives et à la cornée, le contact direct de la poussière de podophyllin avec l'œil détermine une réaction générale qui intéresse tout le segment antérieur du globe oculaire et, en particulier, l'iris, de sorte que l'iritis semble parfois constituer le symptôme dominant de la maladie. Les paupières, légèrement œdématiées, présentent, sur leur surface cutanée, des taches rouges, papuleuses et saillantes, qui peuvent d'autant plus facilement induire le médecin en erreur que l'action irritante du podophyllin sur la peau se traduit par une éruption syphiliforme. Les conjonctives, rouges et hyperémiées, sont parfois le siège d'ecchymoses provenant de la rupture de petits vaisseaux fortement dilatés. La sécrétion, relativement peu abondante, est très concrète et dure environ quarante-huit heures. Par contre, le larmoiement est très marqué au début de l'affection; la photophobie disparaît, toutefois, au bout de trois à quatre jours. Les lésions conjonctivales et les sensations plus ou moins douloureuses auxquelles elles donnent lieu peuvent persister une dizaine de jours, sans qu'aucun caractère intrinsèque permette de les différencier d'avec d'autres affections similaires, et notamment d'avec la conjonctivite catarrhale simple.

En ce qui concerne la cornée, on y constate, le plus souvent, une infiltration variable comme profondeur et comme étendue, et se traduisant tantôt par une teinte opalescente de la membrane, tantôt seulement par un léger trouble. D'autres fois, la cornée reste à peu près complètement transparente, et ce n'est qu'à l'examen skiascopique qu'on remarque l'existence d'un œdème se manifestant par une réverbération analogue à celle qu'on voit dans le kératocone translucide.

Cette kératite est toujours centrale et s'accompagne habituellement d'érosions et de desquamation de la couche épithéliale antérieure qui, à l'éclairage oblique, offre un aspect rugueux et dépoli. Au niveau des points infiltrés, le réflexe cornéen, après avoir été exagéré pendant les premières quarante-huit heures, est plus tard, sinon tout à fait aboli, du moins diminué. Particulièrement tenaces, les lésions cornéennes se réparent lentement de la périphérie vers le centre.

Mais ce qui caractérise surtout l'action nocive du podophyllin sur l'organe de la vue, c'est la présence de l'iritis. Celle-ci éclate brusquement dans la nuit qui suit l'accident (projection de poudre de podophyllin dans l'œil) et ne tarde pas à atteindre son maximum d'intensité. L'iris, hyperémié et en contraction, ne réagit ni à la lumière ni à l'atropine; sa coloration et son dessin deviennent vagues, en même temps que les exsudats obstruent le champ pupillaire. Parfois, la membrane de Descemet se couvre d'un léger piqueté noirâtre de dépôt uvéal. Ces phénomènes s'accompagnent de troubles de la vue et de douleurs intra-oculaires excessivement vives avec irradiations vers la région sus-orbitaire et insomnie.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il importe surtout de ne pas confondre l'affection dont il s'agit avec l'iritis syphilitique, erreur qui peut être favorisée par la présence, sur la peau du malade, de taches rouge cuivre. Toutefois, l'apparition brusque des phénomènes iritiques et leur évolution très rapide permettront de différencier l'iritis causée par le podophyllin d'avec les lésions spécifiques, qui affectent, en général, une marche lente et irrégulière. De plus, la localisation de l'éruption cutanée exclusivement à la face et aux avant-bras devra faire songer à la possibilité d'une irritation par le contact du podophyllin et l'interrogatoire du patient viendra dissiper tous les doutes à cet égard.

Comme le malade est amené, en raison des troubles de la vue, à se soustraire, dès le début de l'affection, à l'action de la poussière irritante, le pronostic reste, dans la plupart des cas, bénin, et il est bon d'en être prévenu, car pendant les deux ou trois premiers jours l'état des yeux semble absolument désespéré, et cela quel que soit le traitement employé. Puis, sous l'influence des moyens thérapeutiques usuels (compresses chaudes, bandeau occlusif, instillations d'atropine, etc.), la défervescence se produit brusquement, en même temps que les douleurs s'apaisent et que l'exsudat se résorbe. Au bout d'une huitaine de jours, toute trace d'iritis a disparu; les lésions de la conjonctive et surtout celles de la cornée persistent un peu plus longtemps.

A titre de mesure prophylactique, on recommandera aux personnes appelées à manipuler le produit en question de porter des lunettes appropriées et de se laver soigneusement les mains à la sortie de l'atelier. Il conviendrait, en outre, de renoncer à la fabrication des pilules de podophyllin par le procédé dit du *montage* et qui consiste à mettre dans une turbine de petits cristaux de sucre arrosés de sirop, sur lesquels on fait ensuite des aspersions de la poudre à incorporer desséchée.

CHIRURGIE PRATIQUE

La cystoscopie sus-pubienne.

M. le docteur P. Kraske, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Fribourg-en-Brisgau, a récemment eu l'occa-

sion de pratiquer, dans deux cas, la cystoscopie à travers une fistule vésicale sus-pubienne. L'un de ces malades avait subi la taille pour un myome de la paroi postérieure de la vessie; chez l'autre, atteint d'un cancer de la prostate, on avait fait une ponction vésicale et placé une canule à demeure pour remédier à la rétention d'urine et à l'impossibilité de sonder le patient. La cystoscopie uréthrale se montra irréalisable dans les deux cas: chez le prostatique, il fut complètement impossible d'introduire l'instrument dans la vessie, et chez l'autre malade on arrivait bien à franchir le sphincter vésical, mais le cystoscope se heurtait immédiatement contre un bourrelet proéminent qui s'était développé au niveau de la plaie opératoire. En présence de cet état de choses, notre confrère, après avoir dilaté au moyen de tiges de laminaire la fistule sus-pubienne, parvint facilement à insinuer à travers cet orifice un cystoscope ordinaire et put de la sorte examiner très bien l'intérieur du réservoir urinaire et, en particulier, le bas-fond et la région du col qui se montrèrent même plus accessibles à la vue qu'ils ne l'eussent été par la cystoscopie uréthrale.

Frappé de la netteté et de l'étendue de l'image cystoscopique obtenue dans ces conditions, M. Kraske se demande si la cystoscopie sus-pubienne ne serait pas susceptible d'être érigée en méthode. Ce procédé d'examen semble particulièrement indiqué dans les cas d'hypertrophie de la prostate, où il permettrait notamment de se rendre compte de l'état de la région du col de la vessie et de saisir le mécanisme qui entrave la miction, toutes choses sur lesquelles la cystoscopie uréthale ne saurait donner de renseignements précis par cette simple raison que l'instrument, introduit à travers le col vésical, modifie la configuration et la position des lobes latéraux et moyen de la prostate. Or, on sait combien la précision du diagnostic importe en pareille occurrence, pour établir un traitement rationnel et, en particulier, pour pouvoir mener à bonne fin l'opération de Bottini. Celle-ci gagnerait, d'ailleurs, à être effectuée sous le contrôle de la vue, et à cet effet la cystoscopie sus-pubienne serait tout indiquée. Le même mode d'exploration pourrait également rendre de bons services dans les autres interventions vésicales, pour lesquelles on cherche, depuis longtemps, à construire des instruments combinés avec un cystoscope; quelque ingénieuses que soient ces combinaisons, il est incontestable que le contrôle de la vue, au moyen d'un appareil indépendant de l'instrument opératoire proprement dit, doit leur être préféré, en raison de la plus grande liberté qu'il laisse au chirurgien.

En ce qui concerne la technique même de la cystoscopie sus-pubienne, il va sans dire qu'elle pourra varier suivant les circonstances : tantôt on pratiquera la ponction de la vessie suivant le procédé habituel pour laisser, pendant quelques jours, une canule à demeure et dilater ensuite la fistule avec des tiges de laminaire jusqu'à ce qu'on puisse introduire le cystoscope ordinaire; tantôt on choisira, pour la ponction, un trocart suffisamment gros pour pouvoir d'emblée insinuer à travers sa canule un cystoscope droit. Enfin, on pourra également munir ce dernier d'une pointe de trocart, de manière à introduire l'instrument optique directement dans la vessie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1902.

Epithélioma primitif du cou, d'origine branchiale.

M. Richelot présente un homme de cinquante-cinq ans qui a été opéré, il y a six mois, d'un énorme cancer épithélial primitif de la région cervicale, remontant en haut jusqu'à l'angle de la mâchoire et arrivant en bas au voisinage de la clavicule. La nature maligne de ce néoplasme était attestée par sa consistance ligneuse, ses limites indécises, et ses nombreuses adhérences aux tissus voisins.

L'examen très minutieux de la cavité buccopharyngienne ayant prouvé qu'il ne s'agissait pas d'un cancer ganglionnaire secondaire, on pratiqua l'extirpation de la tumeur. Cette extirpation fut très laborieuse et nécessita, outre la dissection des gros vaisseaux du cou, la résection du muscle sterno-mastoïdien et du nerf pneumogastrique.

Malgré l'étendue de la plaie opératoire, la guérison eut lieu sans incident. Bien que le sterno-mastoïdien ait été réséqué en totalité, la tête a conservé sa rectitude et la liberté de ses mouvements, ce qui prouve que la paralysie de l'un des sterno-mastoïdiens n'est pas suffisante, comme on le croit généralement, pour produire le torticolis. Quant à la résection du pneumogastrique, elle n'a pas eu non plus de conséquences fâcheuses, en dehors d'une paralysie transitoire de la corde vocale correspondante.

L'examen histologique de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes cornés typiques. Il faut donc admettre que cette tumeur était d'origine congénitale et qu'elle s'était développée aux dépens des vestiges des arcs branchiaux de la région cervicale.

De l'emploi de l'anesthésie chloroformique chez les cardiopathes.

M. Huchard lit un travail dans lequel il soutient que l'anesthésie chloroformique n'est pas plus dangereuse chez les cardiopathes que chez les sujets atteints d'autres affections viscérales, pourvu que ces cardiopathes ne soient ni en état d'asystolie, ni profondément cachectisés, ni sous le coup d'accidents infectieux, ni enfin menacés d'œdème pulmonaire.

M. Berger déclare avoir anesthésié sans aucun accident un grand nombre de sujets atteints de lésions valvulaires du cœur, mais non asystoliques ni cachectiques. Toutefois, l'orateur estime que chez de tels malades l'anesthésie doit être surveillée d'une façon toute spéciale, afin de pouvoir intervenir à la première alerte, dès qu'il y a menace d'accident.

Le premier cas de mort sous le chloroforme observé par M. Berger concerne un patient atteint de symphyse cardiaque. Cette affection, lorsqu'elle est reconnue pendant la vie, constitue donc une contre-indication absolue à l'emploi du chloroforme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 février 1902.

Un nouveau cas de trichosporie observé à Nancy.

M. P. Vuillemin. — Je viens d'observer un second cas de cette affection de la moustache, analogue à la *piedra* de Colombie, que j'ai décrite l'an passé sous le nom de *trichosporie* (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 195). Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, ayant séjourné à la Guyane et au Tonkin; se trouvant dans ce dernier pays, il remarqua pour la première fois, il y a plus d'un an, que beaucoup de poils de sa moustache et un certain nombre de poils de sa barbe étaient divisés en pinceau et se brisaient au moindre contact; de plus, ils étaient visqueux. Le patient se rasa entièrement quelques mois plus tard, et depuis lors sa barbe, régulièrement coupée, est restée saine, tandis que les altérations de la moustache ont reparu; sans doute le parasite avait été conservé dans les poils du nez. C'est à l'hôpital de Nancy, où cet homme, tuberculeux, était soigné pour une pneumonie franche, que nous avons pu l'observer; l'affection est localisée à la moitié gauche de la moustache; nous avons isolé des nodosités des poils et cultivé, notamment sur carotte, le champignon dont nous avons fait connaître les caractères l'année dernière, et que nous avons désigné sous le nom de *Trichosporum Beigelii*.

Sur le fonctionnement des muscles antagonistes dans les mouvements volontaires.

M. J. Athanasiu adresse une note contenant les résultats d'expériences qu'il a faites, avec M. Zahkaria, sur le fonctionnement des muscles antagonistes dans les mouvements volontaires chez le cheval. Les auteurs ont pu s'assurer ainsi que les deux muscles antagonistes ne se contractent pas en même temps, mais successivement; que l'antagoniste qui n'est pas en activité se relâche au delà de sa tonicité; enfin que les extenseurs se relâchent plus que les fléchisseurs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 février 1902.

Troubles pupillaires et lésions de l'aorte.

M. Vaquez montre deux malades atteints d'insuffisance aortique, sans ectasie, chez lesquels on constate un myosis bilatéral extrêmement prononcé avec signe d'Argyll-Robertson et abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens. Chez un troisième patient, également observé par l'orateur, la lésion aortique s'accompagnait d'une inégalité des pupilles associée au signe d'Argyll-Robertson, mais sans modification des réflexes tendineux. Ce dernier malade était un syphilitique avéré (il avait eu autrefois un chancre de l'amygdale suivi d'accidents secondaires), tandis que chez les deux premiers la syphilis n'a pu être décelée.

Ces trois faits n'en sont pas moins confirmatifs de ceux que M. Babinski a communiqués l'an passé (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 176) et sur lesquels cet auteur s'est appuyé pour affirmer que la syphilis est le facteur pathogénique le plus habituel des modifications de la pupille qui accompagnent si fréquemment les lésions de l'aorte; aussi l'orateur propose-t-il de désigner cette association morbide sous le nom de syndrome de Babinski.

Ce syndrome est important à connaître, d'un côté parce qu'il permet de rattacher à la syphilis — et de combattre par la médication spécifique — des lésions aortiques dont l'origine était restée jusqu'ici indéterminée; de l'autre, parce qu'il incite à rechercher l'état des réflexes tendineux et à dépister ainsi certains tabes dont ce syndrome peut être la manifestation précoce.

Intoxication belladonée grave chez un enfant de sept ans et demi, à la suite de frictions avec du baume tranquille.

M. Variot relate, en son nom et au nom de M. Dufestel, l'observation d'un enfant de sept ans qui, après des frictions répétées pendant deux jours, sur des jointures douloureuses, avec 85 grammes environ de baume tranquille, fut pris d'accidents graves manifestement dus à une intoxication par la belladone (dilatation considérable des pupilles, amblyopie, convulsions, délire, etc.). Ces troubles disparurent au bout de quelques jours, après qu'on eut supprimé les frictions et pratiqué quelques piqûres de pilocarpine et de caféine, associées à l'administration d'infusions chaudes de jaborandi.

L'orateur croit devoir attribuer cette intoxication — la composition du baume tranquille ayant été reconnue normale — à ce fait que, les jours précédents, on avait frictionné l'enfant avec une pommade salicylée qui avait déterminé sur différents points du corps de légères érosions de la peau.

Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante non pneumique.

M. Decloux présente, au nom de M. Lippmann et au sien, un homme de cinquante-cinq ans, dont les extrémités sont le siège de déformations considérables. Les phalangettes des doigts et des orteils sont renflées en baguettes de tambour; les ongles sont énormes, arrondis en verre de montre et débordants. Les condyles fémoraux, les genoux, les plateaux des tibias et les tibias eux-mêmes jusqu'aux malléoles inclusivement sont hypertrophiés et déformés. La tête, peu atteinte, offre seulement une légère saillie des bosses frontales. Les maxillaires et la colonne vertébrale ne sont le siège d'aucune altération.

Ces diverses déformations sont en somme identiques à celles de l'affection qui a été décrite par M. P. Marie sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, mais l'exa-

men le plus attentif n'a permis de relever chez cet homme aucune trace de lésion pulmonaire ou cardiaque. La syphilis ne paraissant pas non plus pouvoir être incriminée, l'étiologie de ces altérations, dont l'apparition remonte à la première enfance, reste très obscure.

M. Variot estime qu'en l'absence de toute affection de l'appareil cardio-pulmonaire, on est en droit de se demander si ces déformations ostéo-articulaires ne peuvent pas être attribuées à une variété spéciale de rachitisme.

Recherche du plomb dans les organes des saturnins.

M. Launois communique le résultat d'expériences qu'il a faites, avec M. Meillère, pour rechercher le plomb dans les organes des saturnins, en faisant passer un courant électrolytique de très faible intensité à travers les cendres des viscères. Grâce à ce procédé, qui est assez sensible pour déceler un dixième de milligramme de plomb, l'orateur a pu s'assurer que c'est dans les os et surtout dans le cerveau que le plomb se localise de préférence; de cette constatation, il conclut que les accidents connus sous le nom d'encéphalopathie saturnine, et auxquels les auteurs ont attribué des origines très diverses, sont dus, en réalité, à l'action directe du plomb sur les éléments nerveux.

M. Touche montre des préparations microscopiques provenant d'un malade qui a succombé à une atrophie musculaire généralisée; elles permettent de constater une dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre musculaire. Ces altérations reconnaissent pour cause, d'après l'orateur, une intoxication par des vapeurs mercurielles et peuvent être considérées comme primitives, les lésions concomitantes des nerfs étant beaucoup moins prononcées et moins étendues.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 février 1902.

Lésions des capsules surrénales dans les intoxications expérimentales.

MM. Oppenheim et **Lœper**. — Nous avons étudié les lésions des capsules surrénales dans les intoxications aiguës par l'arsenic, le mercure et le phosphore.

Sauf quelques différences de détail, les lésions diapédétiques et hémorrhagiques que causent ces trois poisons sont semblables.

Quant aux altérations cellulaires, dans l'intoxication par l'arséniate de soude ou par le sublimé, elles sont sensiblement identiques à celles que nous avons observées dans les maladies infectieuses (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 238), mais elles varient d'intensité suivant que le processus est aigu ou subaigu : elles sont plus accusées dans ce dernier cas.

Dans l'intoxication phosphorée, les lésions des capsules surrénales prennent une importance toute spéciale. Nous avons noté la dissociation des trabécules, l'état diffluent du protoplasma et, quand l'action du poison était un peu prolongée, des altérations prononcées du noyau. Il existe, en outre, une stéatose manifeste des cellules de la couche corticale, stéatose facile à distinguer d'avec les fines granulations que décèle l'acide osmique dans les capsules surrénales normales de presque tous les animaux, et surtout du cobaye.

Il est intéressant de rapprocher ces lésions de celles qu'on trouve au cours des mêmes intoxications au niveau du foie et surtout du rein.

Présence d'un pigment dérivé dans le liquide céphalo-rachidien au cours des ictères chroniques.

MM. Widal, Sicard et **Ravaut**. — Nous avons constaté dans 8 cas d'ictère chronique une coloration fluorescente caractéristique du liquide céphalo-rachidien. Cette teinte fait, au contraire, défaut au cours de l'ictère passager. Nous croyons qu'elle n'est pas due aux pigments biliaires ordinaires, mais à un pigment dérivé; les réactions physiques, spectroscopiques ou chimiques ne permettent, en effet, de déceler, dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades, ni les pigments ni les sels de la bile; seule, notre rétine est capable de juger et d'apprécier la coloration dont il s'agit.

Dans ces cas, le cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien a toujours été négatif, et les méninges n'on pas manifesté de perméabilité à l'iodure de potassium ou au salicylate de soude. Les malades en question ne présentaient aucun trouble nerveux.

De la morphologie du maxillaire inférieur aux différents âges.

M. Marey dit que l'examen d'un certain nombre de crânes d'enfants et de vieillards lui a prouvé que la branche montante du maxillaire inférieur a, chez les premiers, une direction presque verticale, tandis que chez les seconds elle est sensiblement oblique. Cette différence est due, selon l'orateur, à ce que, par suite de la disparition des dents, le maxillaire inférieur tend à basculer en avant, d'où un rejet en arrière de la branche montante, rejet qui est encore exagéré par les tractions exercées sur l'apophyse coronoïde par le muscle temporal.

Il résulte de ces données que c'est à une cause purement mécanique qu'il faut attribuer la déformation du maxillaire inférieur des vieillards.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 6 février 1902.

Chancre infectant par auto-inoculation au menton.

M. Gaucher. — Le vieillard que je vous présente, bien qu'âgé de soixante-quinze ans, vient de contracter récemment la syphilis. Il porte au menton une ulcération qui, végétante au début, avait absolument l'aspect épithéliomateux et s'accompagnait d'adénopathies sous-maxillaires peu développées, lesquelles ont actuellement disparu. Le traitement mercuriel, du reste, a eu assez rapidement raison de la lésion du menton, aujourd'hui à peu près cicatrisée. Lorsque cet homme est venu me consulter, dans la seconde quinzaine de décembre, il offrait, outre l'ulcération en question, une roséole syphilitique des plus nettes et présentait une balanite avec un chancre induré du prépuce. L'époque de l'apparition de ces différents accidents était d'autant plus difficile à déterminer que le malade les avait tous constatés à peu près à la même époque : la balanite et l'ulcération du menton vers le 18 décembre, la roséole deux jours après. Voici comment, après enquête, nous pensons qu'il faut établir la chronologie de ces manifestations :

Le coït infectant remontant au 3 octobre et la roséole ayant été reconnue le 20 décembre, il est probable que le chancre du prépuce est survenu vers le milieu de novembre. On peut admettre qu'il a été complètement méconnu par le malade, car celui-ci, un mois plus tard, alors qu'il se savait atteint de balanite, ne se doutait pas qu'il avait une ulcération chancreuse à la verge. D'autre part, c'est le 18 décembre qu'il a vu se développer l'ulcération du menton, en un point où existait auparavant une coupure de rasoir. La lésion qui s'est montrée à ce niveau n'avait aucun des caractères des accidents secondaires et offrait, au contraire, l'aspect que revêt dans cette région l'accident primitif. Nous sommes ainsi conduit à admettre que cet homme, déjà porteur d'un chancre infectant du prépuce mais n'ayant pas encore acquis une immunité suffisante, s'est fait une inoculation de virus syphilitique au menton, au niveau d'une plaie accidentelle. Ce nouveau chancre, par auto-inoculation, ne s'est développé à son tour qu'après la période d'incubation normale, c'est-à-dire vers le milieu de décembre.

M. Balzer. — Ce serait donc là un exemple de chancre syphilitique secondaire, comme j'en ai rapporté quelques cas. Ces lésions se développent en général dans une région beaucoup plus voisine de l'accident initial, l'inoculation se faisant alors par contact immédiat. On les voit, par exemple, au haut de la cuisse, lorsque le premier chancre est à la verge.

M. Jullien. — Je serais plutôt disposé à admettre — surtout en l'absence presque complète de retentissement ganglionnaire — qu'il s'agit, chez le malade de M. Gaucher, non d'une réinoculation syphilitique, mais d'une lésion banale ayant joué un rôle d'appel à l'égard du virus syphilitique, s'étant syphilisée pour ainsi dire, et ayant pris ainsi les caractères d'un ulcère spécifique. Les faits de ce genre, quelque rares qu'ils soient, n'en sont pas moins incontestables. Je puis vous citer notamment le cas d'un jeune homme qui, s'étant blessé légèrement à la main en armant un fusil, conserva pendant assez longtemps une plaie ulcéreuse de mauvais aspect dont un peu de mercure eut facilement raison.

M. E. Besnier. — Si la syphilis suffit à retarder la cicatrisation d'une plaie simple ou la consolidation d'un os fracturé, on n'a pas encore établi qu'elle puisse imprimer à une ulcération banale des modifications aussi profondes que celles qui ont été constatées au niveau du menton de cet homme, sans que la lésion soit devenue une véritable manifestation syphilitique. L'adénopathie sous-maxillaire n'a pas été très marquée, il est vrai, chez le malade qui vient de nous être montré, mais on peut faire valoir que, chez le vieillard, le chancre syphilitique ne provoque en général que peu d'engorgement ganglionnaire.

Tuberculose cutanée généralisée et alopécie.

M. Danlos. — Voici une jeune femme dont la face, la tête, le tronc et les membres sont le siège de larges placards de tuberculose cutanée, ayant débuté il y a huit ou dix ans et affectant, sur le thorax, une disposition zoniforme. Au-dessus de l'oreille droite se voit une large zone d'alopécie pseudo-peladique qui paraît congénitale; du côté opposé, on trouve une alopécie identique, mais apparue depuis deux ans seulement, à la suite d'une fièvre typhoïde. Cette plaque alopécique du côté gauche a été envahie, ultérieurement, par des lésions tuberculeuses.

M. Brocq. — Les alopécies congénitales sont surtout fréquentes chez la femme; elles dessinent parfois une véritable couronne autour de la tête. Leur pathogénie reste inconnue.

M. E. Besnier. — Lorsque la peau est le siège de lésions tuberculeuses aussi généralisées, quel traitement convient-il d'appliquer?

M. Leredde. — On doit, à mon avis, pratiquer une abrasion complète par le curettage ou s'abstenir de toute intervention locale; les demi-mesures ne seraient ici d'aucune utilité. En tout cas, le traitement interne s'impose, et je pense qu'on obtiendrait de bons résultats de l'emploi du cacodylate de soude.

M. Danlos. — Le traitement local indiqué en pareil cas est le grattage à fond, sous le chloroforme, suivi de cautérisation au chlorure de zinc sirupeux. L'administration d'huile de foie de morue additionnée de carbonate de créosote m'a donné de meilleurs résultats que le cacodylate de soude, même aux doses massives de 0 gr. 40 centigr. par jour.

Pelades d'origine dentaire.

M. Jacquet. — Je considère la pelade non comme une entité morbide ou un syndrome, mais bien comme un symptôme, comme l'aboutissant d'irritations morbides banales et diverses. Parmi ces facteurs étiologiques, le plus fréquent est incontestablement une irritation à point de départ dentaire.

Après avoir soigneusement observé plus de 300 peladiques, j'ai été conduit à admettre la pathogénie dentaire pour les raisons suivantes : d'abord, la pelade succède souvent à une crise névralgique du trijumeau inférieur; dans quelques cas, même, on l'a vue reparaître au retour d'une nouvelle crise névralgique. Elle suit la névralgie soit immédiatement, soit au bout d'une semaine, soit après deux ou trois mois seulement. La pelade, chez ces malades, existe du côté de la crise douloureuse; si celle-ci a été bilatérale, il en est souvent aussi de même de la pelade.

En même temps qu'une pelade, on constate fréquemment le syndrome suivant : érythrose auriculo-faciale, hypothermie ou hyperthermie locale, adénopathie sous-maxillaire — liée, chez les enfants surtout, à une hypertrophie amygdalienne du côté peladique —, hyperesthésie sous-jacente des muscles et des nerfs. Cette hyperesthésie peut être latente, et ne se manifester qu'à la pression; elle peut exister comme seul symptôme d'excitation du trijumeau, en l'absence de tout signe névralgique; on la décèle aux trois points classiques de la névralgie du trijumeau, et aussi aux points sous-auriculaire et sous-occipital.

Comme point de départ de cette excitation du trijumeau, coïncidant si fréquemment avec la pelade, on trouve en général une épine irritative gingivo-dentaire en pleine activité : abcès gingival ou fistule, polyarthrite avec avulsion, gingivite, carie douloureuse ou même simple éruption dentaire.

L'âge où prédomine la pelade est aussi l'âge où les troubles dentaires sont le plus fréquents. Sur 273 cas de cette affection, j'en ai observé 185 durant les vingt-cinq années de l'évolution dentaire. Les chiffres donnés par M. Dauzat dans sa thèse démontrent que, chez les sujets âgés de quatorze à dix-neuf ans, période où existe un entr'acte dentaire, on constate aussi un entr'acte peladique.

Enfin les pelades sont particulièrement fréquentes au niveau de deux zones, s'étendant l'une de l'angle de la mâchoire au menton, l'autre de l'occiput à la région auriculaire. Or, ces deux zones cutanées, très faiblement innervées, ne reçoivent de filets nerveux que de la deuxième paire cervicale, dont la colonne grise se trouve justement dans le bulbe en communication directe avec les origines du trijumeau.

Pathogénie des affections dites parasyphilitiques.

M. Leredde. — Sous la dénomination commune d'affections parasyphilitiques, on range des faits de deux ordres, qui me semblent de nature tout à fait dissemblable.

On peut grouper d'une part l'hystérie, la neurasthénie et une série de troubles nerveux qui sont relativement rares chez les syphilitiques et qu'on rencontre bien plus fréquemment à la suite de toutes les variétés d'infections ou d'intoxications. La syphilis ne paraît ici jouer que le rôle de cause occasionnelle.

D'autre part, on peut réunir toute une classe de maladies telles que le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie linguale, qui frappent à peu près exclusivement des syphilitiques : 90 % au moins des tabétiques ont la vérole, et, en outre, n'admet-on pas de plus en plus que nombre de tabétiques sont améliorés, parfois guéris par le traitement mercuriel ?

Il semble donc que les affections rangées dans cette seconde catégorie, et dites improprement parasyphilitiques, ont non seulement une origine syphilitique, mais encore sont elles-mêmes de nature syphilitique. Cette rectification, si elle était plus généralement admise, n'aurait pas seulement un intérêt théorique; elle aurait aussi une portée thérapeutique considérable. Il est probable, en effet, qu'une proportion beaucoup plus grande des malades qui sont atteints de pareilles affections bénéficieraient d'un traitement spécifique, si celui-ci était appliqué d'une façon plus constante et avec plus de régularité et de conviction.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 29 janvier 1902.

Un cas d'alexie.

M. Mendel présente un homme de quarante-huit ans, sans tare héréditaire et sans syphilis, mais ayant des habitudes d'intempérance, chez lequel sont survenus subitement, il y a huit ou neuf mois, des troubles visuels à la suite desquels le patient ne put plus lire, en même temps qu'il présentait des altérations du langage consistant en ce qu'il ne trouvait pas le mot propre pour exprimer sa pensée.

Actuellement, cet homme peut écrire; son acuité visuelle est normale, et le fond de l'œil n'offre aucune altération; mais il y a une hémianopsie droite, avec un certain degré de dyschromatopsie. En ce qui concerne l'alexie, elle est verbale et non littérale : le malade reconnaît les lettres de l'alphabet, mais non les mots formés par l'assemblage de ces lettres, même quand il s'agit de son propre nom.

Pour expliquer un pareil trouble, il faut admettre une interruption des fibres d'association qui réunissent le centre optique littéral, situé dans la circonvolution temporale supérieure gauche, au centre optique verbal, ayant son siège dans le pli courbe du même côté.

On a publié jusqu'ici une quarantaine d'observations de ce genre, dont trois ou quatre avec autopsie, et ces dernières ont montré que la lésion intéressait la substance blanche sous-jacente au pli courbe. Quant au développement subit des phénomènes morbides chez cet homme, on peut l'attribuer à une thrombose de l'artère irriguant cette région, à savoir l'occipitale inférieure, thrombose sous la dépendance de l'artériosclérose dont le malade présente des manifestations.

Un fait à signaler, c'est que cette variété d'alexie s'accompagne toujours d'hémianopsie droite; dans un seul cas, on a signalé une hémianopsie gauche, mais il s'agissait d'un gaucher.

A propos du traitement du lupus du nez.

M. Holländer fait observer que le lupus du nez est presque toujours unilatéral et intéresse seulement le côté vers lequel est dévié la cloison, c'est-à-dire la narine dont le calibre est rétréci; l'orateur voit là une confirmation de la théorie de M. Freund, d'après lequel la tuberculose serait favorisée par toute circonstance mettant obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 421). Ce qui démontre le bien fondé de cette interprétation, c'est que, si l'on diminue la sténose de la narine en faisant disparaître les nodules lupiques qui en entourent l'ouverture, il n'est pas rare d'obtenir la guérison des lésions tuberculeuses concomitantes des voies aériennes supérieures, des fosses nasales postérieures, du palais membraneux ou de la paroi postérieure du pharynx. Une autre preuve en est fournie par certaines opérations rhinoplastiques qui, donnant un résultat esthétique satisfaisant, ont l'inconvénient de laisser des narines trop étroites, si bien que les récidives sont fréquentes à la suite de ces interventions; aussi l'orateur préfère-t-il ne pas restaurer la cloison du nez, ce qui ne donne, il est vrai, qu'un seul orifice, mais assez large pour écarter tout danger de sténose.

Légitimité et indications du fœticide.

M. Kaminer, à propos de la récente communication de M. Kossmann sur ce sujet, rappelle qu'il a lui-même posé l'an dernier les indications de l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 198). Il croit que le médecin qui pratique un avortement thérapeutique n'a à craindre aucune poursuite ; c'est un droit que les commentateurs, à défaut du texte de la loi, lui reconnaissent; et de fait aucun médecin n'a jusqu'ici été poursuivi pour un fait de cette nature.

M. Freund estime aussi que le médecin ne saurait être inculpé pour avoir interrompu une grossesse mettant en danger les jours de la mère; il juge, au contraire, que l'opération césarienne faite à l'insu de la mère, comme le conseille M. Pinard, pourrait exposer à des poursuites. En ce qui concerne l'embryotomie, elle est à peine plus dangereuse pour la mère que l'accouchement naturel; aussi l'orateur pense-t-il qu'on ne pourra jamais complètement renoncer à cette intervention.

M. Czempin est d'avis que le médecin a le droit de faire l'avortement — à moins que la femme ne s'y oppose — toutes les fois qu'une affection jusque-là stationnaire prend une marche progressive sous l'influence de la grossesse; en cas de bassin rétréci absolu, si la femme déclare qu'elle refusera l'opération césarienne, il faut de même pratiquer l'embryotomie. Pour ce qui est de l'appréciation de la valeur respective de la vie de la mère et de celle de l'enfant, il croit que c'est celle-ci qui doit être préférée toutes les fois qu'il y a déjà des enfants vivants; quand il s'agit d'une primipare et qu'on ne peut ni faire l'hystérotomie, ni envoyer la parturiente à l'hôpital, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'embryotomie.

M. Friedmann pense, comme les précédents orateurs, qu'il est impossible, surtout au praticien de campagne, de renoncer à l'embryotomie.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 3 février 1902.

Les bacilles pseudo-tuberculeux et leur pouvoir pathogène.

M. Möller (de Belzig) fait une communication dans laquelle il passe en revue les divers microbes susceptibles de simuler le bacille de la tuberculose, en raison de la résistance qu'ils manifestent à l'égard des acides et l'alcool. Dans ce groupe, les bacilles du smegma méritent une mention particulière, car on les rencontre dans plusieurs sécrétions ou excrétions, normales ou pathologiques, de sorte qu'ils peuvent être cause d'erreurs de diagnostic; leur principal caractère différentiel est que, contrairement au bacille de Koch qui ne croît qu'à partir de 37°, ils peuvent se développer à une température de 28° à 30°. L'orateur s'occupe ensuite des bacilles dits « pseudo-tuberculeux », notamment de trois espèces qu'il a trouvées respectivement dans les excréments de certains herbivores, dans le fourrage, enfin au sein des tubercules de bovidés et de porcs atteints de pommelière; en ce qui concerne le dernier de ces microorganismes, il croît rapidement à la température ordinaire, alors que le vrai bacille de la pommelière, comme celui de la tuberculose humaine, ne se développe qu'à l'étuve.

Ces divers bacilles pseudo-tuberculeux déterminent chez les animaux de laboratoire une affection nodulaire semblable à celle que produit le bacille tuberculeux, mais moins constamment que celui-ci. Ils se montrent particulièrement virulents quand on les injecte associés à du beurre; en inoculation intrapéritonéale, ils donnent naissance à une « péritonite couenneuse » que réalise aussi, du moins chez le cobaye, le bacille tuberculeux injecté dans le péritoine en même temps que du beurre.

Ces bacilles pseudo-tuberculeux sont également pathogènes pour le veau. M. Möller a inoculé 6 de ces animaux avec le bacille de la tuberculose humaine, ou le bacille du fourrage, ou le pseudo-bacille de la pommelière, soit seuls, soit associés à du beurre; tous ces veaux étaient sains et ne réagissaient pas à la tuberculine; or, les 3 animaux qui avaient reçu les bacilles *seuls* restèrent en bonne santé, tandis que les 3 autres eurent de graves manifestations de la pommelière, notamment des lésions des organes abdominaux. Il faut ajouter que le veau qui avait été inoculé avec le bacille humain absorba en outre, pendant trois mois, du fourrage additionné d'expectoration tuberculeuse, ce qui ne l'empêcha pas d'engraisser notablement.

Il résulte de ces expériences que, chez le veau, le bacille de la tuberculose humaine ne se comporte pas autrement que les bacilles pseudo-tuberculeux.

M. A. Fränkel demande à l'orateur s'il pense que l'on puisse, par l'inoculation du bacille de la tuberculose humaine associé au beurre, reproduire la tuberculose chez les bovidés, et si cette maladie peut ensuite être communiquée d'animal à animal.

M. Möller déclare que, injectés au veau sans addition de beurre, le bacille humain et le bacille pseudo-tuberculeux ne produisent ni l'un ni l'autre de lésion, mais que tous les deux sont pathogènes, quand on les associe au beurre. Il n'a pas — à cause des frais que cette expérience eût entraînés — tenté de transmettre la maladie d'un animal à un autre; il ne croit pas cette transmission possible.

M. Litten voudrait savoir si M. Möller a trouvé des bacilles de Koch dans les tubercules des animaux infectés avec le bacille humain.

M. Möller répond affirmativement, mais il ajoute qu'il en a trouvé aussi dans tous les cas d'infection par les bacilles pseudo-tuberculeux. Ces bacilles ne se multipliaient pas; ils avaient sans doute été transportés au niveau des lésions par le courant sanguin.

A propos des entérites causées par les amibes.

M. Jürgens estime que l'on doit distinguer deux sortes d'infection intestinale par amibes : l'une primitive (colite diphtérique), que l'on rencontre dans la dysenterie asiatique et qui est caractérisée par des ulcérations à bords mal limités; l'autre secondaire, qui complique la tuberculose intestinale; en pareil cas on trouve une péritonite tuberculeuse, mais la surface in-

terne de l'intestin ne montre plus aucune altération tuberculeuse, les amibes ayant envahi et détruit les tissus tuberculeux.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Etude sur l'absence congénitale du tibia, par MM. P.-E. LAUNOIS et G. KÜSS.

L'absence congénitale du tibia est d'une rareté extrême si l'on ne tient compte que des cas où ce vice de conformation, total ou partiel, est le fait primitif, conditionnant les autres malformations qui peuvent coexister avec lui à titre de lésions consécutives. Le membre inférieur existe alors dans tous ses segments et ceux-ci, quoique se présentant dans un état d'atrophie plus ou moins prononcée, sont, à quelques détails près, bien constitués dans leurs parties essentielles. On ne saurait, par conséquent, faire rentrer dans ce cadre les cas d'amputation congénitale spontanée où le péroné fait toujours défaut en même temps que le tibia; en élaguant tous les faits qui ne rentrent pas strictement dans le groupe ainsi défini, MM. Launois et Küss n'ont pu réunir dans la bibliographie que 39 observations d'absence congénitale du tibia, auxquelles ils en ajoutent une quarantième.

Celle-ci concerne un enfant de trois ans et demi, né à terme après une grossesse normale et à la suite d'un accouchement spontané par le siège. Petit, frêle et débile dès sa naissance — il ne pesait que 2 livres —, il finit par atteindre le poids de 5 kilogrammes à douze mois; depuis lors, son développement a été régulier. Il présente une absence *totale et bilatérale* du tibia. La position contournée, *biscornue*, des membres inférieurs lui donne, quand il est assis sur son séant, l'aspect d'une idole brahmanique dans la pose rituelle. Les pieds sont en varus équin extrême; les jambes, en hyperflexion et en adduction, offrent une atrophie considérable portant à la fois et sur leur longueur et sur leur épaisseur; leur squelette n'est représenté que par un seul os qui, de par ses rapports, correspond au péroné. Le genou, plus étroit que normalement, est constitué uniquement par l'extrémité inférieure du fémur, tandis que la tête du péroné, luxée en arrière, en dehors, et en haut, fait saillie sous la peau. Comme dans tous les cas d'absence bilatérale du tibia, on note ici une inégalité de flexion des membres inférieurs (en faveur du droit), les deux membres s'emboîtant pour ainsi dire l'un dans l'autre, de telle sorte que leurs saillies et leurs dépressions s'épousent et se correspondent réciproquement.

L'examen radioscopique montre, d'une part, que le péroné, notablement épaissi, a acquis jusqu'à un certain point les caractères morphologiques et les courbures normalement assignés au tibia et, d'autre part, que la rotule est appliquée contre les condyles fémoraux et comme encastrée dans la gorge de la poulie fémorale.

Il résulte de ces déformations que, pendant la marche, l'enfant avance « à quatre pattes », en s'appuyant sur la face externe des jambes dont la peau est devenue calleuse. Il existe, en outre, quelques malformations congénitales concomitantes (hypospadias pénien, cryptorchydie); mais, à part les points signalés, ce garçonnet paraît normalement développé, ainsi qu'en témoignent les mensurations pratiquées par les auteurs du présent mémoire.

Deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, l'absence congénitale du tibia a pour équivalent, au membre supérieur, certains cas décrits sous le nom de main bote : on sait que Bouvier range dans sa troisième variété de main bote les malformations dues à l'absence congénitale de l'un des deux os de l'avant-bras. (*Revue d'orthopédie*, septembre et novembre 1901.) — F. M.

Larmoiement provoqué par des glandes lacrymales accessoires, par M. E. GALLEMAERTS.

Le larmoiement, petite infirmité d'autant plus gênante que la thérapeutique a souvent peu de prise sur elle, provient dans la majorité des cas d'un obstacle à l'excrétion des larmes *per vias naturales*, ou encore d'une hypersécrétion lacrymale aiguë, comme celle que provoque la présence d'un corps étranger sous la paupière; il est fort rare qu'il dépende d'une altération de l'appareil glandulaire, ainsi que c'était le cas dans la curieuse observation relatée par M. Gallemaerts.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui se plaignait d'un larmoiement de l'œil gauche, ayant débuté trois mois auparavant. L'injection des voies lacrymales et leur cathétérisme n'ayant procuré aucun soulagement, l'auteur porta son attention sur une petite élevure légèrement chagrinée et assez semblable au soulèvement produit par la glande lacrymale orbitaire, que l'on découvrait sur la conjonctive en retournant la paupière supérieure. Cette production lui ayant semblé de nature glandulaire — bien qu'elle siégeât en un point où ne se trouvent d'ordinaire pas de glandes lacrymales accessoires — et lui paraissant susceptible d'occasionner le larmoiement par son activité sécrétoire, il en pratiqua l'excision au moyen de ciseaux courbes, ce qui suffit à amener une guérison complète.

L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un petit amas de glandules dont une, qui atteignait 1 millimètre de diamètre et était assez distante de la surface conjonctivale, possédait un petit canal excréteur, s'ouvrant au niveau de la conjonctive dont l'épithélium présentait un grand nombre de cellules muqueuses. Ces éléments glandulaires appartenaient au groupe de glandes acineuses occupant normalement le fornix supérieur. (*Policlinique*, 1er novembre 1901.) — F. F.

A propos d'un cas de goundou ou anakhré, par M. PACHECO MENDES.

Le goundou, mentionné pour la première fois en 1882 par A. Macalister, a existé de tous temps dans l'Afrique occidentale, puisqu'on le trouve figuré dans l'emblème de Zero ou Joré, ancienne divinité des rois de Bettié. Maclaud et plusieurs médecins des colonies anglaises ont confirmé l'existence de cette affection dans divers cercles de la côte occidentale du continent noir et dans les Indes orientales; plus récemment, P. Maxwell en a signalé des cas à Shangpoo, au sud de la Chine. Il semble d'ailleurs que l'affection ait été importée d'Afrique, car tous les malades observés en d'autres points du globe étaient des nègres et avaient été atteints sans contagion.

Dans le cas de M. Pacheco Mendes, lequel serait le premier constaté au Brésil, il s'agit d'un mulâtre âgé de vingt-quatre ans, non syphilitique, qui, deux ans auparavant, avait remarqué une tuméfaction sur le côté gauche de son nez. Cette tuméfaction, tout à fait indolente, augmenta progressivement de volume, et, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, elle présentait les dimensions d'un œuf de pigeon. Sans aucune adhérence aux téguments, de consistance osseuse, elle faisait corps avec les os propres du nez, les os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur. L'ablation sous-périostée en fut pratiquée à la gouge et la guérison se fit sans incident.

L'examen microscopique ne révéla aucun caractère histologique qui ne puisse se rencontrer dans une ostéite ou dans un ostéome. Toutefois, contrairement à l'opinion de Chalmers, qui considère simplement le goundou comme une périostite ostéoplastique, l'auteur croit qu'il s'agit bien d'une véritable tumeur, en raison de son caractère d'accroissement et de persistance indéfinis.

Au point de vue étiologique et pathogénique, M. Pacheco Mendes pense que le goundou est une maladie propre à la race noire et rentre dans la catégorie des lésions trophiques des mâchoires; dans cette manière de voir, cette affection relèverait d'une altération nerveuse centrale, occasionnant à la périphérie des troubles vasculaires qui détermineraient une exagération nutritive dans l'os et le périoste. (*Rev. de chir.*, octobre 1901.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la gangrène des extrémités consécutive à la scarlatine et à d'autres maladies infectieuses, par M. H. EICHHORST.

L'auteur relate l'observation d'une fillette de quatre ans ayant présenté, à la suite de la scarlatine, une complication peu commune, à savoir de la gangrène de la jambe et du pied gauches. A l'exanthème — d'une intensité remarquable — était venu se joindre une angine scarlatineuse nécrotique avec streptocoques et staphylocoques; il en était résulté une toxémie grave accompagnée d'albuminurie, qui pendant plusieurs jours avait mis la vie de la petite malade en danger. Peu à peu, une amélioration se produisit et, une semaine après son admission à l'hôpital, cette fillette semblait entrer en convalescence, lorsque tout à coup elle se plaignit de vives douleurs dans les deux jambes. Le lendemain, le pied et la moitié inférieure de la jambe gauche paraissaient exsangues et complètement froids; les parties atteintes étaient insensibles et on ne percevait plus aucune pulsation dans les artères périphériques; un examen attentif du cœur ne permit pas de déceler la plus légère anomalie. Trois semaines plus tard on devait faire l'amputation du membre à quatre travers de doigt au-dessous du genou. Au bout de deux mois, la petite malade quittait l'hôpital complètement guérie.

La gangrène est une complication extrêmement rare de la scarlatine : M. Eichhorst n'en a trouvé dans la littérature médicale que deux observations. La plupart des cliniciens attribuent la gangrène au cours des maladies infectieuses à une embolie artérielle. Or, dans le cas que nous venons de relater — et où rien, à l'examen du cœur, ne permettait de soupçonner une embolie —, l'autopsie fit reconnaître dans la poplitée un thrombus au voisinage duquel existaient des signes non douteux d'endartérite; ces lésions étaient limitées à un tout petit segment du vaisseau, ce qui prouve que des coupes en série portant sur une région étendue sont indispensables quand on recherche ainsi des altérations d'endartérite. D'autre part, l'auteur a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un patient chez lequel il trouva le cœur normal, bien qu'une thrombose de l'humérale, apparue au cours d'une grippe, eût provoqué la gangrène de l'avant-bras et de la main. Ces deux faits indiquent nettement que la gangrène compliquant les infections peut reconnaître une tout autre cause que l'embolie.

Si la gangrène n'accompagne qu'exceptionnellement la scarlatine, elle est moins rare dans d'autres maladies infectieuses. M. Eichhorst a relevé tous les cas de ce genre publiés jusqu'à ce jour; sur un total de 166 faits, la gangrène est survenue 42 fois au cours d'un typhus exanthématique, 40 fois comme complication d'une fièvre typhoïde, 19 fois pendant la grippe, 14 fois durant les couches, 10 fois chez des pneumoniques, etc.; dans la majorité des cas, c'est aux jambes qu'elle siégeait. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.) — A. J.

L'importance chirurgicale de l'influenza, par M. G. PEREZ.

De nombreuses publications ont été consacrées aux complications chirurgicales survenant au cours et à la suite de la grippe; mais, pour beaucoup des cas contenus dans la littérature, le diagnostic n'a pas été vérifié au point de vue bactériologique, de sorte que l'existence d'une relation de cause à effet entre l'infection par le bacille de Pfeiffer et les lésions chirurgicales n'est pas évidente. C'est pour cette raison que l'auteur s'est appliqué à étudier expérimentalement l'action du bacille de l'influenza sur les différents tissus de l'organisme. Voici les résultats qu'il a obtenus sur le lapin, en procédant tantôt par infection générale, tantôt par inoculation directe dans les divers tissus.

En ce qui concerne la peau, les altérations qu'il a pu provoquer se sont bornées à la chute des poils, à des eczémas et à de la desquamation, signes d'une cachexie générale plutôt que d'une localisation cutanée des microorganismes.

Pour le tissu sous-cutané, les observations de M. Perez sont plus intéressantes au point de vue chirurgical. Il pratiqua, sous le couvert d'une asepsie minutieuse, des incisions cutanées et musculaires, puis les réunit à l'aide d'une suture et injecta alors sous la peau, en d'autres points de l'organisme, des bacilles de Pfeiffer. Il vit ainsi s'établir, au niveau des plaies opératoires, une suppuration contenant le bacille de l'influenza à l'état de culture pure. La simple injection sous-cutanée, sans lésion préalable des tissus, ne provoqua, au contraire, la formation d'aucun foyer purulent, mais la

suppuration se produisit après l'injection d'un mélange de culture et de corps étrangers sous forme de poudres stérilisées (charbon, lycopode, liège), ou bien après l'action, sur les tissus, d'une solution faible d'acide lactique, et cela alors même que les cultures étaient inoculées loin du lieu d'injection des corps étrangers; les résultats furent également positifs après contusion des tissus. Il ne s'agissait pas, dans ces cas, d'infection mixte, comme on s'en assura par l'ensemencement du pus provenant des abcès.

Dans les poumons, l'auteur réussit à produire des pneumonies grippales, c'est-à-dire dues au bacille de Pfeiffer, en injectant les substances mentionnées plus haut, soit simultanément avec le bacille de l'influenza, soit préalablement, tantôt dans la trachée, tantôt dans le parenchyme pulmonaire, tantôt dans la plèvre. Il parvint aussi, par le même procédé, mais d'une manière moins constante, à déterminer l'apparition de pleurésies. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.) — F. DE Q.

Du ralentissement prétendu physiologique du pouls pendant les suites de couches, par M. O. Aichel.

La question du ralentissement du pouls pendant les suites de couches étant encore controversée, M. Aichel a relevé le nombre des pulsations chez 79 femmes, dont 35 primipares et 44 multipares, placées dans des conditions aussi identiques que possible, pendant les dix jours qui ont précédé et les dix jours qui ont suivi l'accouchement, ainsi que pendant l'accouchement lui-même.

Il a pu constater ainsi que, pour 25 des 35 primipares, le pouls eut la même fréquence dans les diverses périodes sus-indiquées; 9 présentèrent un peu d'accélération et une seule un léger ralentissement après l'accouchement. Parmi les 44 multipares, 36 n'offrirent après l'accouchement aucun changement, 5 eurent un faible ralentissement du pouls et 3 quelque peu d'accélération.

Si l'on établit une courbe avec les moyennes journalières du nombre des pulsations, on voit que cette courbe se relève légèrement la veille de l'accouchement, atteint un *fastigium* assez élevé pendant l'accouchement lui-même, puis redescend rapidement pendant les deux ou trois jours qui suivent, pour revenir au même niveau qu'avant l'accouchement. L'accélération légère qui précède ce dernier, surtout chez les primipares, permit une fois de prédire le travail; on peut l'attribuer aux contractions utérines devenues plus fréquentes, mais non encore douloureuses. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 octobre 1901.) — R. DE B.

Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse, par M. J. Lauper.

L'utilité du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse ayant été mise en doute dans plusieurs travaux récents, il nous paraît opportun de signaler le mémoire de M. Lauper, relatif à 22 cas de cette affection opérés par M. Kocher, d'autant que les malades en question ont été suivis pendant plusieurs années (jusqu'à seize ans).

Les faits les plus intéressants sont ceux qui ont été traités par la laparotomie; ils sont au nombre de 14, dont 11 de péritonite tuberculeuse séreuse et 3 de péritonite adhésive. Les suites opératoires furent normales dans tous les cas; quant aux résultats définitifs, 4 malades succombèrent au cours de la première année; les 10 autres furent sensiblement améliorés : pour 7 sujets de cette dernière catégorie, l'intervention date de quatre à seize ans, pour les 3 autres de moins de quatre ans. On pratiqua 3 fois l'ablation des annexes, et la marche post-opératoire fut très favorable.

L'auteur estime qu'on doit enlever le foyer primitif toutes les fois que la chose est possible. En ce qui concerne les indications, l'état fébrile ne devrait pas, à son avis, être considéré comme un motif d'abstention; la forme sèche de la tuberculose péritonéale lui paraît même justiciable de l'opération : celle-ci, en effet, peut être d'une réelle utilité en permettant, par exemple, de faire disparaître des symptômes d'occlusion intestinale par le débridement des adhérences. Quant à la ponction, M. Lauper reconnaît qu'elle rend des services dans certains cas; toutefois, il ne croit pas qu'elle constitue le procédé de choix; elle est notamment inférieure à la laparotomie, en ce qu'elle ne permet pas l'extirpation du foyer primitif. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.) — F. DE Q.

De la formation du moignon dans les amputations et les désarticulations du membre supérieur, par M. Beely.

L'auteur relate l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans, privé de la main droite par suite d'amputation intra-utérine. Ce cas est intéressant par la mobilité considérable du moignon, dont le malade avait appris à tirer parti d'une manière remarquable; il s'en servait notamment pour s'habiller, pour mettre le gant de la main gauche, pour trancher la viande et pour nombre d'autres fonctions. Les parties molles n'étaient ni tendues sur l'extrémité osseuse de l'avant-bras, ni soudées à cette dernière, mais constituaient, au contraire, une couche épaisse, mobile dans tous les sens et que M. Beely compare à une trompe. Les extrémités des tendons paraissaient fixées dans le derme même, car la contraction des muscles correspondants produisait chaque fois une petite fossette. L'examen radiographique démontra l'absence de tout fragment osseux dans le moignon. Quant aux muscles de l'avant-bras, ils avaient un développement considérable, très différent de ce que l'on observe habituellement après une amputation.

L'auteur tire de ce fait la conclusion que l'on devrait imiter cette forme de moignon dans les amputations et désarticulations chirurgicales, en s'efforçant surtout d'obtenir l'adhérence directe des tendons non seulement avec le tissu sous-cutané, mais aussi avec le derme. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Les albuminuries consécutives aux bains froids, par M. G. Rem-Picci.

Parmi les causes susceptibles de produire de l'albuminurie chez un individu sain, une des plus fréquemment invoquées est assurément l'action du froid. C'est pourquoi l'auteur a jugé à propos d'instituer une série de recherches sur un certain nombre de sujets normaux, jeunes en général et de bonne santé, dans le but de savoir si le bain froid est capable à lui seul de déterminer l'apparition d'albumine dans les urines.

Il a divisé ses expériences en plusieurs groupes, selon qu'il s'agissait de bains de rivière, pris en hiver ou en été et plus ou moins prolongés, ou de bains de piscine, très froids mais dans un lieu couvert, ou encore de douches froides. Ne pouvant entrer ici dans le détail de ces multiples recherches, nous nous contenterons d'en indiquer les résultats généraux, d'autant que ceux-ci varient peu d'une série à l'autre.

Après l'immersion dans l'eau froide, l'albuminurie serait à peu près constante; lorsque la température de l'eau ne dépasse pas 12°, une immersion de trois où quatre minutes suffit pour la déterminer; il faut un bain un peu plus prolongé quand l'eau est à une température de 12° à 20°; à partir de ce dernier chiffre, elle ne se produit plus.

Cette albuminurie, dans les expériences de M. Rem-Picci, fut toujours très légère, indosable, constituée par un mélange de sérine et de globuline, jamais par des nucléo-albumines, souvent accompagnée d'un peu de cylindrurie et parfois, mais non toujours, d'une certaine polyurie; elle apparaissait très rapidement, au bout de dix minutes environ, pour cesser après quelques heures.

Discutant l'origine de ce phénomène, l'auteur ne croit pas qu'on puisse l'attribuer à une modification de la pression sanguine, ayant pour résultat un trouble de la circulation rénale, mais il estime qu'il faut le considérer comme une manifestation réflexe, dont le point de départ serait la surface cutanée.

Étant donnée la très grande fréquence, on pourrait dire la constance, de cette albuminurie consécutive aux bains froids, la question se pose de savoir si les pratiques hydrothérapiques continuées même en hiver ne peuvent pas devenir préjudiciables pour la santé. M. Rem-Picci — quoiqu'un des sujets sur lesquels il a fait ses recherches prît sans dommage, depuis sept ans, des bains de rivière presque quotidiens, même en hiver (et chez cet homme les urines étaient albumineuses après le bain) — exprime très nettement l'avis qu'on devrait interdire d'une façon absolue les bains froids à tout individu qui ne serait pas tout à fait sain et robuste, à plus forte raison qui serait suspect d'un début de lésion rénale. (*Bollet. della R. Accad. med. di Roma*, XXVII, 2.) — F. F.

La leucocytose digitalique et son importance dans la diplococcémie expérimentale, par M. A. Gazza.

Si l'administration de la digitale à hautes doses, telle que l'a préconisée Petrescu, peut rendre des services dans certains cas de pneumonie, l'accord est loin d'être fait sur le mode d'action de ce moyen thérapeutique : on a invoqué tour à tour, en effet, le pouvoir cardiotonique de la digitale, ses propriétés vasoconstrictives, diurétiques, antithermiques, bactéricides, antitoxiques; enfin, Nägeli-Akerblom a cru devoir attribuer les bons effets de cette médication à la leucocytose que détermine l'administration de préparations digitaliques. C'est dans le but de vérifier cette dernière hypothèse que M. Gazza a institué une série d'expériences dont il relate les résultats dans le présent travail.

Voulant s'assurer, tout d'abord, de la réalité de cette leucocytose digitalique, il a soumis un certain nombre de lapins, dont il avait préalablement compté les globules blancs, à des injections sous-cutanées d'une infusion stérilisée de feuilles de digitale à 10 %, ou à l'ingestion de digitaline amorphe ou de digitoxine cristallisée en suspension dans l'eau. Il a constaté que, dans ces conditions, il se produit une augmentation notable des globules blancs, dont le nombre passa en moyenne de 4,694 à 12,019; cette leucocytose persiste quelques jours; elle est plus considérable après l'administration des glycosides de la digitale que quand on se sert de l'infusion de feuilles elle-même. Ajoutons que, dans 3 essais sur l'homme, les résultats furent identiques.

Ce premier point élucidé, l'auteur s'est attaché à déterminer les effets, sur l'infection diplococcique expérimentale, des préparations digitaliques administrées à titre soit préventif, soit curatif. Quatre lapins, chez lesquels on avait déterminé une hyperleucocytose en administrant pendant plusieurs jours de la digitale, furent infectés par l'injection sous-cutanée de 1 c.c. d'une émulsion de diplocoques virulents; la survie de ces animaux fut en moyenne de près de cent treize heures, tandis que 2 témoins, inoculés en même temps et avec la même matière infectieuse, furent tués en quarante-quatre heures quinze minutes. Enfin, 3 lapins auxquels on ingéra, aussitôt après l'inoculation du pneumocoque, 0 gr. 0005 décimilligr. de digitaline en suspension dans l'eau, ne périrent qu'au bout de cent trois heures environ, alors qu'un témoin mourut en trois fois moins de temps (après trente-cinq heures).

M. Gazza croit pouvoir conclure de ces recherches que l'hyperleucocytose que provoque la digitale est un des éléments essentiels des bons effets de ce médicament dans la pneumonie, mais il reconnaît toutefois que son action cardiotonique, ainsi que la stimulation qu'elle imprime aux fonctions de la peau et des reins, peut aussi jouer un rôle des plus utiles. (*Riforma med.*, 18 et 19 octobre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

Contribution à l'étude de la rachicocaïnisation dans les opérations chirurgicales, par M. N. Polubogatov.

Voulant élucider l'action des injections intra-rachidiennes de cocaïne sur les différentes fonctions de l'organisme, ainsi que les causes des conséquences désagréables — et parfois fâcheuses — de ces injections, l'auteur a fait sur ce sujet, à l'Institut de pathologie générale de la Faculté de médecine de Moscou, une série de recherches expérimentales dont il expose les résultats dans sa thèse inaugurale.

Il a pu s'assurer ainsi que, en employant des doses moyennes de cocaïne (0 gr. 01 centigr.), l'analgésie n'occupe généralement que la moitié

postérieure du corps: elle se propage métamériquement d'avant en arrière et disparaît en sens inverse; mais quand on place l'animal la tête en bas, la solution pénètre plus haut, ce qui a pour effet une anesthésie plus étendue; il est même possible d'intéresser les nerfs émanant du bulbe et de la région voisine du cerveau en forçant les doses de cocaïne (de 0 gr. 02 centigr. à 0 gr. 04 centigr. et au delà). La cocaïne introduite dans l'espace sous-arachnoïdien pénètre dans la moelle, et même dans la substance grise — ce que démontre la disparition des convulsions causées par la strychnine —, et cela d'autant plus que la quantité de liquide injecté est plus considérable.

En ce qui concerne le mode d'action de la rachicocaïnisation, M. Polubogatov estime qu'il faut tenir compte non seulement de l'imprégnation des racines nerveuses, mais aussi de celle des cornes postérieures de la moelle; en outre, il se produirait un spasme vasculaire des vaisseaux irriguant la substance grise, consécutivement à une paralysie des vasodilatateurs.

Quant aux effets des injections intrarachidiennes de cocaïne sur la pression sanguine, ils consisteraient, contrairement à l'opinion de MM. Tuffier et Hallion, en une élévation qui commencerait déjà à se manifester au bout d'une ou deux minutes, en même temps que la hauteur des ondulations systoliques augmente, ce qui indique un travail plus énergique du cœur; le pouls, plein et régulier, deviendrait un peu plus fréquent. Ces modifications dépendraient au début du spasme vasculaire, ensuite de l'influence directe de la cocaïne, passée dans le sang, sur les centres bulbaires.

La respiration serait peu troublée par la cocaïnisation de la moelle; elle s'accélérerait d'abord légèrement en devenant plus profonde, puis se ralentirait et se ferait plus superficielle, tout en conservant sa régularité. La température, après une élévation passagère, retomberait jusqu'à la normale, puis monterait de nouveau, mais pour peu de temps, vers le soir.

Tous les phénomènes désagréables que l'on peut observer à la suite de l'emploi du mode d'analgésie dont nous nous occupons (excitation, vomissements, dyspnée, hyperthermie) seraient attribuables à l'action immédiate de la cocaïne sur les centres bulbaires et cérébraux. Aussi l'auteur conseille-t-il, pour les éviter, d'employer de faibles doses de principe actif, sous forme d'une solution de titre peu élevé (1 % au maximum), et de n'injecter qu'une petite quantité de liquide (1 c.c. 5 au plus); de pousser l'injection lentement; de ne jamais mettre le patient dans la position de Trendelenburg; enfin de ne pas soumettre à la rachicocaïnisation les individus dont le tronc est peu développé, comme les enfants. En observant ces précautions, l'existence de troubles du cœur ou d'une affection rénale ne constituerait pas une contre-indication; on n'aurait même pas à redouter de répéter la cocaïnisation médullaire au bout d'un faible laps de temps. (*Thèse de Moscou*, 1901.)

Emploi du condurango dans le traitement des maladies de l'estomac, par M. P. Otradinsky.

Préconisée, il y a environ trente ans, contre le cancer à localisation viscérale, l'écorce de condurango ne tarda pas à tomber dans l'oubli. Or, à en juger d'après l'expérience de M. Otradinsky, ce médicament, tout en étant loin de constituer un spécifique des lésions cancéreuses, mériterait cependant, en raison de ses propriétés toniques et analgésiques, de prendre rang parmi les moyens de traitement du cancer de l'estomac et d'autres affections de cet organe, telles que l'ulcère rond, les gastralgies, certaines formes de gastrite, etc. C'est ainsi que chez un homme de trente-huit ans, présentant tous les symptômes caractéristiques d'un ulcère de l'estomac et qui avait été soumis sans résultat, pendant plusieurs mois, aux procédés thérapeutiques habituellement employés contre cette affection (alcalins, narcotiques, nitrate d'argent, etc., etc.), le condurango amena, dès les premiers jours, une diminution sensible des douleurs et ne tarda pas à faire cesser les vomissements; l'amélioration ne fit que s'accentuer par la suite pour aboutir, dans l'espace d'environ trois mois, à la guérison complète.

Dans un autre cas, où il s'agissait d'une gastralgie excessivement violente ayant résisté, pendant six mois, à l'emploi du bismuth, du bromure de potassium et des opiacés, les douleurs gastriques disparurent, d'une façon définitive, dès le premier jour du traitement par le condurango.

L'auteur a vu aussi ce médicament donner de bons résultats dans les entérites chroniques accompagnées de coliques et de diarrhée; mais ses effets étaient, en pareille occurrence, moins marqués que chez les sujets atteints d'affections de l'estomac.

En ce qui concerne le mode d'emploi du condurango, M. Otradinsky recommande de le prescrire sous forme d'extrait fluide à la dose de XV à XXV gouttes, répétée deux ou trois fois par jour, une demi-heure *avant le repas*. Absorbé, par contre, après l'ingestion d'aliments, le condurango n'exercerait pas d'action sédative sur les douleurs de l'estomac. (*Méd. Obozr.*, septembre 1901.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des affections gynécologiques de nature septique par des injections rectales très lentes d'eau faiblement salée.

Peu satisfait des résultats que donnent, dans les cas d'infection septique, les injections (sous-cutanées, intraveineuses ou rectales) de solutions salées, telles qu'on les pratique d'habitude, et estimant qu'en raison de l'affaiblissement cardiaque il convient, en pareille occurrence, de ne pas introduire dans l'économie de trop grandes quantités de liquide à la fois, et de ne pas pousser l'injection trop rapidement, un gynécologiste russe, M. le docteur I. I. Vernitz (d'Odessa), a eu l'idée d'utiliser à cet effet la voie rectale suivant le procédé préconisé par M. le professeur Hegar. Ce procédé consiste à introduire dans le rectum une canule communiquant avec un récipient rempli du liquide à injecter et à laisser celui-ci s'écouler *très lentement* et sous une faible pression, jusqu'à ce que le malade ressente un certain degré de tension; on abaisse alors le récipient de façon à y ramener une partie du liquide injecté; puis on reprend de nouveau l'injection en continuant toujours à abaisser et à élever alternativement l'appareil. Au bout de quelque temps, on renouvelle le liquide, s'il est sali par des matières fécales. Dès que le rectum a été suffisamment nettoyé, le pouvoir absorbant de la muqueuse rectale commence à se manifester et, dans l'espace d'une heure, on voit se résorber de 500 c.c. à 1 litre de liquide, ce qui ne tarde pas à se traduire par une diurèse plus ou moins intense, par la disparition de la soif et de la sécheresse des muqueuses, ainsi que par une transpiration abondante, mais qui, à l'encontre de ce qu'on observe souvent dans les «sueurs critiques», ne s'accompagne ni de collapsus, ni d'aucun autre phénomène fâcheux, alors même que la température s'abaisse jusqu'à la normale. Dès que le thermomètre commence à remonter, on fait une nouvelle injection, en ayant soin de procéder toujours de la même manière.

M. Vernitz se sert, en général, d'une solution de chlorure de sodium à 0.5 % ou à 1 %. Il a obtenu de la sorte d'excellents résultats dans 3 cas d'avortement avec infection septique et phénomènes généraux excessivement graves, dans 1 cas de septicémie aiguë consécutive à un accouchement normal, ainsi que chez une femme atteinte d'une péritonite aiguë due à une salpingite ancienne. Ajoutons que notre confrère estime que le procédé en question serait également susceptible de produire de bons effets dans le traitement de l'éclampsie, affection que l'on considère aujourd'hui comme une sorte d'intoxication aiguë de l'organisme.

Les indications des solutions iodurées dans le traitement des cataractes.

On se rappelle que M. le docteur Badal, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, a proposé de traiter les cataractes commençantes par des solutions d'iodure de potassium ou de sodium à 2.5 %, en collyres ou en bains oculaires (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 248). Mis au courant, il y a deux ans environ, des essais de M. Badal, M. le docteur Etiévant (de Lyon) a, depuis lors, employé le traitement en question dans tous les cas de cataracte qu'il a eu l'occasion d'observer, mais il n'en a obtenu des résultats encourageants que lorsqu'il s'agissait d'altérations purement séniles, liées à l'évolution propre du cristallin (cataractes idiopathiques); par contre, cette médication a complètement échoué dans les cas où l'on avait affaire à une dystrophie du cristallin par troubles préexistants du tractus uvéal et de la rétine (cataractes symptomatiques) et, en particulier, dans les cataractes diabétiques et albuminuriques.

Comme il y a lieu de supposer que la cataracte dite idiopathique est, en réalité, sous la dépendance de l'artériosclérose des vaisseaux rétiniens, très commune chez le vieillard, on peut attribuer les bons effets des collyres et des bains oculaires iodurés à l'action du médicament sur ces vaisseaux, action analogue à celle que l'iodure ingéré exerce sur les vaisseaux de la circulation générale. Il s'ensuit que les nouveaux essais en vue de déterminer la valeur thérapeutique du procédé préconisé par M. Badal ne devront porter que sur des cataractes séniles proprement dites.

Les déplacements de l'ovaire et leur traitement conservateur.

Les traités classiques ne mentionnent guère les déplacements de l'ovaire, et cependant ces anomalies de position méritent d'attirer l'attention, non seulement en raison des douleurs excessivement vives qu'elles provoquent, même en l'absence de toute altération du tissu ovarique, mais aussi à cause des erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu. C'est ainsi que M. le professeur E. Rose, chirurgien en chef de l'hôpital Bethanien, à Berlin, a eu l'occasion d'observer une jeune fille de vingt-deux ans se plaignant de douleurs intolérables du côté gauche du bas-ventre et chez laquelle, après avoir vainement essayé les moyens thérapeutiques les plus divers (bains, électricité, massage, etc.), on finit par intervenir chirurgicalement, croyant avoir affaire à un calcul de l'uretère; or, la laparotomie montra que le prétendu calcul n'était autre chose que l'ovaire appliqué contre le muscle psoas et retenu dans cette position par un repli épaissi du péritoine; il suffit de sectionner cette bride péritonéale et de replacer l'ovaire dans le petit bassin pour voir tous les troubles disparaître. Dans un autre cas, où il s'agissait d'une petite tumeur solide située au niveau de l'anneau inguinal externe gauche et rappelant, par son extrême sensibilité à la pression, un névrome, l'incision fit voir qu'on se trouvait en présence d'un étranglement de l'ovaire par l'anneau inguinal, et là encore la guérison complète fut obtenue par la simple réduction de l'organe prolabé, bien que celui-ci fût considérablement déformé par la pression de la cuisse.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'ingestion de bile de porc et par la privation de graisses.

Ayant eu l'occasion de constater que l'addition de glycocholate ou de taurocholate de soude a pour résultat d'entraver ou même d'arrêter complètement la pullulation des bacilles de Koch sur les milieux qui sont d'habitude propices au développement de ces microorganismes, un médecin anglais, M. le docteur J. G. Willis (d'Ilkeston), s'est demandé si l'évolution de la tuberculose ne serait pas favorisée par un défaut de sels biliaires et s'il ne conviendrait pas, en conséquence, de traiter la phtisie au moyen de la bile. Mais comme ce liquide émulsionne et saponifie les graisses, dans l'intestin, en donnant naissance à de la glycérine, substance particulièrement favorable au bacille de Koch, notre confrère a eu l'idée d'associer l'emploi de la bile à la prohibition absolue de tous les corps gras, y compris l'huile de foie de morue. C'est ainsi qu'il fit prendre à un homme atteint de tuberculose pulmonaire avancée des doses considérables de bile de porc (laquelle se rapproche beaucoup, par sa composition chimique, de celle de l'homme), tout en instituant un régime exclusivement azoté, et il ne tarda pas à noter une amélioration très sensible dans l'état du patient: la toux diminua, l'hyperthermie vespérale s'abaissa et les sueurs nocturnes disparurent, en même temps que le malade reprenait des forces.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le régime lacté chez l'adulte.

Prôné de toute antiquité comme remède, le lait, depuis trente ans environ, est entré pour une part de plus en plus large dans le régime des malades, ainsi qu'en témoignent les statistiques hospitalières. Son utilité est donc aujourd'hui reconnue. Elle est proclamée dans la thèse d'agrégation du professeur Debove (1), et dans un livre plus récent de son élève le docteur Rondot (2). Il est difficile d'ajouter quelque chose d'important aux excellentes publications que je viens de citer; aussi me contenterai-je de dire brièvement ce qu'est le lait pour le praticien, et ce que celui-ci peut en attendre dans les différents cas où son emploi semble indiqué.

I

Etudions d'abord la composition du lait.

Le lait est un aliment *liquide*. Celui de vache, qui, à l'heure actuelle, est presque exclusivement employé chez les malades, renferme de 865 à 890 grammes d'eau pour 1,000 (3). Il ne possède donc que 110 à 135 grammes de substance sèche.

C'est aussi un aliment *gras*. Le lait de vache contient, pour 1,000, de 29 à 49 grammes de substance grasse (4), et si l'animal, ainsi que cela se fait à proximité des grandes villes, est soumis à une alimentation spéciale, cette proportion peut s'élever à 70 grammes. Le lait de chèvre peut aussi renfermer exceptionnellement une quantité colossale de crème. Il n'en est pas de même de celui d'ânesse.

Le lait a une saveur sucrée, agréable au goût. Il la doit à la présence de lactose (37 à 55 grammes par litre) qui, comme on sait, se dédouble dans l'intestin en glucose et en galactose, sucres tous deux très facilement assimilables.

Il est également riche en matières protéiques que l'on sait être facilement assimilables, mais qui, au point de vue chimique, sont encore fort mal connues. La plus abondante, de beaucoup, est la caséine; mais on y a décelé d'autres substances protéiques, dont plusieurs sont *très riches* en phosphore, etc. Vu l'incertitude de la science sur la question des matières protéiques du lait, il est inutile d'entrer ici dans des détails; il me suffira de dire que l'ensemble de ces substances varie, dans le lait de vache, de 25 à 55 grammes pour 1,000. La proportion et la *qualité* de ces matières diffèrent énormément suivant les espèces animales.

A côté d'elles se trouvent un ou plusieurs ferments capables de les modifier (5); Schmidt a constaté qu'un lait de vache, abandonné aussitôt après la traite, pendant huit heures, à la température de 40°, ou bien légèrement alcalinisé, perd beaucoup de caséine, et aussi un peu d'albumine, mais renferme, en revanche, davantage d'hémialbumose, ainsi que le montrent les chiffres suivants :

	Aussitôt après la traite.	Après 8 h. à 40°.	Après 8 h. (alcalinisé).
Caséine........	89.1	84.2	79.2
Albumine.....	7.7	7.2	7.1
Hémialbumose	3.2	8.6	13.7
	100.0	100.0	100.0

Il est probable que dans ces expériences on s'est mis à l'abri de l'intervention des microbes, qui produisent aussi la solubilisation des matières protéiques, et qui peuvent en même temps amener la formation de principes toxiques (1).

Le lait renferme, en outre, un grand nombre de substances dont l'origine et la signification sont encore problématiques. Ainsi, dans ces dernières années, on a signalé jusqu'à 2 gr. 50 centigr., par litre, d'*acide citrique* dans le lait de vaches nourries avec un fourrage qui n'en contenait pas trace. Ce fait curieux n'est pas sans intérêt au point de vue thérapeutique : on connaît la cure de la goutte par les citrons. — Signalons aussi des substances manifestement excrémentitielles : la créatine, l'urée, la cholestérine, et, d'après Millon et Commaille, des parfums, etc.

Les *sels* du lait sont importants, non seulement pour l'enfant, dont la croissance, on le sait, n'est pas sans relations avec la teneur du lait en certains éléments minéraux (2), mais aussi pour l'adulte, s'il est vrai, comme on le croit, que l'assimilation si remarquable des principes protéiques du lait tient en partie à la proportion des sels (3). Leur quantité varie, d'après le professeur A. Gautier, de 3 à 9 grammes pour 1,000; la moitié environ est insoluble dans l'eau pure (4). Il me paraît inutile d'en rapporter ici l'analyse détaillée. Je rappellerai seulement deux faits : 1° que dans les cendres du lait la potasse est plus abondante que la soude (5); 2° que la chaux, ainsi que l'acide phosphorique, s'y rencontre en proportion considérable (plus de la moitié de la totalité des cendres dans le lait de vache). Par contre, le lait est pauvre en fer : c'est à peine si celui de vache en renferme 0 gr. 50 centigr. par litre. On peut en conclure *a priori* que le lait *seul* ne paraît pas suffisant pour la cure de l'anémie.

II

On sait que le lait peut renfermer accidentellement diverses substances ingérées par l'animal; quelques-unes sont nuisibles : dans le lait de vaches nourries avec des vinasses contenant environ 6 % d'alcool, on a trouvé près de 10 grammes d'alcool par litre (6); ce lait avait, d'ailleurs, une composition normale. Dans quelques cas, on a décelé de l'acide acétique en proportion sensible. Le lait de chèvre a produit parfois des accidents par suite de l'ingestion par l'animal de végétaux toxiques.

Une maladie des mamelles peut, comme on sait, rendre le lait infectieux : Holst (de Christiania) (7) a eu l'occasion d'observer un catarrhe gastro-intestinal aigu chez des adultes qui avaient ingéré, *non bouilli*, le lait de vaches atteintes de mammite parenchymateuse suppurée. Ce lait renfermait une quantité prodigieuse de streptocoques.

L'ébullition, qui tue les microbes, ne détruit pas les toxines qu'ils peuvent produire lorsque le lait séjourne dans des conditions favorables. Aussi comprend-on qu'un lait, même bouilli, ait parfois déterminé des accidents. Au sortir de la mamelle, le lait peut donc être non seulement toxique (si l'animal a ingéré un toxique), mais infectieux. Quelques heures plus tard, il peut l'être encore davantage, par suite de la pullulation des microbes qui peut se faire, à une température convenable, avec une rapidité prodigieuse, ainsi que le montrent les expériences de M. Miquel (1) : trois heures après la traite, un lait renfermait par centimètre cube 9,000 micro-organismes; une heure plus tard, 21,000; deux heures plus tard, 36,000; six heures plus tard, 60,000; neuf heures plus tard, 120,000; vingt-cinq heures plus tard, 5,000,000.

Assurément, l'immense majorité de ces microbes ne sont que de vulgaires saprophytes; mais leur abondante multiplication amenant des modifications profondes dans la constitution intime des matières protéiques du lait, il est indiqué de faire ingérer au malade un lait soit venant d'être trait, soit conservé au frais après avoir été recueilli aussi aseptiquement que possible, soit *pasteurisé* ou *stérilisé* peu de temps après la traite.

La *pasteurisation* consiste, comme on sait, à chauffer le lait à 70-75° pendant vingt à trente minutes. On détruit ainsi beaucoup de microbes pathogènes, notamment le bacille d'Eberth, celui du choléra et celui de la tuberculose, qui ne résiste guère, dit-on, à une température de 65°. Ce chauffage à température relativement basse ne modifie pas beaucoup les matières protéiques du lait qui, ainsi traité, se conserve assez bien pendant deux jours.

L'ébullition à 100°, qui est le procédé vulgaire, n'a pas trouvé grâce devant plusieurs hygiénistes (2) qui la considèrent comme absolument insuffisante. Le professeur Rodet (de Montpellier) n'est pas de cet avis : d'après lui, le chauffage du lait dans un bain d'eau bouillante, ou de vapeur à 100°, a, sur la stérilisation à haute température, l'avantage de moins altérer ses qualités physiques, organoleptiques et chimiques. Il y a moins de séparation de la crème qu'avec l'ébullition à l'air libre, moins d'altération de la couleur qu'avec le chauffage au-dessus de 100°. La durée du chauffage doit être basée sur trois éléments : le degré d'impureté du lait, la température de l'air, et le temps pendant lequel on veut le conserver (3).

Mais, d'autre part, on répond que seule la stérilisation à haute température (130°) est capable de détruire les germes, et que si elle est *très courte*, les propriétés du lait ne sont pas sensiblement modifiées. On a proposé, en conséquence, de réduire sa durée à quelques secondes !

Ce qui précède montre bien les divergences des spécialistes (4).

III

Le lait, aussi pur que possible, peut-il être considéré comme l'aliment par excellence de l'adulte? Non, certes; car beaucoup d'adultes, en parfaite santé d'ailleurs, ne le digèrent pas aussi bien que l'enfant. Cela ne saurait nous étonner : pour l'homme adulte, le lait ne peut être qu'un aliment *exceptionnel*. Alors même qu'il digère bien le lait, et n'a pas de diarrhée, ses selles

---

(1) Debove. Du régime lacté dans les maladies. (*Thèse d'agrégation*, 1878.)

(2) Rondot. Le régime lacté. Paris.

(3) Droop Richter (*Jahresbericht über die Fortschritte der Thierchemie*, 1899, p. 267) a trouvé, comme moyenne de *trente mille* traites, de 873 à 877 d'eau ‰, suivant les saisons.

(4) Cette substance grasse est constituée, pour près des deux tiers, par de la palmitine et de la stéarine, pour un tiers par de l'oléine, enfin par une petite proportion d'éthers de la glycérine.

(5) Babcock et Russell, puis Freudenreich, en ont fait connaître un, qui est analogue à la trypsine. Ils lui ont donné le nom, fort impropre, de *galactase*.

(1) R. Jemma. Ricerche sull'azione patogena dei fermenti della caseina. (*Riforma med.*, 15 et 16 déc. 1899.)

(2) Voir Bunge (Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. 3e éd. Leipzig, 1894), Hugounenq (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 5 juin 1899, 2 avril et 21 mai 1900, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 203, et 1900, p. 123 et 186), Pagès (*Thèse de doctorat ès-sciences*, Paris, 1893-1894).

(3) Backhaus et Braun. Das Milcheiweiss als Nahrungsmittel. (*Jahresbericht über die Fortschritte der Thierchemie*, 1899, p. 260.)

(4) On sait que la caséine se trouve en partie dans le lait à l'état de caséinate terreux.

(5) Certains laits de vache peuvent renfermer plus de 3 grammes de chlorure de potassium par litre.

(6) Cette proportion n'a rien d'extraordinaire; d'après R. Rosemann (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, 1899, LXXVIII, 9-10, p. 466), il peut apparaître dans le lait jusqu'à 6 % de l'alcool ingéré.

(7) Holst. Ueber Kettenkokken bei Milch als Ursache acuter Magendarmkatarrhe. (*Hygien. Rundschau*, 1897, VII, p. 417.)

(1) Miquel. La teneur du lait en bactéries. (*Ann. de microgr.*, déc. 1889.)

(2) Voir, notamment, Wein (*Jahresbericht über die Fortschritte der Thierchemie*, 1898, p. 239).

(3) A. Rodet. De la stérilisation du lait. (*Rev. d'hyg.*, déc. 1894.) — Valeur nutritive du lait stérilisé. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 30 mai 1896.)

(4) Il est clair que le régime lacté ne peut être institué qu'avec un lait dépourvu de principes nuisibles. Or, indépendamment des principes toxiques précédemment indiqués, le lait peut être rendu toxique par l'addition frauduleuse de diverses substances, surtout de celles qui sont introduites dans le but de prévenir la coagulation spontanée. Les industriels ne se contentent pas toujours de la soude; ils ont parfois recours à des substances beaucoup moins innocentes, par exemple au bichromate de potasse. Ainsi M. Denigès (*Rev. internation. des falsifications*, IX) a trouvé dans le lait jusqu'à 0 gr. 03 centigr. de ce sel par litre. On a aussi employé le formol.

renferment beaucoup de matières azotées. D'après le professeur Rubner (1), qui fait autorité sur ce point, on retrouve dans les selles 6.5 % de l'azote ingéré et 3.3 % de la graisse. Les résultats de Praussnitz (2) sont encore moins satisfaisants : le sujet sur lequel a porté l'expérience a ingéré en trois jours 9 litres d'un lait qui n'était, d'ailleurs, pas riche. Il a perdu du poids et, dans ses selles, on a retrouvé 11 % de l'azote ingéré; mais ce résultat est exceptionnel, et d'habitude, la perte de l'azote ne dépasse guère 6 à 8 %. Quant à la graisse, la proportion non absorbée n'atteint pas, en général, 7 %.

La non-absorption d'une fraction notable des matières albuminoïdes et de la graisse du lait n'est pas le seul défaut de cet aliment chez l'adulte; en raison de la forte proportion d'eau qu'il renferme, on peut dire qu'il est encombrant, et qu'il ne convient pas aux estomacs dilatés; puis il ne stimule pas le système nerveux; il ne donne pas la sensation de la force. « La vie, a dit un vieux maître, ne s'entretient que par les excitants. » Si cette proposition était exacte, le lait n'entretiendrait pas la vie.

Voilà les défauts du lait. Heureusement, plusieurs d'entre eux constituent, pour certains malades, un sérieux avantage.

IV

La fluidité du lait, le peu d'excitation de la muqueuse digestive qu'il détermine, malgré l'abondance relative de ses principes graisseux (3), le rendent indispensable dans beaucoup de *maladies du tube digestif*. Le repos de l'estomac et l'alimentation rectale sont une nécessité dans quelques états morbides de l'estomac, par exemple dans certains ulcères ronds; mais dès que l'alimentation rectale devient notoirement insuffisante, c'est de tous les aliments complets le lait qui est le mieux toléré (4). L'espace me fait défaut pour passer en revue les différentes affections du tube digestif où la cure de lait est utile et je renvoie aux travaux précédemment cités du professeur Debove et de M. Rondot; mais je ne puis omettre de signaler, au moins, certaines diarrhées et dysenteries chroniques où l'alimentation par le lait, pur ou additionné de féculents, fait merveille.

Dans beaucoup de *maladies du foie*, comme dans celles du tube digestif, le lait est un aliment précieux, admirablement supporté, alors que la viande est nuisible. Dans le traitement de l'ictère catarrhal on lui attribue — un peu théoriquement, peut-être — l'avantage de diminuer la toxicité du contenu intestinal. C'est là une opinion assez générale (5). Aussi M. Lyon estime-t-il que « le régime lacté est de rigueur pendant la plus grande partie de la durée de la maladie (6) ». Assurément, quand le malade le tolère; mais j'ai vu nombre d'ictériques le supportant mal, sans doute à cause de la trop grande richesse en beurre du lait de vache (1). Aussi je recommande de l'écrémer, de le diluer avec une eau alcaline, et de n'en donner qu'une quantité modérée. Deux litres peuvent être beaucoup trop; car deux litres du lait de certaines vaches renferment plus de 100 grammes de beurre.

Si on écrème le lait, peut-on, en revanche, y ajouter du sucre? Oui, en général; car le sucre est inoffensif. Mais, dans le cas particulier des ictériques, cette addition n'est pas heureuse, ces malades assimilant très mal le lévulose (2). Or, le sucre de canne donne moitié de son poids de lévulose. S'il est nécessaire pour l'alimentation du malade d'ajouter au lait une certaine quantité d'un hydrate de carbone, on pourra employer le glucose, ou, ce qui est généralement préférable, le tapioca ou quelque autre féculent.

Le régime lacté est la règle chez les *brightiques*, parce qu'il donne naissance à peu de toxines, et parce que le lait est diurétique sans irriter le rein. Il est également indiqué dans les hydropisies en général. Je crois inutile d'insister.

Le lait est aussi l'aliment principal des *fébricitants*. L'observation journalière montre qu'il est bien toléré par eux, et les recherches de von Hösslin (3) et de Sassetzky (4) paraissent avoir prouvé qu'il peut être aussi bien absorbé par eux que par les non-fébricitants. Le régime lacté empêche la dénutrition et favorise l'élimination des produits toxiques des maladies infectieuses; aussi son utilité est-elle universellement reconnue, surtout dans les maladies fébriles d'une certaine durée, notamment dans la fièvre typhoïde. Il est aussi particulièrement recommandable dans le rhumatisme articulaire aigu (R. Tripier) (5), dans la scarlatine (Jaccoud) où il prévient, dit-on, au moins dans une certaine mesure, les complications rénales.

Le régime lacté n'est pas sans avantage chez beaucoup de *nerveux*, parce qu'il nourrit sans exciter et parce qu'il atténue l'élément toxémique, mal connu d'ailleurs, mais réel, dans un bon nombre d'affections nerveuses. Un des premiers, j'ai préconisé le régime lacté chez les épileptiques (6) et je n'ai cessé de le recommander, convaincu de sa grande utilité chez beaucoup de ces malades. Naturellement, je n'impose pas le régime lacté exclusif; je permets les légumes, les féculents et même les œufs; mais j'interdis toujours le vin et, dans le plus grand nombre des cas, la viande.

On sait enfin que Dongkin a préconisé l'usage du lait écrémé dans le *diabète*, à la dose de 5 ou 6 litres par jour. Il semble, au premier abord, étrange de donner à des diabétiques une boisson sucrée, et relativement pauvre en graisse, aliment qui, chez le diabétique non acétonémique, est indispensable. Il est, d'ailleurs, positif que Dongkin et ses imitateurs ont obtenu quelques succès par ce singulier régime; et, quand on cherche à s'en rendre compte, il n'est pas difficile de voir que le résultat favorable ne tient guère qu'à l'alimentation insuffisante. En effet, si 1 litre de lait ordinaire fournit environ 650 calories, 6 litres de lait *écrémé* en donnent moins de 2,400, ce qui est trop peu pour un diabétique obèse. Si, chez ce diabétique, le pouvoir glycolytique n'est pas *très diminué*, l'effet pourra être favorable, car, en raison de l'alimentation insuffisante, l'économie consommera le lactose ingéré. Chez un diabétique grave, la cure de Dongkin me paraît absurde.

On voit qu'avec le régime lacté le médecin peut obtenir des effets très différents : faire engraisser un malade ou le faire maigrir, le reconstituer ou le débiliter. Mais, vu les variations du beurre, du lactose et des matières protéiques, c'est à la condition qu'il connaisse la composition du lait qu'il emploie. Cela est facile dans les grands hôpitaux où l'analyse du lait soumissionné est faite au moins toutes les semaines. Sachant, d'autre part, que 1 gramme de matière protéique donne, y compris le déficit de l'absorption, *près* de 9 calories, que 1 gramme de matière grasse en fournit *plus* de 3, et 1 gramme de sucre ou d'amidon *près* de 4, on connaîtra la valeur dynamique de l'alimentation d'un malade soumis à la cure lactée, soit exclusive, soit additionnée de féculents. On en saisit l'importance : il ne suffit pas de prescrire des médicaments, il faut nourrir, qualitativement et quantitativement, ni trop, ni pas assez.

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon

(1) M. RUBNER. Ueber die Ausnützung einiger Nahrungsmittel im Darmcanale des Menschen. (*Zeitschr. f. Biol.*, 1879, XV, p. 130.) — Naturellement, le lactose est bien absorbé.

(2) W. PRAUSSNITZ. Ueber die Ausnützung der Kuhmilch im menschlichen Darmcanale. (*Zeitschr. f. Biol.*, 1889, XXV, p. 533.) — D'après Raudnitz (*Zeitschr. f. physiol. Chemie*, XIV), si le lait est bouilli, les matières protéiques seraient moins bien absorbées; mais A. Magnus-Levy (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, 1893, LIII, 11-12, p. 558) dit avoir observé une bonne absorption avec du lait bouilli; il y a des différences individuelles. Pour la graisse on n'a pas noté de différence, que le lait fût bouilli ou non.

(3) La graisse ordinaire congestionne la muqueuse gastrique.

(4) On sait que la caséine du lait de vache se coagule en gros flocons. La masse ainsi formée peut être une cause d'irritation. Dans ces cas il est indispensable : 1° de ne laisser boire du lait qu'en petite quantité à la fois, à intervalles convenables; 2° d'*humaniser* ce lait, c'est-à-dire de lui faire subir une préparation qui le rapproche, au point de vue de la coagulation, du lait de femme (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 422).

(5) On sait que les putréfactions intestinales sont augmentées dans l'ictère, par suite du défaut de la bile dans l'intestin. — On sait, d'autre part, depuis les travaux de MM. Charrin et Roger (*Semaine Médicale*, 1887, p. 105), qu'avec le régime lacté exclusif la toxicité de l'urine des *sujets sains* est diminuée.

(6) LYON. Traité élémentaire de clinique thérapeutique. 4e éd., p. 420. Paris, 1902.

(1) Le lait d'ânesse, *a priori*, paraît convenir mieux. En effet, deux litres de ce lait ne renferment guère que 30 grammes de beurre.

(2) Voir mon article sur « La lévulosurie alimentaire dans ses rapports avec les affections du foie » (*Semaine Médicale*, 1901, p. 105).

(3) H. VON HÖSSLIN. Experimentelle Beiträge zur Frage der Ernährung fiebernder Kranker. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1882, LXXXIX, 1 et 2, p. 95 et 303.)

(4) N. A. SASSETZKY. Ueber den Einfluss fieberhafter Zustände und antipyretischer Behandlung auf den Umsatz der stickstoffhaltigen Substanzen und die Assimilation stickstoffhaltiger Bestandtheile der Milch. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1883, XCIV, 3, p. 485.)

(5) Cité par BIOT. De la diète lactée dans le rhumatisme articulaire aigu. (*Rev. mens. de méd. et de chir.*, mars, avril et mai 1879, p. 187, 305 et 406.)

(6) LÉPINE. De l'épilepsie survenant à la suite d'écarts habituels de régime, chez des individus sanguins, et de son traitement. (*Rev. mens. de méd. et de chir.*, août 1877, p. 573).

MÉDECINE PRATIQUE

La galvanisation intracervicale de la matrice comme moyen de provoquer l'accouchement.

Comme la plupart des autres manœuvres frictions, massage, faradisation, etc.) ayant pour but d'éveiller, d'une façon directe ou réflexe, la contractilité de l'utérus, la galvanisation de la matrice est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée, les faits cliniques et l'expérimentation sur les animaux (Voir *Semaine Médicale*, 1883, p. 11) paraissant avoir suffisamment mis en évidence l'infidélité de ce procédé. Toutefois, en présence des perfectionnements considérables apportés, au cours de ces dernières années, à la technique de l'électrothérapie gynécologique, il y a lieu de se demander si les échecs enregistrés jadis ne tenaient pas surtout aux défectuosités du manuel opératoire; et, de fait, à en juger d'après les résultats obtenus récemment par M. le docteur Mironov, privatdocent de gynécologie et de pédiatrie à la Faculté de médecine de Kharkov, la défaveur dans laquelle est tombée la galvanisation, en tant que moyen de provoquer l'accouchement, ne serait rien moins que justifiée.

En traitant des affections utérines par des courants continus d'après le procédé d'Apostoli, notre confrère a remarqué que, lors de l'introduction de l'électrode dans le col utérin et un peu au-dessus de l'orifice interne, la matrice se contracte beaucoup plus énergiquement que pendant le séjour de l'électrode dans la cavité même de l'organe. Ce fait, joint à la disposition anatomique des ganglions et des troncs nerveux destinés à l'innervation de la matrice (ils sont groupés surtout dans le voisinage de l'orifice interne du col), a engagé M. Mironov à recourir, pour exciter la contractilité de l'utérus, à l'emploi de l'électrode intra-utérine bipolaire d'Apostoli; celle-ci, comme on le sait, n'est autre chose qu'une sonde en caoutchouc mesurant 3 ou 4 millimètres d'épaisseur et portant à l'une de ses extrémités deux rondelles de platine ayant, chacune, 2 centimètres de long et séparées par un intervalle de caoutchouc mesurant également 2 centimètres. La longueur normale du col utérin étant d'environ 3 centimètres à 3 centim. ½, on comprend qu'il suffit de pousser la sonde en question à 1 centimètre au delà de l'orifice interne pour faire passer le courant dans l'espace compris entre l'orifice externe et

le segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire dans la région où s'entre-croisent la plupart des nerfs de la matrice.

Ce procédé ayant produit, chez des malades atteintes d'affections utérines, des contractions très énergiques de la matrice, notre confrère a eu l'idée de l'essayer pour pratiquer l'accouchement prématuré. Voici quel est le *modus faciendi* adopté à cet effet par M. Mironov : la patiente étant couchée, on désinfecte les organes génitaux externes et le vagin au moyen d'une solution antiseptique; puis on découvre la portion vaginale de la matrice à l'aide d'un spéculum et on essuie le col utérin avec de petits tampons d'ouate imbibés d'un liquide antiseptique, de façon à débarrasser complètement le museau de tanche du mucus qui peut le recouvrir. Cela fait, on introduit l'électrode bipolaire de manière que le bord inférieur de la seconde pièce de platine reste visible près de l'orifice externe du col, et on fait passer le courant, en augmentant progressivement son intensité jusqu'à 50 ou 75, voire même jusqu'à 100 milliampères. Après la séance, dont la durée est de quinze minutes, on procède à un nouveau nettoyage du col, et la patiente est autorisée à reprendre ses occupations habituelles. Les séances sont répétées tous les jours, jusqu'à ce que le travail se déclare d'une façon définitive.

Sur 3 femmes chez lesquelles M. Mironov a eu l'occasion d'appliquer le procédé en question, 2 ont accouché après trois séances d'électrisation; pour la troisième, chez laquelle la contractilité utérine était particulièrement faible (l'accouchement précédent, normal, avait duré quatre jours), on fut obligé d'électriser le col de la matrice huit fois dans l'espace de quatre jours, en poussant l'intensité du courant jusqu'à 200 milliampères, la patiente restant complètement insensible même au courant de 150 milliampères. Malgré cette intensité tout à fait exceptionnelle du courant, notre confrère n'a eu à enregistrer chez cette femme, pas plus que dans les deux autres cas, aucun phénomène fâcheux : le nombre des pulsations oscillait, pendant les séances, entre 76 et 86 à la minute, et la température ne dépassa jamais 37°3.

L'électrisation intracervicale présenterait, sur les procédés usuels de provocation de l'accouchement, l'avantage d'être d'une innocuité absolue au point de vue de l'asepsie : à l'encontre de ce qui se passe, par exemple, pour la sonde de Krause, l'électrode n'est introduite que dans le segment inférieur de la matrice, où elle ne risque guère de déterminer, d'une façon directe, le décollement des membranes; de plus, les microoganismes que l'électrode pourrait entraîner dans le col ne sauraient résister à l'action du courant électrique. Il convient, en outre, de tenir compte qu'en provoquant les contractions de l'utérus par excitation des éléments nerveux, la galvanisation imite en quelque sorte la nature; en respectant, d'ailleurs, l'intégrité des membranes, elle conserve au travail son caractère physiologique. Enfin, le procédé en question paraît également devoir être préféré aux injections de glycérine, pratiquées entre l'œuf et la surface interne de l'utérus, et qui, pour être plus expéditives, n'en sont pas moins dangereuses, puisqu'elles ont, dans certains cas, donné lieu à des phénomènes plus ou moins graves de néphrite et d'hépatite par intoxication (Pfannenstiel, Teilhaber, etc.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1902.

De la chloroformisation chez les cardiopathes.

M. Bucquoy. — Comme MM. Huchard et Berger l'ont soutenu au cours de la dernière séance, je suis absolument convaincu que, contrairement à l'opinion généralement reçue, l'emploi du chloroforme n'est pas contre-indiqué chez les sujets atteints d'une lésion cardiaque.

J'estime, en outre, que le danger d'une syncope mortelle au cours de la chloroformisation n'est pas sensiblement augmenté par le fait d'une cardiopathie, surtout s'il ne s'agit que de certaines altérations orificielles. L'état général du malade et les conséquences éloignées de l'affection cardiaque sont cependant à prendre en sérieuse considération et exigent des précautions particulières.

Je crois enfin que, parmi les affections organiques du cœur, les lésions de l'orifice aortique — exposant le plus à la syncope et aux morts subites — sont celles dont il faut le plus se méfier au point de vue de la chloroformisation.

M. Chauvel déclare partager les idées de MM. Huchard, Berger et Bucquoy sur l'innocuité de la chloroformisation chez les cardiopathes, mais que, pour éviter les accidents aussi bien chez ces malades que chez les individus normaux, le chirurgien doit, non pas confier l'anesthésie à un chloroformisateur-spécialiste, comme l'a conseillé M. Huchard, mais apprendre aux élèves à bien administrer le chloroforme et lui-même en surveiller toujours l'emploi.

M. Le Dentu considère également les conclusions de M. Huchard comme pouvant servir de règle aux chirurgiens qui doivent opérer des cardiaques. Toutefois, l'orateur ayant vu jadis mourir, au cours d'une chloroformisation, une femme qui était atteinte d'une insuffisance tricuspidienne avec dilatation du cœur droit, il incline à croire que, d'une façon générale, le pronostic de l'anesthésie est un peu aggravé du fait de l'existence d'une altération du parenchyme cardiaque.

M. Lucas-Championnière fait observer qu'il soutient depuis 1886 que l'existence d'une affection cardiaque, chez un sujet devant subir une opération, ne constitue pas une prédisposition aux accidents chloroformiques. De plus, les cardiaques réagissant très vivement à la douleur, il en résulte que l'anesthésie est plus nécessaire chez eux que chez les autres malades.

Si les cardiaques ne sont pas prédisposés aux accidents chloroformiques, il n'en est pas de même des sujets atteints d'affections pulmonaires. En effet, ce sont presque toujours des lésions du poumon, et notamment des altérations tuberculeuses, que l'on trouve à l'autopsie des patients ayant succombé au cours d'une chloroformisation. C'est donc sur l'état de la respiration et non sur celui du cœur qu'il faut porter son attention lorsqu'on doit anesthésier un malade.

Quant à l'administration de l'agent anesthésique, elle ne doit pas être confiée à un aide spécial; l'exemple de l'Angleterre, où il existe des chloroformisateurs de profession, est à cet égard très démonstratif, car c'est le pays où les cas de mort par chloroforme sont peut-être le plus nombreux. Ce sont donc les élèves qui, dans les hôpitaux, doivent administrer le chloroforme, mais toujours sous la responsabilité du chirurgien.

L'anesthésique doit, en outre, être donné progressivement et seulement goutte à goutte, sauf dans quelques cas où il est nécessaire d'agir vite, chez les enfants en particulier. Il faut avoir soin de s'assurer de la pureté du chloroforme, et, comme il n'existe à cet égard aucun réactif vraiment sûr, il est bon de ne faire usage que d'un chloroforme fraîchement distillé.

M. Richelot croit que, s'il est exact de dire que les affections mitrales compensées ne rendent jamais l'anesthésie chloroformique périlleuse, il y a lieu de faire quelques réserves au sujet des lésions aortiques, de la symphyse cardiaque, de la dégénérescence graisseuse du myocarde, de la dyspnée, de la cachexie profonde, etc.

L'orateur ajoute que, dans le but de régulariser l'action du chloroforme, il a l'habitude de faire précéder son administration de quelques inhalations de bromure d'éthyle. Cette pratique a surtout pour avantage de prévenir les accidents réflexes qui peuvent déterminer la mort au début de la chloroformisation, avant même toute imprégnation de l'économie par l'agent toxique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 février 1902.

Les injections sous-cutanées de méthylarsinate disodique contre les fièvres paludéennes.

M. A. Gautier communique les observations de 7 malades hospitalisés à Constantine, dans le service de M. A. Billet (médecin militaire), et atteints de fièvre intermittente, soit quotidienne, soit à caractère pernicieux, qui avaient été traités inutilement par le sulfate de quinine à doses élevées et qui ont guéri à la suite de l'emploi du méthylarsinate disodique (1) en injections sous-cutanées, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 centigr. Vingt-quatre ou quarante-huit heures après deux ou trois — rarement plus — de ces injections, les hématozoaires, dont la présence avait été constatée dans le sang les jours précédents, avaient entièrement disparu.

La médication arsenicale semble donc, au point de vue de sa spécificité et de son efficacité, plus puissante que la médication quinique contre le paludisme; elle a, en outre, l'avantage de relever rapidement l'appétit et les forces et d'augmenter, dans de notables proportions, le nombre des globules rouges.

Les courants de haute fréquence et de haute intensité comme moyen d'anesthésie en chirurgie dentaire.

MM. L.-R. Regnier et **H. Didsbury** adressent une note relative aux résultats de leurs recherches sur l'emploi des courants de d'Arsonval comme moyen d'anesthésie en chirurgie dentaire (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 220). Ils se servent dans ce but d'une électrode fixée sur la mâchoire du patient, et constituée par un moulage revêtu à l'intérieur d'une feuille métallique, qui le rend conducteur, et d'une couche de pâte d'amiante humide, pour absorber la chaleur développée par le courant. Ce dernier, réglé à 300,000 alternances par seconde, doit être appliqué durant cinq ou dix minutes, suivant qu'il s'agit d'une dent mono ou polyradiculaire, avec une intensité de 150 à 200 milliampères; il est important que le siège sur lequel est assis le malade soit dépourvu de pièces métalliques, celles-ci ayant le double inconvénient de provoquer des sensations désagréables et d'entraver l'action analgésiante de l'électrisation.

Par ce moyen, MM. Regnier et Didsbury ont obtenu l'insensibilisation parfaite de dents mono ou polyradiculaires non atteintes de périostite, ainsi que celle de caries non pénétrantes douloureuses; l'action du courant de haute fréquence est moins sûre en cas de périostite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1902.

Sur les accidents mortels de la chloroformisation.

M. Delorme. — Je n'ai perdu qu'un seul malade par le chloroforme. C'était un homme de trente-six ans environ, qui devait subir une cure radicale de hernie et qui avait absorbé moins de 10 grammes de chloroforme quand il succomba; l'autopsie montra l'existence d'une insuffisance mitrale. Je dois ajouter que ce sujet était particulièrement inquiet de l'opération qu'il allait subir et qu'il avait manifesté ses craintes avant le commencement de l'anesthésie.

Ce fait ne me permet pas de partager l'optimisme de M. Lucas-Championnière, relativement à l'innocuité de la chloroformisation chez les cardiaques.

M. Schwartz. — J'ai vu plusieurs de mes opérés succomber sur la table d'opération, mais une seule de ces morts peut être imputée au chloroforme; il s'agissait d'un cas d'angine de Ludwig chez un diabétique, et l'état du malade était si grave que j'aurais dû refuser de l'endormir.

M. Routier. — J'ai eu à déplorer une mort par le chloroforme, et je dois reconnaître que dans ce cas une faute avait été commise. En ce qui concerne l'éther, je l'ai essayé pendant près d'un an, mais j'y ai renoncé parce que j'ai ob-

(1) Ce sel a pour formule $As(CH^3)O^3Na^2$; il est très voisin, au point de vue chimique, du cacodylate de soude, lequel constitue le diméthylarsinate sodique, $A^3(CH^3)^2O^2Na$.

servé un certain nombre de congestions pulmonaires consécutives à l'éthérisation.

Pour ma part, je suis convaincu que les cardiaques supportent parfaitement le chloroforme.

M. Delbet. — Il m'a semblé que l'emploi successif du bromure d'éthyle et du chloroforme était particulièrement toxique pour la cellule hépatique; pendant une suppléance que j'ai faite dans le service de M. Richelot, j'ai remarqué, en effet, que beaucoup de patients anesthésiés par ce procédé présentaient de l'ictère.

M. Richelot. — A propos de l'anesthésie par inhalation successive de bromure d'éthyle et de chloroforme, j'ai simplement dit que cette méthode me paraissait donner la plus grande sécurité dont il pût être question en pareille matière : toute anesthésie, en effet, quelle que soit la méthode employée, présente en elle-même un certain risque.

Le bromure d'éthyle me semble agir d'une façon favorable en engourdissant la muqueuse pituitaire au début de l'anesthésie; il suffit, pour atteindre ce but, de quelques inhalations de bromure, sans que l'on doive chercher en aucune façon à obtenir ainsi l'anesthésie.

Quant aux accidents d'ictère signalés par M. Delbet, je dois dire que je ne les ai jamais observés, et je me demande dans quelles conditions ils ont pu se produire.

Traitement de l'exstrophie de la vessie.

M. Picqué. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Estor (de Montpellier), relative à un cas d'exstrophie de la vessie que notre confrère a traité avec succès par le procédé de Maydl; je me bornerai à vous dire que le résultat a été très satisfaisant. Dans ce procédé, la conservation des sphincters urétéraux me paraît avantageuse au point de vue de la protection des uretères contre l'infection ascendante qui pourrait résulter de la greffe rectale.

M. Quénu. — Je crois au contraire que, dans le traitement de l'exstrophie de la vessie, l'avenir est aux procédés d'abouchement dans le rectum. Toutes les autres opérations sont loin de donner des résultats éloignés satisfaisants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1902.

Sur quelques points de la symptomatologie de la paraplégie spasmodique syphilitique.

M. Marie. — La paraplégie spasmodique est, après le tabes, la forme le plus fréquemment observée de myélopathie syphilitique; bien qu'un assez grand nombre de travaux aient été publiés sur cette affection, tant en France qu'en Allemagne, notamment par Erb qui en a donné la première description, il semble que l'on n'ait pas suffisamment mis en relief certains points de son histoire.

En premier lieu, la démarche des sujets atteints de cette myélopathie est désignée comme spasmodique, et elle l'est en effet; mais ce n'est pas la spasmodicité qui gêne le plus la marche, c'est la paralysie des fléchisseurs du membre inférieur. Celle-ci constitue, en effet, une localisation remarquable par sa systématisation et par sa constance; l'action du psoas est toujours diminuée d'une façon plus ou moins marquée : la flexion de la cuisse sur le bassin s'exécute très difficilement, ou du moins avec beaucoup moins de force que chez un individu normal. De même, on remarque un degré assez prononcé d'affaiblissement des fléchisseurs du genou et de ceux du pied, mais cet affaiblissement est généralement moins accentué que celui du psoas.

Il existe également, chez ces malades, un curieux trouble de l'adduction des cuisses. Lorsqu'un sujet atteint de paraplégie spasmodique syphilitique serre ses genoux l'un contre l'autre, on peut presque sans effort les écarter avec la main de 7 à 8 centimètres; mais une fois cet écartement obtenu, on ne peut aller plus loin, la force de résistance du patient s'y opposant; l'adduction des cuisses n'est donc affaiblie qu'au contact et non dans son ensemble. Il est probable, ainsi que l'a fait remarquer un de mes élèves, M. Goulden, que c'est à la paralysie du pectiné que doit être rapporté ce phénomène.

Les sphincters offrent aussi des troubles très spéciaux. Il ne s'agit nullement, en effet, comme on le dit trop souvent, d'incontinence, car le malade a la sensation très nette qu'il va uriner ou déféquer; ce qui lui manque, c'est le pouvoir de « se retenir »; il sent fort bien que l'acte va s'accomplir, mais s'il n'a pas à sa portée immédiate un urinal ou un bassin, il n'a pas le temps d'en demander un que déjà il est souillé. Ce n'est donc pas d'incontinence qu'il faut parler, mais d'*envies impérieuses*, et c'est là un caractère très précieux pour le diagnostic de la paraplégie spasmodique syphilitique.

Les altérations de la sensibilité sont rares dans cette affection; les troubles génitaux y sont, au contraire, fréquents et portent aussi bien sur la *libido* que sur la *potentia coeundi;* le réflexe crémastérien est assez souvent aboli.

D'ailleurs, la symptomatologie n'est pas exclusivement « paraplégique », car on rencontre un certain nombre de phénomènes « sus-paraplégiques », tels que des paresthésies ou de l'affaiblissement musculaire de l'un ou des deux membres supérieurs; en outre, les réflexes du poignet sont ordinairement exagérés.

Très fréquemment, enfin, ces malades présentent une émotivité exagérée, se traduisant par une tendance au rire ou au pleurer spasmodiques. Quelquefois aussi, mais cela un peu plus rarement, ils accusent une légère diminution de la mémoire.

Ces divers symptômes ont un caractère de constance tel qu'ils donnent à ces sujets un aspect vraiment spécial et contribuent à faire un type clinique bien tranché d'une affection qui, au point de vue anatomo-pathologique, ne paraît nullement systématisée.

Phlébite de la veine cave supérieure.

M. Launois montre un jeune homme chez lequel on constate une dilatation considérable, avec production de varicosités, de tout le réseau veineux superficiel du thorax, de l'abdomen et de la région dorso-lombaire. En outre, quand ce malade exécute des mouvements, il ne tarde pas à présenter un état cyanotique de la face avec gonflement des jugulaires et dilatation des veines superficielles de l'épaule et du membre supérieur. Ces phénomènes disparaissent rapidement par le repos. Il n'existe rien de semblable du côté des membres inférieurs.

En comprimant sur divers points les principaux troncs veineux sous-cutanés de la région thoraco-abdominale, il est facile de s'assurer que le sang y circule de haut en bas. Ce symptôme permet à lui seul d'affirmer que c'est à une gêne de la circulation dans le territoire de la veine cave supérieure qu'il faut rattacher tous les accidents observés; mais comme l'examen du cœur et des organes du médiastin est resté complètement négatif, qu'aucune cause de compression de la veine cave n'a pu être relevée, on doit admettre que c'est la lumière même de ce vaisseau qui est rétrécie. Quant à l'origine de ce rétrécissement, il semble plausible de l'attribuer à une endophlébite dont le patient aurait été atteint à la suite d'un panaris compliqué de phlegmon diffus du bras. C'est, en effet, quelques mois après cette affection que les veines du thorax ont commencé à se dilater et à devenir variqueuses, et, depuis lors, cette dilatation a toujours été en s'exagérant. Il est permis de penser que c'est au développement d'une circulation collatérale suffisante pour compenser la gêne de la circulation profonde, qu'est due l'absence chez ce malade de troubles fonctionnels graves.

M. Rendu dit avoir observé des accidents analogues, au niveau des membres inférieurs et de la partie inférieure du tronc, chez un homme qui avait été atteint d'une périphlébite de la veine cave inférieure à la suite d'une infection malarique grave. Les dilatations veineuses persistent chez ce malade depuis plus de quatre ans; elles atteignent aujourd'hui le volume du petit doigt, mais ne s'accompagnent d'aucun trouble de la santé générale. Le pronostic de ces phlébites infectieuses est donc relativement bénin.

Lipomatose d'origine nerveuse centrale.

M. Mosny présente un homme de trente-deux ans, atteint d'une lipomatose généralisée, mais prédominant surtout au niveau de la paroi thoracique antérieure, de l'abdomen et de la région dorso-lombaire; les régions riches en ganglions lymphatiques, telles que les aines, les aisselles, etc., sont au contraire indemnes; il en est de même des membres. Ces caractères permettent d'affirmer qu'on ne se trouve pas en présence d'une lipomatose d'origine ganglionnaire. On ne peut pas davantage admettre qu'on ait affaire à la maladie de Dercum, car, dans cette affection, la lipomatose s'accompagne de douleurs; or celles-ci ont toujours manqué, bien que le développement du tissu adipeux remonte à une époque très éloignée, peut-être même à la première enfance. Il ne s'agit pas non plus d'une affection familiale, aucun des parents du malade ne présentant rien de semblable. Lui-même n'est ni alcoolique, ni syphilitique; l'examen de son sang est resté négatif, de même que celui de ses urines; enfin ses réactions électriques sont normales. On est donc autorisé à admettre, en se fondant principalement sur la disposition absolument symétrique des masses adipeuses, que cette lipomatose n'est autre chose qu'un trouble trophique imputable à une lésion encore indéterminée du système nerveux central.

La névrite ascendante dans l'étiologie de la syringomyélie.

M. Guillain. — Voici un homme âgé de cinquante ans, qui a été atteint en 1881, à la suite d'une piqûre de la paume de la main gauche, d'un vaste phlegmon diffus. Quelques mois après se développa une amyotrophie de la main et de l'avant-bras, qui fut attribuée à une névrite ascendante. Actuellement, on constate une scoliose extrêmement prononcée, une déformation thoracique considérable et une atrophie musculaire de tout le membre supérieur. Il existe, en outre, de la thermo-anesthésie au niveau du tronc et des membres supérieurs, une exagération des réflexes tendineux, etc. On se trouve donc en présence d'un cas typique de syringomyélie.

J'ai observé avec M. Marie un autre patient chez lequel une syringomyélie au début paraît être consécutive à un phlegmon de l'aisselle. Enfin la littérature médicale renferme plusieurs faits semblables, ceux en particulier d'Eulenburg et de Schlesinger.

La syringomyélie, au point de vue de la pathologie générale, semble donc devoir être envisagée comme une modalité anatomo-pathologique pouvant être déterminée par des facteurs multiples, parmi lesquels l'infection par la voie des nerfs périphériques mérite d'être prise en sérieuse considération. Aussi y a-t-il lieu d'admettre désormais, à côté de la phase radiculaire, une phase médullaire ou syringomyélique des névrites ascendantes.

Céphalée syphilitique et ponction lombaire.

M. Milian. — Sur 8 syphilitiques atteints de céphalée chez lesquels j'ai pratiqué l'examen du liquide céphalo-rachidien, il m'a été donné de relever 2 fois une augmentation notable du nombre des éléments blancs. La céphalée, chez ces deux patients, reconnaissait donc pour cause une irritation des méninges, qui était aussi prouvée par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, indice d'une hydropisie ventriculaire que nous avons constatée dans ces deux cas. Cette hydropisie joue certainement un rôle dans la pathogénie de la céphalée syphilitique, puisque celle-ci est soulagée, au moins temporairement, par la ponction du canal rachidien.

M. Widal. — Les faits qui viennent d'être rapportés prouvent, une fois de plus, l'intérêt qu'offre l'exploration méningée chez les syphilitiques, alors même que ces malades ne présentent qu'un symptôme isolé, tel que la céphalée.

Je n'ai eu l'occasion de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien que dans un cas de céphalée syphilitique, chez un homme infecté depuis dix ans. Je n'ai décelé qu'une lymphocytose très discrète. La céphalée n'était d'ailleurs pas le seul symptôme observé chez ce malade, dont les réflexes étaient très exagérés.

Dans un cas d'hémiplégie syphilitique, avec céphalée intense, développée au troisième mois de l'infection, j'ai trouvé dans le liquide céphalo-rachidien une lymphocytose considérable; j'ai fait semblable constatation chez un sujet atteint de méningite syphilitique de la convexité, confirmée à l'autopsie.

J'ai examiné le liquide céphalo-rachidien de

plusieurs malades en pleine période éruptive de syphilis secondaire et chez 2 d'entre eux, n'ayant jamais présenté ni céphalée, ni aucun symptôme nerveux, j'ai remarqué une lymphocytose très discrète. Il est intéressant de noter qu'au début de la période secondaire, le virus syphilitique peut créer des réactions méningées légères, décelables seulement par la ponction lombaire.

J'ajoute que chez 10 sujets atteints de syphilis ancienne et ne présentant ni symptômes spécifiques, ni phénomènes nerveux, j'ai trouvé un liquide normal.

M. Guillain. — J'ai observé avec M. Marie un malade atteint d'accidents syphilitiques secondaires accompagnés d'une céphalalgie très intense qui disparut à la suite de la soustraction de 10 c.c. de liquide céphalo-rachidien par la ponction lombaire; l'amélioration persista les jours suivants; dans le liquide centrifugé, on ne trouva que de très rares lymphocytes. Aussi croyons-nous, M. Marie et moi, que certaines céphalées de la période secondaire de la syphilis sont sous la dépendance d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien et peuvent être favorablement influencées par la soustraction d'une petite quantité de ce liquide.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 février 1902.

Sur quelques modifications du sang dans l'anesthésie par le chloroforme.

M. Lœwy. — Dans toutes les expériences que j'ai faites, aussi bien chez l'homme que chez les animaux, relativement à l'influence de l'anesthésie chloroformique sur les éléments figurés du sang, la numération des globules sanguins a été effectuée, d'une part, avant la narcose, et de l'autre au début, au cours et à la fin de l'anesthésie. L'examen du sang a, en outre, été répété vingt-quatre ou quarante-huit heures après le réveil. Chez l'animal, la chloroformisation a été prolongée en moyenne pendant une heure.

Le fait fondamental qui se dégage de ces recherches, c'est une modification quantitative des polynucléaires neutrophiles. Le premier phénomène, en effet, que l'on observe au cours et surtout à la fin de l'anesthésie, est une hypoleucocytose neutrophile avec légère augmentation des mononucléaires; au bout de quelques heures, on constate, au contraire, une polynucléose neutrophile qui atteint son maximun au bout de vingt-quatre heures.

Le nombre des polynucléaires éosinophiles varie en sens inverse, et c'est au moment où les polynucléaires neutrophiles sont en plus grande quantité que les éosinophiles sont le moins abondants.

Technique pour l'étude des flagella de l'hématozoaire du paludisme.

M. Laveran dit que, pour étudier facilement les flagella de l'hématozoaire, il faut prendre, de préférence, du sang de pigeons récemment arrivés de contrées où règne la malaria. Ce sang ne doit pas être examiné pur, mais après addition de sérum physiologique; grâce à cette précaution, la mobilité des flagella persiste beaucoup plus longtemps, et ces éléments se colorent plus facilement. Ils se présentent alors sous la forme de petits cylindres curvilignes et renflés tantôt vers leur partie moyenne, tantôt au niveau de l'une de leurs extrémités. Quelquefois, on voit dans le champ de la préparation un ou deux flagella pénétrer dans les éléments femelles et les féconder.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 5 février 1902.

La ponction lombaire dans le traitement des méningites purulentes.

M. Krönig montre un homme chez lequel une ponction lombaire permit de retirer une sérosité purulente contenant des méningocoques de Weichselbaum; la pression, qui avant cette petite opération était de 500 millimètres, retomba à 250 millimètres aussitôt après. Deux jours plus tard, une nouvelle ponction ne donna issue qu'à une faible quantité d'un pus très concret; pour le diluer, l'orateur instilla lentement, par la canule, 6 c.c. d'eau physiologique stérilisée, ce qui eut pour effet d'évacuer un flot de liquide purulent. Après plusieurs ponctions, le malade a fini par se rétablir; la sérosité, en dernier lieu, était claire et ne renfermait plus de cocci.

M. Jacob rappelle la communication qu'il a faite, il y a plus de deux ans, sur les injections de substances modificatrices dans la cavité sous-arachnoïdienne des sujets atteints de méningite purulente (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 406); cette méthode, sur 3 cas, lui a donné 2 succès.

M. A. Fränkel ne croit pas à l'efficacité des injections sous-arachnoïdiennes, dans le but de diluer le pus; par contre, la ponction lombaire rend des services en abaissant la pression crânienne, et de fait ce sont surtout les symptômes de compression qui sont améliorés par cette petite opération, ainsi que l'orateur a pu le constater récemment dans 2 cas, tous deux terminés par guérison.

M. Senator fait observer que la très faible quantité de liquide injectée par M. Krönig n'a guère pu assurer la dilution du pus; sans doute a-t-elle agi simplement en déplaçant un caillot. En ce qui concerne l'efficacité de la ponction lombaire, il ne faut pas oublier que certaines formes de méningite spinale purulente peuvent guérir spontanément; il est incontestable cependant que la ponction constitue un bon traitement symptomatique.

M. Fürbringer déclare aussi que, avec ou sans ponction, il a vu la méningite cérébro-spinale tantôt guérir, tantôt avoir une issue fatale. Il considère le pronostic comme d'autant plus sombre que le pus est plus épais et plus abondant, mais croit à l'utilité de l'injection intradurale pour la dilution des exsudats purulents.

Deux cas d'hémiatrophie de la face.

M. Rothmann présente 2 cas d'hémiatrophie de la face; dans l'un, l'affection est congénitale, dans l'autre elle est acquise. Ce dernier patient, actuellement âgé de trente ans, a remarqué, il y a trois années, l'apparition d'une ride frontale, un peu à droite de la ligne médiane; puis l'atrophie s'est peu à peu accentuée, intéressant les parties osseuses beaucoup plus que la peau.

L'étiologie de ce trouble demeure obscure. L'orateur déclare ne pouvoir accepter sans réserve la théorie de Mendel, qui incrimine, sur la foi d'une autopsie, une lésion du trijumeau; il faut se rappeler, en effet, qu'une telle lésion peut n'être que secondaire, le processus atrophique ayant pour effet de rétrécir les orifices osseux crâniens que traverse le nerf de la cinquième paire.

M. J. Israel a pu, dans un cas, attribuer l'hémiatrophie à une altération des filets du sympathique qui accompagnent le nerf facial. L'affection, en effet, était consécutive à une paralysie faciale au cours d'une otite; les troubles moteurs s'amendèrent, tandis que l'atrophie continua à progresser.

M. Rothmann estime que ce mécanisme pouvait être exact dans ce cas particulier, mais qu'on ne saurait le généraliser.

Sur la réfection des pertes de substance des canaux à revêtement épithélial.

M. König fait une communication sur la méthode générale de réfection des conduits à revêtement épithélial partiellement détruits, méthode qui consiste à mobiliser les deux segments du canal ainsi interrompu dans sa continuité et à les suturer l'un à l'autre. Il a pu, de la sorte, remédier à une perte de substance de l'œsophage, consécutive à un cancer de cet organe, ainsi qu'à 2 cas de sténose de la trachée après le tubage du larynx, et à une perte de substance de l'urèthre, à la suite de l'extirpation d'un cancroïde de la verge. Le procédé de Beck, pour la cure de l'hypospadias, repose aussi sur le même principe : il consiste, comme on sait, à disséquer la partie terminale de l'urèthre et à la fixer à son siège normal, en la faisant passer à travers un tunnel pratiqué dans le gland (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 65).

M. J. Israel déclare avoir pratiqué 2 fois l'opération de Beck; dans un de ces cas, notamment, le résultat de cette intervention n'a pas été très favorable; l'orifice uréthral se trouvait, en effet, dans la région scrotale, et la tension de l'urèthre, une fois la restauration effectuée, était telle, qu'il existait une courbure prononcée de la verge, surtout pendant l'érection.

M. König reconnaît que c'est là un inconvénient de l'opération de Beck, mais qui ne saurait en faire oublier les avantages, d'autant que l'hypospadias, à lui seul, peut causer des déviations du pénis.

Indications et légitimité du fœticide.

M. B. Wolff, continuant la discussion sur ce sujet, déclare qu'à son avis le médecin doit avoir un égal souci de la vie de la mère et de celle de l'enfant; mais il pense que, quand la prolongation de la grossesse met en danger les jours de la femme, c'est celle-ci qu'il faut considérer comme ayant le plus de valeur sociale, car elle a à remplir des devoirs d'épouse et de mère. L'orateur s'efforce ensuite de réfuter l'argument de M. Kossmann, à savoir que l'opération césarienne est à peine plus dangereuse pour la femme que la craniotomie; il cite la statistique de la clinique de M. Gusserow où, depuis dix ans, on a fait 47 embryotomies avec 3 décès seulement, et les 3 femmes ayant succombé étaient dans un état septique grave, consécutif, chez une d'elles, à une rupture de l'utérus. Il ne paraît pas douteux à M. Wolff que l'opération césarienne ne donne une mortalité plus élevée, surtout étant donné le moment où le médecin est appelé à intervenir, si tant est qu'elle soit encore possible à ce moment.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Accident mortel à la suite de l'administration d'un lavement, par M. GROSS.

Le malade dont l'observation fait l'objet du présent travail avait été opéré depuis cinq jours pour une ostéo-périostite chronique de l'extrémité inférieure des os de la jambe gauche, consécutive à une fracture sus-malléolaire, quand — la constipation étant absolue depuis l'intervention — on lui prescrivit un lavement glycériné, qu'il voulut s'administrer lui-même. L'introduction de la canule détermina une légère douleur dans le fondement; au bout d'un certain temps, il y eut une évacuation constituée par un peu d'eau mélangée à une quantité assez considérable de sang.

Le lendemain, le patient était pâle, défait, avait de l'anorexie, un pouls fréquent, une température de 38°4. Pensant à un simple embarras gastro-intestinal — et ignorant, d'ailleurs, les incidents de la veille —, l'auteur ordonna un lavement purgatif; mais la situation ne tarda pas à empirer, si bien que, la constipation restant opiniâtre, l'hypothèse d'obstruction intestinale fut admise et l'éventualité d'une laparotomie considérée comme imminente.

Ce n'est qu'au troisième jour, alors que le malade était dans un état des plus précaires, avec ballonnement considérable de l'abdomen, hoquet, vomissements bilieux, pouls à 130, que M. Gross fut enfin instruit de l'origine de ces accidents. Le toucher rectal et l'examen direct au moyen d'une valve lui permirent aussitôt de constater, sur la paroi gauche du rectum, une masse mollasse, sanieuse, constituée par des tissus sphacélés. Il n'était plus temps d'intervenir. Le malade ayant succombé dans la nuit, l'autopsie fit reconnaître qu'il s'agissait d'une gangrène partielle du rectum avec cellulite pelvienne, l'infiltration sanio-purulente remontant jusqu'au niveau du rein gauche.

Les traumatismes graves du rectum, à la suite de l'administration maladroite de lavements, sont devenus rares depuis que l'antique seringue à canule fixe a été remplacée par des instruments plus perfectionnés; aussi sont-ils à peu près passés sous silence dans les traités récents; l'observation que nous venons de résumer montre que, quelque exceptionnels qu'ils soient, il faut cependant y songer à l'occasion. Ajoutons que l'auteur a pu recueillir dans la

littérature 29 faits plus ou moins semblables au sien, dont 16 avec issue fatale; sur ces derniers, 13 concernent des sujets ayant succombé en peu de jours à des accidents septiques diffus, analogues à ceux qui caractérisèrent le présent cas. (*Rev. méd. de l'Est,* 1er novembre 1901.) — F. F.

De l'hémolysine streptococcique,
par M. Besredka.

Seul de tous les microbes, le streptocoque est capable de déterminer, dans l'organisme même, l'hémolyse du sang d'un animal vivant. Habituelle chez le lapin inoculé avec un streptocoque de haute virulence, cette hémolyse n'est cependant pas absolument constante, et, dans des cas rares, mais incontestables, on constate que, malgré la virulence du microbe, le sang de lapins tués par infection streptococcique n'est pas dissous, du moins au moment de la mort.

Si, pour isoler la substance hémolysante du streptocoque, on s'adresse à une culture en bouillon-ascite, milieu de choix pour le microbe en question, on peut s'assurer qu'après filtration sur bougie Chamberland, la culture ne présente plus aucune propriété hémolytique, d'où il faut conclure que l'hémolysine streptococcique est intimement liée au streptocoque et que celui-ci ne la laisse pas diffuser dans le milieu ambiant.

Il est néanmoins possible d'obtenir une solution d'hémolysine streptococcique, qui, par l'intensité de son action, ne le cède presque en rien à la culture non filtrée. Dans ce but, il importe de satisfaire à deux conditions, inhérentes l'une au milieu, l'autre au microbe: le *milieu* doit se rapprocher autant que possible du milieu naturel; le meilleur est constitué par du sérum de lapin chauffé pendant une demi-heure à 55°, afin de détruire la microcytase ou alexine qui existe dans le sérum; ainsi modifié, ce liquide se rapproche par sa composition du plasma sanguin. Quant au *microbe*, il est essentiel qu'il provienne directement d'un lapin dont il a hémolysé le sang; portés à l'étuve, les tubes ensemencés avec un tel streptocoque se troublent rapidement; la culture, déjà très abondante après quatre ou cinq heures, atteint son maximum en huit heures environ.

Quand on a besoin de grandes quantités d'hémolysine, par exemple en vue d'immuniser des animaux de grande taille, il est pratique, pour ne pas être obligé de sacrifier plusieurs lapins à chaque opération, d'avoir recours à du sérum de mouton mélangé à environ un quart de son volume de sérum de lapin. Bien qu'à lui seul le sérum de mouton constitue un milieu de culture des plus médiocres pour le streptocoque, le mélange en question fournit une hémolysine presque aussi active que le sérum pur de lapin. Au sérum de mouton on peut, d'ailleurs, substituer sans inconvénients le sérum de bouc, de bœuf ou de cheval.

Pour séparer la streptocolysine d'avec les corps microbiens, il ne reste plus qu'à filtrer la culture sur bougie Chamberland après addition d'un volume égal d'eau physiologique, la filtration étant souvent malaisée, voire impossible, sans cette précaution. La streptocolysine ainsi obtenue a une action très énergique: douze gouttes de substance active suffisent pour dissoudre en deux heures, à l'étuve, une goutte de sang défibriné de lapin.

Ce qui distingue cette substance d'avec les hémolysines cellulaires et, par contre, la rapproche des hémolysines bactériennes, c'est son absence de spécificité vis-à-vis de l'espèce animale dont proviennent les globules rouges. Elle dissout, en effet, quoique avec une facilité variable, aussi bien les hématies du lapin que celles de l'homme, du cobaye, du mouton, du bœuf, du cheval et du chien. Mais, contrairement aux autres bactériolysines, la streptocolysine résiste à une température de 55-56°, et il faut deux heures de chauffage à 70° pour lui enlever ses propriétés hémolysantes. Toutefois, l'action *prolongée* d'une température relativement peu élevée finit par la détruire; même la température de l'étuve lui est funeste, au bout d'un certain temps, et après vingt jours de température chambrée, toute action hémolytique a disparu. L'action du froid, ainsi que celle d'une forte minéralisation, retarde la destruction de la streptocolysine, sans cependant l'empêcher définitivement.

Bien que, d'une façon générale, l'hémolysine streptococcique agisse indifféremment quelle que soit son origine, il convient de noter qu'elle peut acquérir des propriétés diverses suivant la nature du sérum dans lequel elle s'est formée; on peut donc en conclure qu'il existe plusieurs variétés de streptocolysine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, décembre 1901.) — F. M.

Scarlatine hémorrhagique bénigne,
par M. Bouyer.

On sait la malignité toute particulière des fièvres éruptives hémorrhagiques, notamment chez les enfants. L'observation publiée par M. Bouyer prouve cependant que cette gravité, si elle est habituelle, n'est pas absolument constante.

Il s'agit d'une fillette de quatre ans et demi, qui serait née avant terme. Au septième jour d'une scarlatine jusque-là normale, en pleine période de desquamation, cette petite malade fut prise d'une hématurie abondante qui se prolongea durant trois jours, en même temps qu'apparaissaient des pétéchies sur le corps et les lèvres; ces hémorrhagies déjà très graves par elles-mêmes furent compliquées par une épistaxis qui persista trois heures et qu'on ne put arrêter qu'en plaçant dans les fosses nasales des tampons imbibés d'une solution d'antipyrine.

Malgré ces redoutables phénomènes hémorrhagiques, la convalescence poursuivit régulièrement son cours et, trois semaines environ après le début de l'exanthème, la guérison pouvait être considérée comme complète.

L'auteur est disposé à attribuer les hémorrhagies secondaires présentées par cette petite malade non seulement à la scarlatine elle-même, mais aussi à une disposition hémophilique qui s'était manifestée déjà, dix-huit mois auparavant, par des épistaxis abondantes au cours d'une rougeole. (*Arch. de méd. des enfants,* janvier 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Des rapports entre l'angine et le rhumatisme polyarticulaire aigu, par M. O. Minssen.

Les rapports entre l'angine et le rhumatisme polyarticulaire aigu, pressentis par Trousseau dès 1865, ont été confirmés depuis lors par un nombre considérable d'auteurs; aussi, malgré la très grande différence des chiffres exprimant la proportion des cas où ces rapports ont été constatés (de 1.7 % à 80 %), il paraît établi d'une façon définitive que les amygdales peuvent servir de porte d'entrée à l'agent infectieux, encore inconnu, du rhumatisme aigu. Disons tout de suite que, sur les 190 malades — soignés de 1894 à 1901, dans le service de M. le professeur Quincke, à Kiel, pour cette dernière affection — dont l'auteur a utilisé les observations pour son travail, ces rapports ont été observés 25 fois, c'est-à-dire dans 13.2 % des cas. Mais ce n'est pas là le point le plus important de l'étude de M. Minssen, qui s'est attaché surtout à éclaircir deux questions sur lesquelles les cliniciens n'ont pu se mettre encore d'accord.

La première concerne l'intervalle maximum de temps qui doit séparer le rhumatisme de l'angine pour qu'on soit autorisé à conclure à l'existence d'une relation entre ces deux affections; la deuxième a trait à la nature et à la forme de l'angine qui précède le plus fréquemment le rhumatisme aigu.

Pour ce qui est du premier point, dans 10 des 25 cas étudiés par l'auteur, le laps de temps ayant séparé le début du rhumatisme aigu de celui de l'angine a varié de trois jours à quatre semaines; il a été de huit à neuf jours en moyenne. Chez les malades pour lesquels cet intervalle fut le plus long, il fut possible de s'assurer que la première angine, la plus éloignée du début du rhumatisme, avait été suivie d'une seconde, passée inaperçue. Il semble en tout cas difficile de rendre responsable d'un accès de rhumatisme aigu une angine remontant à plusieurs mois, ainsi que le font certains auteurs; un délai de quatre semaines paraît déjà bien considérable lorsqu'on songe qu'il suffit le plus souvent de quelques jours pour qu'une infection locale aboutisse à l'infection générale de l'organisme, telle que la pyohémie. Aussi, pour les faits de ce genre, il s'agit, d'après M. Minssen, soit de collections purulentes restées dans les lacunes amygdaliennes à la suite d'une angine, et qui, à un moment donné, ont servi de point de départ à l'infection générale, soit d'une force de résistance plus grande des amygdales qui, à la longue seulement, se laissent pénétrer par les microorganismes pathogènes. Chez 2 malades de cette catégorie, l'angine était lacunaire, chez 3 elle était catarrhale; dans les autres cas, l'affection amygdalienne était déjà trop atténuée au moment de l'observation pour qu'on pût en déterminer la nature. Deux patients seulement se portèrent tout à fait bien durant l'intervalle entre l'angine et le rhumatisme; 2 eurent dans cette période un état de malaise prononcé; chez les autres, enfin, le rhumatisme suivit immédiatement l'angine.

Quant à la forme de l'angine rhumatismale — qui, sur 15 cas, débuta 6 fois en même temps que le rhumatisme, tandis que 9 fois elle n'apparut qu'au cours de ce dernier —, il s'agissait 1 fois d'angine pseudo-membraneuse, 3 fois d'angine lacunaire et 11 fois d'angine catarrhale simple. C'est donc cette dernière forme qu'on observe le plus fréquemment, et l'angine catarrhale peut être considérée comme l'angine rhumatismale par excellence, soit dans le sens de Trousseau — qui voyait en elle une des localisations du virus rhumatismal —, soit en tant que localisation initiale de ce virus.

Mais comment une angine qui survient en même temps qu'un rhumatisme, et à plus forte raison au cours de celui-ci, peut-elle constituer la cause de cette affection? Il est facile de répondre à cette question, si l'on tient compte de ce fait, admis d'une façon générale, que certains agents infectieux peuvent traverser les amygdales sans produire à leur niveau de phénomènes d'irritation. D'un autre côté, il s'agit souvent de sujets chez lesquels une angine qui ne s'était manifestée tout d'abord par aucun symptôme subjectif, et avait pour ce motif passé inaperçue, subit une exacerbation à l'occasion du début du rhumatisme, au point de faire croire qu'on se trouve en présence d'une affection tout à fait récente; d'autres malades ont eu une série d'angines séparées par des périodes de latence et chez eux l'angine survenant au cours du rhumatisme ne représente qu'une des nombreuses manifestations d'une certaine prédisposition.

Ajoutons que, pour l'auteur, l'angine apparaissant au cours du rhumatisme ne produit, sauf une légère élévation de température, aucun changement dans l'évolution de la maladie principale. (*Thèse de Kiel*, 1901.) — S. J.

Comment les Javanais obtiennent la narcose,
par M. L. Steiner.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, parmi les prisonniers détenus à l'hôpital de Surabaya (Java), un guérisseur qui traitait ses patients en les plongeant dans une sorte de sommeil anesthésique obtenu au moyen de la compression des artères carotides. A cet effet, l'opérateur, assis sur le sol, derrière le malade, saisit la nuque de celui-ci à l'aide des deux mains, puis il pousse, de chaque côté, l'index et le médius jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire inférieure où il enfonce ces deux doigts pour aller à la recherche d'un « vaisseau animé de battements », qu'il comprime ensuite sur la colonne vertébrale. Sous l'influence de ces manœuvres, on voit le patient devenir inquiet, en même temps que sa respiration s'accélère et devient plus profonde; puis, la tête ne tarde pas à retomber en arrière; on cesse alors de comprimer le cou, et le malade, après avoir gardé pendant quelques instants la même attitude immobile d'homme endormi, ouvre les yeux avec une expression d'étonnement, comme s'il venait d'être brusquement réveillé.

M. Steiner apprit bientôt que cette pratique est très répandue dans l'est de Java, ainsi que dans les îles de Madura et de Banka, et qu'on l'associe souvent au massage général, lequel paraît être très en vogue parmi les indigènes. La manœuvre est connue sous le nom de *tarik urat tidor*, c'est-à-dire « compression du vaisseau soporifique », et il nous semble intéressant de signaler ici, en passant, que l'artère carotide, désignée par quelques anatomistes anciens sous la dénomination d'*arteria soporifera*, porte encore à présent, en russe, le nom de *sonnaïa artéria* (artère du sommeil). Au dire des indigènes de l'archipel de la Malaisie, la pratique en question exercerait une action favorable sur la fatigue, sur les maux de tête, l'insomnie, etc.

Ces faits lui ayant paru mériter d'être étudiés de plus près, l'auteur a institué, à cet égard, une série de recherches sur 30 Javanais, dont 2 femmes. Il appliqua d'abord le procédé tel qu'il lui avait été enseigné par le guérisseur de Surabaya, mais dans la suite il fut amené à en modifier la technique, de façon à pouvoir mieux observer le sujet en expérience. Dans ce but, il s'asseoit en face du patient et saisit le cou de celui-ci, en plaçant la main droite sur le côté gauche du cou, et la main gauche sur le côté droit. Les bouts des doigts arrivés sur la nuque, il enfonce les deux pouces en arrière et un peu au-dessous des angles du maxillaire inférieur; la plupart du temps, on perçoit alors nettement les pulsations de la carotide interne, et il ne reste plus qu'à appliquer le pouce le long du vaisseau, en exerçant une pression modérée vers la colonne vertébrale. Sur 30 sujets soumis à cette manœvre, 5 seulement n'ont pas réagi; chez tous les autres, on vit rapidement survenir, au milieu de convulsions cloniques plus ou moins prononcées, une perte complète de la sensibilité et de la connaissance, de sorte que l'auteur a pu, chez un de ces individus, inciser un abcès inguinal sans que le malade s'en doutât. M. Steiner n'a jamais eu à enregistrer, au cours ou à la suite de ses expériences, le moindre accident; aucun patient n'a vomi, et on n'a pas, non plus, observé d'incontinence des urines ou des matières fécales. Il est bon, toutefois, de faire remarquer que les expériences ont porté sur des sujets exempts de toute affection du système vasculaire et que la durée de la compression a toujours été très courte.

Pour expliquer les phénomènes signalés ci-dessus, on ne saurait évidemment invoquer la suggestion, puisque les pressions exercées non pas directement sur la carotide, mais dans le voisinage de ce vaisseau, restent absolument sans effet. D'autre part, à en juger d'après les recherches instituées par l'auteur sur des cadavres, l'anémie cérébrale qu'on serait, à première vue, porté à incriminer dans la genèse de ces manifestations, ne serait pas seule en cause. La compression de la carotide interne ne saurait, en effet, avoir lieu sans entraîner une compression de la veine jugulaire, de sorte qu'à côté de l'anémie cérébrale par défaut d'afflux du sang artériel, il convient également de compter avec la congestion passive provoquée par la gêne de la circulation veineuse. Il se peut aussi que d'autres facteurs, tels que la compression du nerf pneumogastrique et des ganglions du sympathique cervical, interviennent pour leur part dans les phénomènes dont il s'agit.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation du mécanisme suivant lequel se produit le fait, il n'en mérite pas moins d'être retenu, et M. Steiner se demande si l'anesthésie par compression des carotides, en raison de son innocuité absolue et de la rapidité avec laquelle elle permet d'obtenir le sommeil et de le faire cesser, ne pourrait trouver sa place en chirurgie. D'autre part, la « narcose javanaise » serait, peut-être, susceptible d'être appliquée avec succès au traitement de certains troubles cérébraux, tels que céphalalgies, vertiges, insomnie, etc. (*Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene*, V, 12.) — L. CH.

Contribution à l'étude des adénomyomes méso-néphriques, chez la femme, et des atrésies génitales, par MM. L. Landau et L. Pick.

Les théories concernant l'origine des atrésies génitales sont si nombreuses qu'il semble difficile d'en concevoir de nouvelles; l'observation contenue dans le présent travail démontre cependant la possibilité d'une pathogénie non encore invoquée, en même temps qu'elle est un exemple fort rare de la lenteur évolutive des accidents dans certains cas d'atrésie.

Une femme non menstruée éprouvait depuis l'âge de douze ans des malaises réguliers et périodiques à type menstruel; leur aggravation lui fit accepter à deux reprises une intervention par voie vaginale, mais sans qu'elle en retirât aucun bénéfice. Elle s'était mariée à vingt-sept ans; le coït, quoique douloureux, était possible. Enfin, à quarante ans, les troubles pseudo-menstruels la tourmentant de plus en plus, elle se décida pour la troisième fois à réclamer une opération.

On s'aperçut alors que son vagin, de calibre à peu près normal, était barré, à 6 centimètres de la vulve, par une masse fibro-cicatricielle. Au-dessus de celle-ci, par le palper abdomino-rectal, on arrivait à constater la présence d'une tumeur à deux lobes, grosse comme une tête de fœtus. On porta le diagnostic d'atrésie vaginale compliquée d'hématomètre et d'hématosalpinx double.

L'opération, qui fut extrêmement laborieuse, confirma ce diagnostic : les trompes, kystiques, offraient de multiples adhérences; l'utérus n'était plus, lui aussi, qu'un gros kyste hématique; il était impossible de reconnaître le col, qui se perdait dans une masse fibreuse, épaisse, interposée entre le corps utérin, la vessie, le rectum et le cul-de-sac vaginal trop distant pour qu'on pût l'ouvrir. Après avoir enlevé les trompes, M. Landau prit donc le parti de fendre l'utérus de haut en bas sur la ligne médiane et de l'extirper par moitiés; il réussit ainsi à enlever le bloc fibro-cicatriciel qui occupait la place du col et à ouvrir le vagin par voie péritonéale.

La pièce obtenue était formée par le corps de l'utérus, devenu kystique, et, au-dessous de lui, par une masse d'aspect fibromateux, remplie de petits kystes, et dans laquelle le tissu utérin semblait se perdre, sans qu'on pût y découvrir trace d'un canal cervical. L'examen microscopique révéla l'existence d'une multitude de petits kystes ou canalicules groupés par îlots; les plus centraux de chaque îlot étaient tapissés par un épithélium cylindrique bas reposant sur une gaine de tissu adénoïde le séparant des fibres musculaires environnantes; les canalicules périphériques offraient un épithélium aplati, étaient dépourvus de gaine adénoïde, et souvent leur épithélium reposait directement sur le tissu musculaire voisin; ni les uns ni les autres ne communiquaient avec la cavité du corps de l'utérus.

Comparant cette pièce avec les descriptions de von Recklinghausen, les auteurs pensent que cette masse cysto-adénomateuse s'était développée aux dépens des débris du méso-néphros (corps et canal de Wolff). L'ancienneté des troubles menstruels et l'absence de tout commémoratif pouvant expliquer l'oblitération du canal cervical rendaient évidente l'origine congénitale de la tumeur. D'autre part, les canalicules ou leur épithélium ne rappelaient en rien le canal cervical ni les formations dérivées des canaux de Gärtner. Le néoplasme embryonnaire s'était donc développé aux dépens des organes wolffiens et avait amené par sa croissance l'oblitération des canaux de Müller, au point où ces derniers concourent à former l'utérus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 1.) — R. DE B.

Un cas mortel de tuberculose de la trachée avec varices de cet organe, par M. Gidionsen.

Le cas relaté par l'auteur mérite d'être signalé, étant donnée la rareté relative des lésions tuberculeuses — constatées à l'autopsie — de la trachée, et aussi en raison de la cause qui a déterminé l'issue fatale.

Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-un ans, dont une sœur était morte de tuberculose et qui, elle-même, était atteinte d'une toux pénible accompagnée d'expectoration, de troubles respiratoires et souvent de fièvre. L'examen répété des bronches, des poumons et du larynx n'avait révélé qu'un certain degré de bronchite chronique et d'emphysème pulmonaire; les crachats ne renfermaient pas de bacilles, et il n'existait aucun signe précis de tuberculose des organes respiratoires ou autres. Un jour, en montant un escalier, la malade fut prise d'une hémorrhagie assez abondante qui nécessita le repos au lit; au bout de quatre jours, tout étant rentré dans l'ordre, cette femme avait pu se lever, lorsque, le soir même, elle eut une nouvelle hémorrhagie encore plus abondante que la première et succomba au bout de vingt minutes.

A l'autopsie, on constata de la dilatation bronchique et de l'emphysème pulmonaire; les sommets des poumons ne présentaient pas la moindre altération tuberculeuse. Mais c'est au niveau de la trachée qu'on put faire les constatations les plus intéressantes : il existait dans cet organe de nombreuses veines variqueuses; en outre, un peu au-dessus de la bifurcation, ses parois étaient le siège d'une ulcération des dimensions d'une pièce d'un franc, située dans le voisinage immédiat des varices, et ayant des bords relevés et un fond couvert de granulations. Les deux bronches principales étaient remplies, depuis la bifurcation jusqu'à une profondeur de quelques centimètres, de sang en partie déjà coagulé. L'examen microscopique de l'ulcération révéla des lésions tuberculeuses incontestables, avec tubercules, caséification, cellules géantes, etc. Il ne fut pas possible de trouver de bacilles.

On doit considérer dans ce cas l'ulcération tuberculeuse et les varices de la trachée comme ayant évolué indépendamment; l'hémorrhagie mortelle fut causée par l'érosion d'une grosse varice envahie par l'ulcération dans sa marche progressive. Les poumons, emphysémateux et ayant, par conséquent, perdu la plus grande partie de leur élasticité, s'étaient trouvés impuissants à lutter contre l'obstruction bronchique déterminée par l'accumulation du sang et à se débarrasser de ce dernier. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 octobre 1901.) — S. J.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Sactosalpinx hemorrhagica, par M. Ralph Waldo.

Les deux observations contenues dans le présent travail tendent à battre en brèche la théorie régnante, qui considère les grossesses ectopiques comme la cause unique de l'hématosalpinx.

La première concerne une jeune fille de dix-sept ans, régulièrement menstruée, qui fut prise assez brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite avec fièvre et vomissements. Le lendemain, les règles faisaient leur apparition habituelle; on n'en ouvrit pas moins l'abdomen, dans l'après-midi, par crainte d'une péritonite appendiculaire. Il existait, en effet, de la péritonite, mais pas d'appendicite; par contre, la trompe droite, pleine de caillots sanguins, était plusieurs fois tordue autour de son axe longitudinal au voisinage de l'utérus; quelques adhérences la fixaient dans cette position et fermaient le pavillon. On l'extirpa, ce qui n'empêcha pas la malade de succomber. Les caillots contenus dans la trompe ne renfermaient rien d'anormal, et l'examen microscopique des parois tubaires ne montra que de la congestion, sans aucune trace de chorion ni de caduque.

Le second cas est fort analogue. Une femme de vingt-six ans, nullipare, dont les menstrues étaient régulières quoique douloureuses, éprouvait depuis trois mois des douleurs continues dans la fosse iliaque gauche, laquelle était occupée par une volumineuse tumeur qu'on prit pour un kyste suppuré de l'ovaire. A l'opération, on reconnut qu'il s'agissait d'un gros hématosalpinx. L'orifice du pavillon était oblitéré; l'extrémité utérine de la trompe l'était également, à cause de la torsion de l'organe autour de son axe longitudinal; le sang qu'elle contenait était liquide et son examen microscopique, comme celui de la paroi tubaire, fut absolument négatif au point de vue d'une grossesse extra-utérine (1). (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août 1901.) — R. DE B.

Ligature de l'artère innominée par une modification du procédé de Milton pour aborder le médiastin antérieur, par M. B. Farquhar Curtis.

Les procédés ostéoplastiques proposés pour aborder le médiastin exposent à la nécrose; la méthode de Milton, qui consiste à fendre le sternum sur toute sa hauteur, n'a pas cet inconvénient; mais, pour la ligature de l'artère innominée, il est inutile de pratiquer un délabrement

(1) De son côté, M. K. Kober (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 sept. 1901) relate 2 observations semblables, l'ayant amené à conclure dans le même sens que M. Waldo.

La première concerne une femme de vingt-huit ans, qui, à la suite d'un coït un peu brutal, accompli dans la période prémenstruelle, offrit une hématocèle rétro-utérine. La pâleur de la malade faisant craindre une hémorrhagie grave, l'abdomen fut ouvert; le cul-de-sac de Douglas était plein de caillots, mais les annexes des deux côtés étaient absolument normales; un fragment utérin, entraîné par une pince et qui fut examiné au microscope, ne présentait aucune altération rappelant l'état gravidique.

Chez la seconde patiente, âgée de trente-sept ans et multipare, l'hématocèle apparut à la suite de travaux pénibles, accomplis également dans la période prémenstruelle. A l'opération, on trouva les annexes des deux côtés tellement altérées qu'on les extirpa; l'ovaire droit contenait des abcès et la trompe était pleine de pus; à gauche, où l'on pensait trouver la trace d'une grossesse ectopique, en raison des relations de la trompe avec le foyer de l'hématocèle, on ne découvrit rien d'anormal, malgré l'emploi méthodique de coupes en série.

Il semble donc que, chez ces deux malades, l'hématocèle eut pour cause une hémorrhagie déterminée par l'effort ou le trauma, et favorisée par la congestion prémenstruelle des organes pelviens. — R. DE B.

aussi étendu; il suffit, en effet, de fendre la poignée sternale, comme le montre l'opération suivante, exécutée par M. Curtis chez un homme de cinquante-sept ans, atteint d'un anévrysme de la deuxième partie de l'artère sous-clavière et d'une dilatation marquée des branches du tronc innominé.

La peau fut incisée, sur la ligne médiane, du larynx au milieu du sternum; la poignée de cet os fut ensuite fendue de haut en bas, d'abord au moyen de la scie ordinaire, puis au ciseau. En tirant sur les deux lèvres de la fente osseuse avec de forts rétracteurs, on obtint un écart de 5 centimètres; les muscles sternaux furent ensuite détachés et les plans fibreux sous-jacents dissociés; on dut, à ce moment, lier quelques petites veines. Une grosse artère apparut alors, qu'on reconnut pour la carotide primitive énormément dilatée; on n'eut qu'à la suivre en descendant pour rencontrer l'artère sous-clavière, tout aussi grosse, et le tronc innominé, qui avait 3 à 4 centimètres de diamètre. On étreignit ce dernier avec un catgut double à un peu moins de 2 centimètres de sa bifurcation; les nœuds furent serrés modérément, juste assez pour arrêter la circulation sans rompre la tunique interne; une deuxième ligature au catgut, simple, fut placée à 8 millimètres environ en amont de la première, et serrée un peu plus que celle-ci. La plèvre et la veine innominée avaient été facilement reconnues et réclinées; le pneumogastrique et le nerf récurrent étaient demeurés invisibles. La brèche osseuse fut refermée au fil d'argent et la plaie drainée.

L'opération fut suivie d'une leucocytose marquée, de fièvre et d'un peu de suppuration; la guérison se fit cependant bien. Mais, dès le quatrième jour, on sentit quelques faibles battements au niveau de l'anévrysme; ceux-ci paraissant augmenter, on se décida, au bout de trois mois, à procéder à de nouvelles ligatures.

L'incision de découverte de la carotide primitive permit tout d'abord de constater l'oblitération parfaite de ce vaisseau, et, comme les pulsations de l'anévrysme étaient faibles, on pouvait en conclure que le tronc innominé avait cessé d'être perméable. On sectionna donc la clavicule pour essayer de trouver les collatérales pouvant alimenter le sac, ou la première portion de la sous-clavière, qui battait également. Mais aucune des branches visibles de la sous-clavière ne présentant de pulsations rétrogrades, on supposa que l'artère mammaire interne était en cause; en tout cas, la ligature de la sous-clavière en aval de l'artère thyroïdienne suspendit tout battement dans le sac et, sept mois après l'opération, le malade semblait définitivement guéri. La section de la clavicule ne s'était qu'imparfaitement consolidée. (*Annals of Surgery*, octobre 1901.) — R. DE B.

Des éraillures produites sur des cathéters enduits de cire comme moyen de diagnostic des calculs du rein et de l'uretère, par M. HOWARD A. KELLY.

Le diagnostic des calculs urétéraux ne reposant souvent que sur des probabilités, M. Kelly se sert, pour obtenir des indications plus positives, du procédé suivant :

L'extrémité d'un cathéter urétéral est plongée dans un mélange de deux parties de cire et d'une partie d'huile d'olive, préalablement liquéfié à la chaleur (pendant l'été, il faut augmenter d'une partie la proportion de cire). Ce mélange se solidifiant à la température ordinaire, l'extrémité de la sonde se trouve ainsi recouverte d'une couche de cire qui, pour être régulière, ne doit pas être trop épaisse; avant de faire le cathétérisme, on s'assure à la loupe que cet enduit offre une surface bien lisse. On introduit alors la sonde, en veillant à ce qu'elle ne frotte pas contre un instrument quelconque, notamment sur les rebords du spéculum; il faut donc autant que possible arriver à la placer dans l'uretère sans tâtonnements. Dès qu'elle est dans ce conduit, on la pousse lentement, attentif aux moindres résistances qu'elle peut rencontrer; quand elle vient à dépasser un calcul, on voit généralement s'écouler un peu d'urine plus ou moins trouble et sédimenteuse. On imprime alors au cathéter quelques légers mouvements de va-et-vient, puis on le retire avec les mêmes précautions que pour l'introduction.

S'il a effectivement rencontré un calcul, on peut remarquer à sa surface, grâce à la loupe, une série de stries ou d'éraillures caractéristiques et qui se distinguent assez bien des stries plus régulières ou des méplats que produit le spéculum, quand les deux instruments se sont touchés par mégarde.

Les causes d'échec sont assez rares : il faudrait que l'uretère présentât des coudures très prononcées, ou qu'il y eût des uretères surnuméraires, pour que la sonde ne reçût pas l'empreinte des calculs. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, octobre 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La résection du nerf honteux interne contre le vaginisme et le prurit de la vulve.

Préconisée, il y a environ quarante ans, par Simpson, la résection du nerf honteux interne n'est mentionnée aujourd'hui parmi les moyens de traitement du vaginisme qu'à titre de simple curiosité. Comme cette intervention paraît, cependant, tout à fait rationnelle et qu'elle a récemment donné de bons résultats dans certaines affections de l'urèthre et du périnée (Rochet, Albertin, Rafin), M. le docteur E. Tavel, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Berne, n'a pas hésité à y recourir dans 2 cas de vaginisme excessivement intense avec prurit vulvaire. Chez les deux patientes, les douleurs et les démangeaisons ont complètement disparu à la suite de l'opération, et la guérison a été définitive.

Au point de vue de la technique opératoire, il importe surtout d'éviter de sectionner les branches anales du nerf, accident qui donnerait lieu à de l'incontinence des matières fécales. L'incision devra être faite au milieu de l'espace qui sépare la tubérosité de l'ischion d'avec l'anus; de direction sagittale, elle se trouvera partagée par la ligne inter-ischiatique en deux moitiés égales. Avant de procéder à la section des divers rameaux nerveux, on se rendra soigneusement compte de leur destination, et à cet effet l'incision ne devra pas mesurer moins de 8 à 10 centimètres de long. Pour la détermination des branches motrices, on irritera les rameaux nerveux en les faisant glisser sur une sonde à goitre, et on sectionnera ceux d'entre eux qui innervent des muscles occasionnant des crampes douloureuses. En ce qui concerne les filets sensitifs, on déterminera leur point d'aboutissement en exerçant sur eux des tractions, et, suivant l'étendue de l'hyperesthésie, on sectionnera une ou plusieurs des branches labiale, vestibulaire, clitoridienne et périnéale superficielle.

Comme traitement post-opératoire, M. Tavel estime que, la région dont il s'agit étant toujours quelque peu suspecte au point de vue de l'asepsie, le drainage risque d'être plutôt nuisible qu'utile; de fait, dans les deux cas qu'il a eu l'occasion d'opérer, la guérison s'est faite sans la moindre réaction, bien que la plaie n'eût pas été drainée.

L'acide picrique contre la blépharite ciliaire.

Les applications d'acide picrique ayant donné d'excellents résultats dans le traitement de l'eczéma (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 200, 227, 336, et Annexes, p. 2), M. le docteur T. Isidori a institué dès 1897, à la clinique de M. le docteur F. Businelli, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Rome, une série d'essais en vue de déterminer la valeur thérapeutique de ce médicament dans les cas de blépharite ciliaire. Notre confrère s'est servi soit d'une solution préparée à chaud et contenant 1 gramme d'acide picrique pour 50 grammes d'eau distillée et 50 grammes de glycérine, soit d'une pommade composée de 1 gramme d'acide picrique et de 50 grammes de vaseline. Après avoir débarrassé la paupière des croûtes qui siègent à la racine des cils et l'avoir lavée avec une solution alcaline, on badigeonnait les bords palpébraux avec le liquide ci-dessus mentionné ou bien on y appliquait la pommade, en ayant soin de dépasser légèrement les limites du mal. On laissait ensuite les parties malades découvertes, afin d'obtenir, par l'évaporation de l'eau, une sorte de pansement sec permettant à l'acide picrique de se fixer sur l'épiderme. Les applications étaient répétées matin et soir.

Sous l'influence de ce traitement — qui a été essayé sur 12 malades de la clinique de M. Businelli et sur 4 autres, observés aux consultations externes dirigées par M. le docteur A. Fortunati, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Rome —, M. Isidori a vu survenir la guérison complète de la blépharite ciliaire dans un laps de temps variant entre dix et quarante jours, et cela alors même qu'il s'agissait de cas très anciens et ayant résisté à tous les moyens employés habituellement contre cette affection.

Traitement de la variole par la levure de bière.

Les effets favorables qu'on a obtenus par l'ingestion de levure de bière dans la furonculose (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 56) ont suggéré à M. le docteur S. Pietri (de Nice) l'idée de recourir à cette même médication contre la variole. Et, de fait, chez deux hommes d'une quarantaine d'années, non revaccinés depuis leur enfance et atteints d'une variole très confluente, la levure de bière fraîche, administrée à la dose de 5 ou 6 cuillerées à café par jour, à l'exclusion de tout autre moyen de traitement, a amené la dessiccation rapide des pustules, sans suppuration ni fièvre, et a prévenu la formation de cicatrices.

En se basant sur ces deux faits, notre confrère serait porté à croire que non seulement la levure de bière fraîche pourrait rendre d'excellents services au cours de la variole, mais encore qu'elle constituerait un bon moyen abortif de l'éruption variolique dans les cas où l'on y aurait recours dès le début de l'affection.

Pansement des plaies au moyen de la quinine en suspension dans de l'huile de foie de morue.

On se rappelle que M. le docteur H. Marx, médecin de l'hôpital de district de Lübbecke, a récemment recommandé l'emploi de la quinine en solution à titre d'hémostatique et d'antiseptique (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 376). De son côté, un médecin anglais, M. le docteur J. Reid (de Bristol), se sert également du même médicament pour le pansement des plaies, mais il l'utilise en suspension dans de l'huile de foie de morue (4 grammes de quinine pour 250 grammes d'excipient). D'après notre confrère, cette préparation — qu'on doit agiter avant l'application — présenterait l'avantage de limiter la suppuration, tout en exerçant une action tonique sur les tissus. M. Reid l'a employée avec succès contre les ulcères, syphilitiques ou autres, de la jambe, ainsi que dans un cas de gangrène des téguments et pour le pansement d'une vaste eschare consécutive à une brûlure. Il en recommande aussi l'usage dans certaines maladies cutanées, telles que l'intertrigo et l'eczéma.

Traitement de la teigne tondante par l'iode associé à la graisse d'oie.

On sait que les applications parasiticides, en particulier les badigeonnages à la teinture d'iode, employées sans épilation préalable, réussissent rarement à guérir la trichophytie du cuir chevelu, et cela en raison de la localisation profonde du parasite et du peu de prise qu'ont sur lui les antiseptiques. Pour remédier à cet état de choses, M. le docteur G. Th. Jackson, chef de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Columbia University, conseille d'employer, comme excipient, la graisse d'oie. Notre confrère prescrit une pommade composée de 4 grammes d'iode et de 30 grammes de graisse d'oie, qu'on applique deux fois par jour jusqu'à ce qu'il se produise un certain degré d'irritation du cuir chevelu; les applications sont alors faites une fois par jour seulement et, si la réaction est trop vive, on substitue pendant quelque temps, à la pommade iodée, des frictions avec de l'huile salicylée à 3 %. Sous l'influence de ce traitement, on verrait, au bout de deux à trois semaines, les poils malades tomber sans qu'il fût nécessaire de procéder à leur épilation; puis, des cheveux normaux ne tarderaient pas à repousser sur les plaques d'alopécie ainsi formées.

Les premières applications sont quelque peu douloureuses, mais la douleur ne persisterait pas longtemps, de sorte que le traitement pourrait être mis en pratique même chez de petits enfants. Il va sans dire que le moyen en question est susceptible de rendre les mêmes services dans les cas de sycosis parasitaire.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

Topographie de la région lombaire en vue de la ponction du canal rachidien.

Presque tout a été dit, et à maintes reprises, sur la ponction lombaire et la rachicocaïnisation; aussi ce travail a-t-il seulement pour but de fixer d'une façon précise l'anatomie topographique de la région lombaire, question insuffisamment étudiée par les auteurs classiques, car ce n'est que depuis peu de temps que la connaissance exacte des divers plans qui constituent cette région a acquis pour le médecin et le chirurgien une importance assez considérable. J'y ai joint, en outre, un bref exposé de la technique de la ponction du canal rachidien, avec l'indication d'un petit artifice qui, au cours d'un certain nombre de ponctions, faites tant sur le cadavre que sur le vivant — soit dans le but d'assurer un diagnostic douteux de fracture du crâne, soit pour injecter une solution de cocaïne chez des sujets atteints de sciatique rebelle —, m'a toujours permis de pénétrer sans hésitation dans l'espace sous-arachnoïdien.

I

La ponction lombaire se pratique de chaque côté de la crête épineuse, au niveau des espaces inter-lamaires. L'anatomie topographique de cette région est des plus simples, et j'espère que les planches, dessinées d'après nature, qui accompagnent ce travail en donneront, mieux qu'une longue description, une idée suffisante et claire. Mais auparavant, qu'il me soit permis de rappeler quelques notions d'anatomie *descriptive*, nécessaires pour la compréhension de ce qui va suivre.

Les éléments que l'on rencontre à la région lombaire sont :

Les *apophyses épineuses*, superposées en une crête verticale et réunies par les ligaments inter-épineux; elles forment une cloison médiane et verticale qui s'élève du milieu des arcs lamaires des vertèbres et sépare l'une de l'autre les deux masses musculaires des gouttières vertébrales.

Les *espaces inter-épineux*, qui ont, à la région lombaire, une direction presque horizontale ou très peu oblique en haut et en avant; plus étroits vers leur milieu, ils ont une hauteur moyenne de 5 à 6 millimètres.

Les *espaces inter-lamaires*, qui se présentent comme des découpures dans la paroi postérieure du canal rachidien, constituée, comme on le sait, par les arcs lamaires; ces espaces, de forme triangulaire ou losangique, ont leur plus grande largeur au niveau du plan médian, où ils s'unissent avec les espaces inter-épineux; c'est ce point qu'il faut viser pour que l'aiguille pénètre facilement dans le canal rachidien.

Les *ligaments jaunes*, qui ferment les espaces inter-lamaires; épais de plusieurs millimètres, ils sont tendus du bord et de la partie inférieure de la face antérieure de l'arc supérieur au bord et à la partie supérieure de la face postérieure de l'arc inférieur; ils s'imbriquent donc avec les arcs et assujettissent la paroi postérieure du canal rachidien, si irrégulièrement conformée sur le squelette. Au niveau de la ligne médiane, ils envoient dans l'espace inter-épineux un prolongement antéro-postérieur qui, semblable à une cloison, sépare l'une de l'autre les deux parties fibreuses des ligaments inter-épineux.

Les *ligaments inter-épineux*, que les classiques se bornent à décrire comme de simples membranes rectangulaires, fermant les espaces inter-épineux et insérées au bord de ces espaces; quant à la constitution intime de ces ligaments, les traités restent muets.

Or, les ligaments inter-épineux m'ont toujours paru constitués d'une partie médiane, élastique, représentant un prolongement du ligament jaune, et de deux parties latérales, fibreuses, qui couvrent les deux faces de la partie médiane, auxquelles elles adhèrent. Chaque partie latérale, resplendissante et nacrée, est formée de faisceaux fibreux qui rayonnent en éventail et se dirigent en bas et en avant. En haut et en arrière, ces faisceaux fibreux, serrés en un trousseau épais, s'insèrent sur la moitié postérieure du bord inférieur de l'apophyse épineuse sus-jacente, ainsi qu'au tubercule que cette apophyse présente parfois au point d'union de son bord inférieur avec son bord postérieur; en bas, ils divergent et s'insèrent de chaque côté de la ligne médiane sur les crêtes et surfaces d'insertion qui existent sur la face postérieure de l'arc lamaire sous-jacent. Sur une section horizontale ou verticale de l'espace inter-épineux, la constitution des ligaments homonymes est très nette : au milieu, on aperçoit la couche jaunâtre médiane, continuation du ligament jaune, et, de chaque côté, les couches fibreuses représentant les faisceaux que nous venons de décrire. L'épaisseur de la couche élastique médiane est assez variable : dans certains cas elle atteint plusieurs millimètres, dans d'autres elle est réduite à une mince cloison.

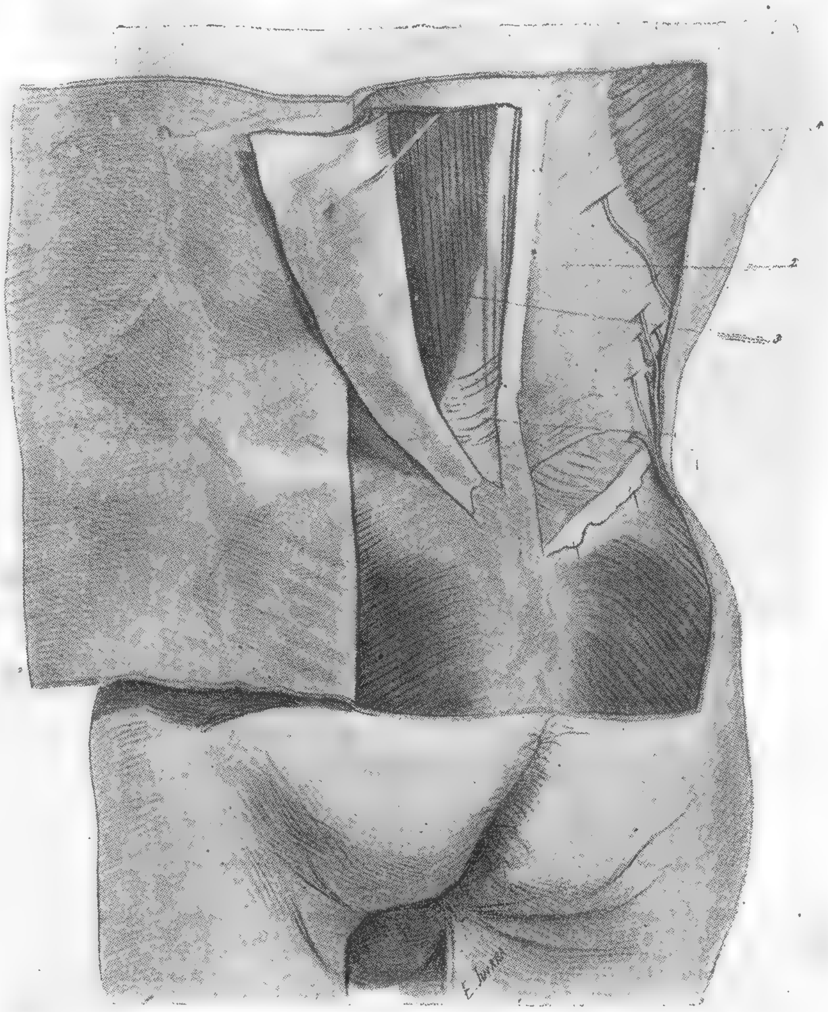


Fig. 1.

La peau et le *fascia superficialis*, sous la forme d'un grand lambeau carré, ont été rabattus à gauche. A droite, on voit le grand dorsal *1*, ainsi que l'aponévrose sacro-lombaire *2*, son tendon d'insertion spinale. Celle-ci présente vers sa partie externe nombre d'interstices par lesquels émergent des vaisseaux et des nerfs. A gauche, le grand dorsal et son aponévrose, ainsi que le petit dentelé, faisant un plan plus profond, ont été coupés et rabattus et on aperçoit, au-dessous, la puissante masse musculaire sacro-lombaire *3*.

II

Les *différents plans* qui se superposent et que l'aiguille traverse pour pénétrer dans l'espace sous-arachnoïdien sont les suivants :

1° La *peau*, épaisse, glabre, mais quelquefois parsemée de poils plus ou moins abondants. Assez mobile, surtout dans le sens transversal, elle est fixée sur la ligne médiane, le long de la crête épineuse, par un ligament émané du fascia superficialis et qu'on voit rayonnant, sur une coupe transversale, en forme d'éventail.

2° Le *fascia superficialis*, très épais et très riche en fibres élastiques. Il est composé d'au moins deux feuillets, car, avec la pointe d'un bistouri qui coupe et avec un peu d'adresse, on peut le diviser en un nombre variable de lames. Sur la ligne médiane, il s'insère par son feuillet profond sur les apophyses épineuses; le ligament cutanéo-épineux, que je viens de mentionner, en est une émanation; ce ligament, particulièrement visible sur une section transversale, se montre formé de lamelles disposées en éventail, qui, d'un côté, s'insèrent sur la crête épineuse, de l'autre, sur la face profonde de la peau.

3° L'*aponévrose sacro-lombaire*, constituée, dans sa plus grande partie, par le tendon d'insertion spinale du grand dorsal et représentée par un plan continu fibreux, resplendissant et nacré, si on se donne la peine de disséquer le très mince feuillet fibro-celluleux qui le recouvre et qui y adhère. Sur la *figure 1* (à droite), on voit ce plan aponévrotique disséqué; sur le côté gauche, il est rabattu, après avoir été sectionné un peu en dehors de sa ligne d'insertion. Il est formé de bandelettes obliquement dirigées en bas et en dedans et se continuant en dehors avec le corps charnu du grand dorsal. A la partie inférieure, il s'y ajoute d'autres fibres transversales, appartenant au tendon du petit dentelé inférieur et au feuillet postérieur du tendon lamellaire du transverse. Vers sa partie externe, l'aponévrose sacro-lombaire présente nombre de fentes, par lesquelles passent des filets nerveux et des vaisseaux.

4° *La masse musculaire sacro-lombaire* est toujours séparée de l'aponévrose de même nom par une nappe cellulo-graisseuse. Sur la *figure 1*, cette masse musculaire est vue par sa face postérieure; on remarque qu'elle est tendineuse au voisinage de la crête épineuse. Sur la *figure 2*, le tronçon lombaire de cette masse charnue, limité par deux sections transversales, a été détaché de ses insertions multiples et extirpé de la loge ostéo-fibreuse qui le contenait. La paroi interne (antéro-postérieure) de cette loge est représentée par les apophyses épineuses et les ligaments homonymes; sa paroi antérieure (transversale) est constituée, en dedans, par les lames vertébrales et les ligaments jaunes; en dehors, par les articulations des apophyses articulaires, puis par les apophyses costiformes, les muscles inter-transversaires, l'aponévrose moyenne du transverse avec les renforcements arqués qui constituent les ligaments costiformes. De nombreux vaisseaux et nerfs émergent au niveau de la partie interne de chaque espace inter-transversaire et se répandent en majeure partie dans cette masse charnue ou la perforent pour se rendre à la peau. La masse musculaire sacro-lombaire ne nous in-



Fig. 2.

La masse musculaire sacro-lombaire a été détachée et réséquée de la gouttière ostéo-fibreuse qui la contient. L'angle interne de cette gouttière seul intéresse dans la ponction lombaire.

1, ligament inter-épineux; *2*, capsule unissant les apophyses articulaires; *3*, apophyses épineuses. La croix indique le point où il faut enfoncer l'aiguille, point situé dans l'angle limité par le ligament jaune et le ligament inter-épineux.

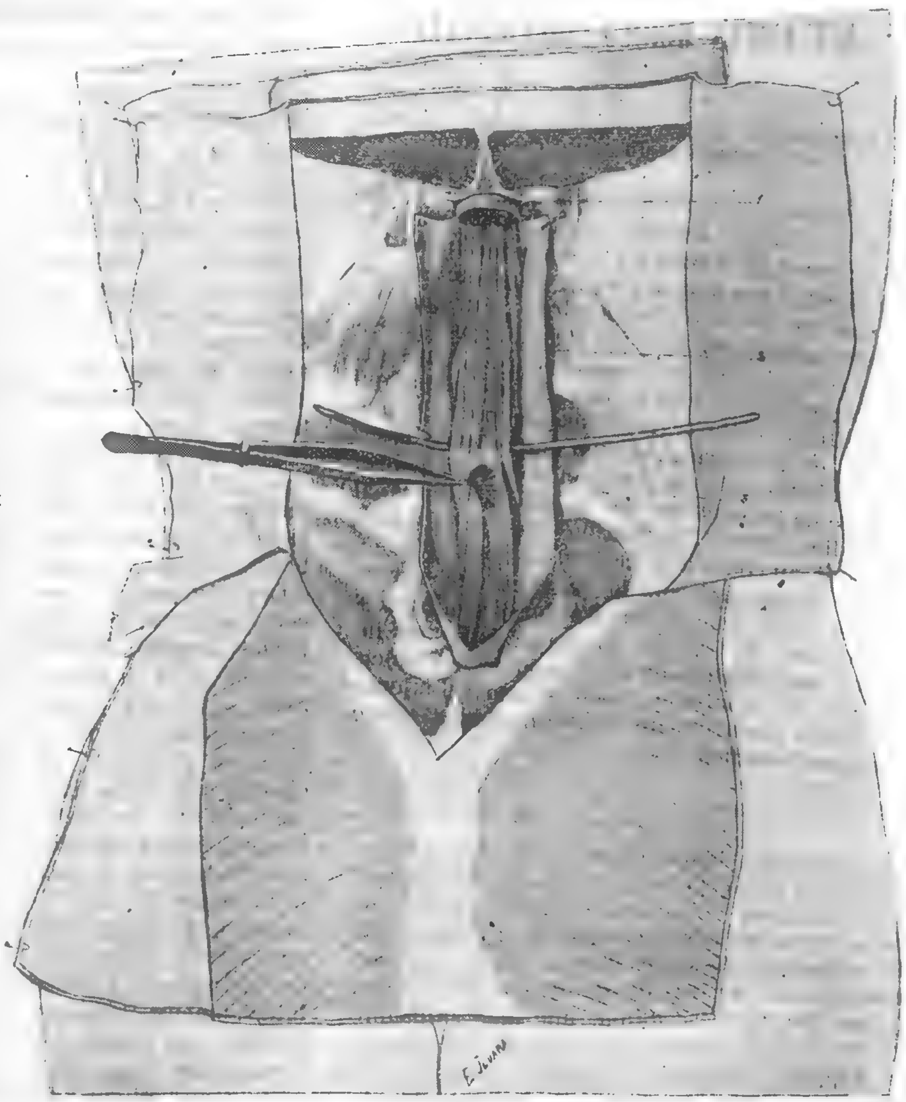


Fig. 4.

La dure-mère a été fendue et épinglée de chaque côté; on aperçoit la queue de cheval, engainée dans une très mince membrane, l'arachnoïde, qu'une pince à disséquer soulève sous la forme d'un cône, formant de nombreux replis délicats. Une sonde introduite par la partie antérieure de l'espace sous-dure-mérien (ou arachnoïdien) soulève la queue de cheval. Cette sonde passe dans l'espace absolument libre compris entre deux rangées de nerfs rachidiens. Autour de ces nerfs, l'arachnoïde envoie un prolongement, une véritable manchette; entre chaque nerf qui émerge et la queue de cheval, existe un espace triangulaire, rempli de liquide rachidien.

1, dure-mère; *2*, queue de cheval; *3*, arachnoïde; *4*, espace triangulaire séparant les deux moitiés de la queue de cheval.

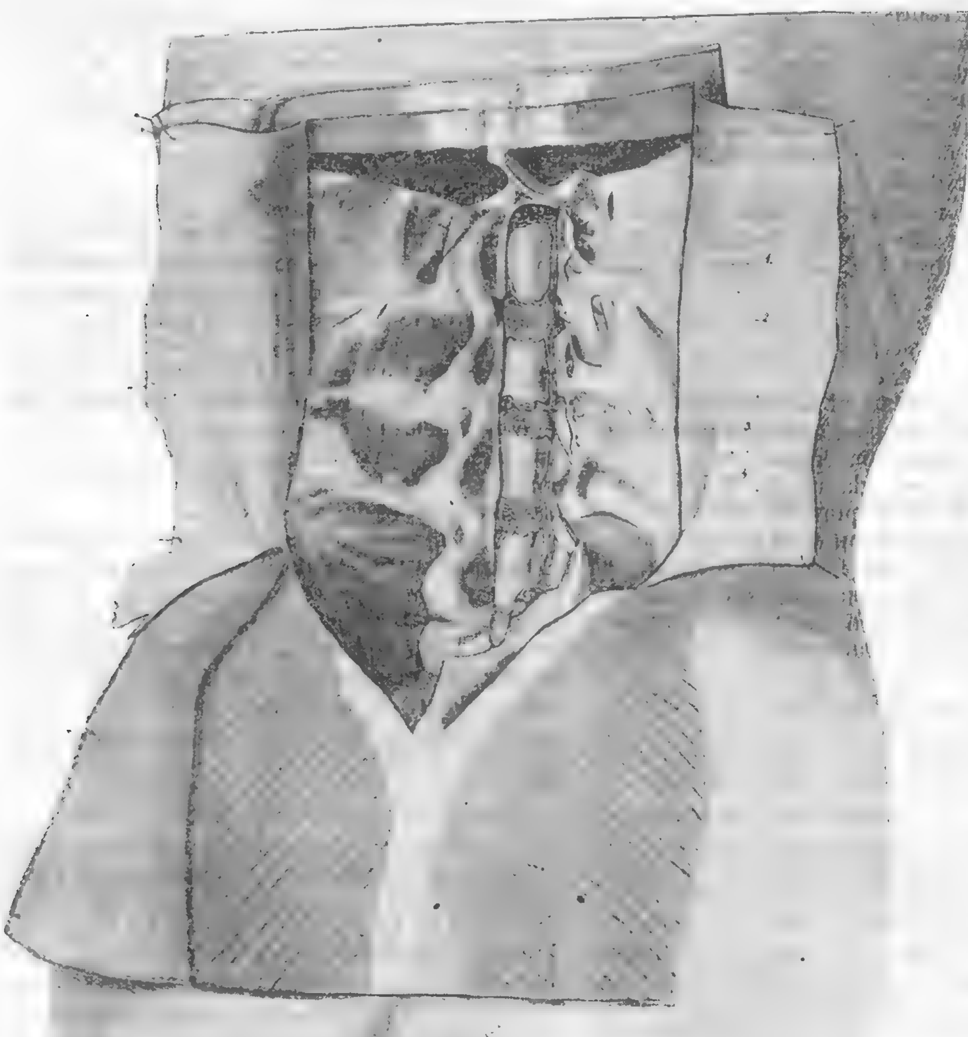


Fig. 3.

La paroi postérieure du canal rachidien (arc lamaire et ligaments jaunes) a été réséquée et la nappe celluleuse qui entoure la face postérieure de la dure-mère a été disséquée. A gauche, la résection s'arrête aux apophyses articulaires; à droite, elle s'étend un peu plus, et ouvre les canaux de conjugaison.

1, dure-mère; *2*, plexus veineux en ceinture, au niveau des lames; *3*, nerf rachidien, au niveau du canal de conjugaison; *4*, plexus veineux latéral.

téresse que dans sa partie la plus interne, celle qui confine à la cloison épineuse.

5º *Les ligaments jaunes*, formant une couche épaisse de 4 à 5 millimètres; l'aiguille doit les traverser vers leur partie interne, là où ils s'unissent avec les ligaments inter-épineux. Formés de tissu élastique, ils opposent à l'aiguille une résistance presque identique à celle d'une lame de caoutchouc. L'aiguille, mal dirigée, trop haut ou trop bas, buttera contre les confins osseux de l'espace, les lames.

6º *L'espace épi-dural*, occupé par une mince couche de tissu cellulo-graisseux, étalée en une nappe continue autour de la gaine dure-mérienne. Cette nappe m'a toujours paru un peu plus épaisse en regard des ligaments jaunes. L'espace épi-dural renferme aussi des plexus veineux (*fig. 3*) à mailles très serrées et entrecroisées, qui, échelonnés comme autant de ceintures transversales, enserrent la gaine dure-mérienne au niveau de chaque lame. Sur les côtés, ils se déversent dans le grand plexus pré-dural et ils reçoivent quelques canaux veineux, de volume variable, accompagnant dans le canal vertébral les nerfs rachidiens, autour desquels ils forment, dans les trous de conjugaison, de véritables plexus. Sur les faces latérales de la dure-mère existent aussi des plexus latéraux qui relient entre eux les différents plexus en ceinture que nous avons décrits plus haut.

7º *La dure-mère*, formant gaine autour de la moelle et de la queue de cheval; de constitution fibreuse, elle est résistante, quoique mince comme une feuille de papier à écrire. L'aiguille qui la perfore rencontre une résistance analogue à celle que lui opposerait une feuille de papier parcheminé, en même temps que la main perçoit une sensation caractéristique.

8º *L'espace sous-dure-mérien*, cavité séreuse virtuelle, limitée par les deux feuillets de la membrane arachnoïde.

9º *L'espace sous-arachnoïdien*, au niveau duquel l'aiguille doit s'arrêter; il est limité de toutes parts par l'arachnoïde qui forme une gaine complète, remplie de liquide céphalo-rachidien dans lequel baignent l'extrémité de la moelle avec son prolongement filiforme et les différents cordonnets nerveux composant la *queue de cheval* (*fig. 4*). Ces derniers occupent

surtout la partie antérieure du sac arachnoïdien, dont la partie postérieure, la plus large, est libre (*fig. 5*); ils forment d'abord un faisceau

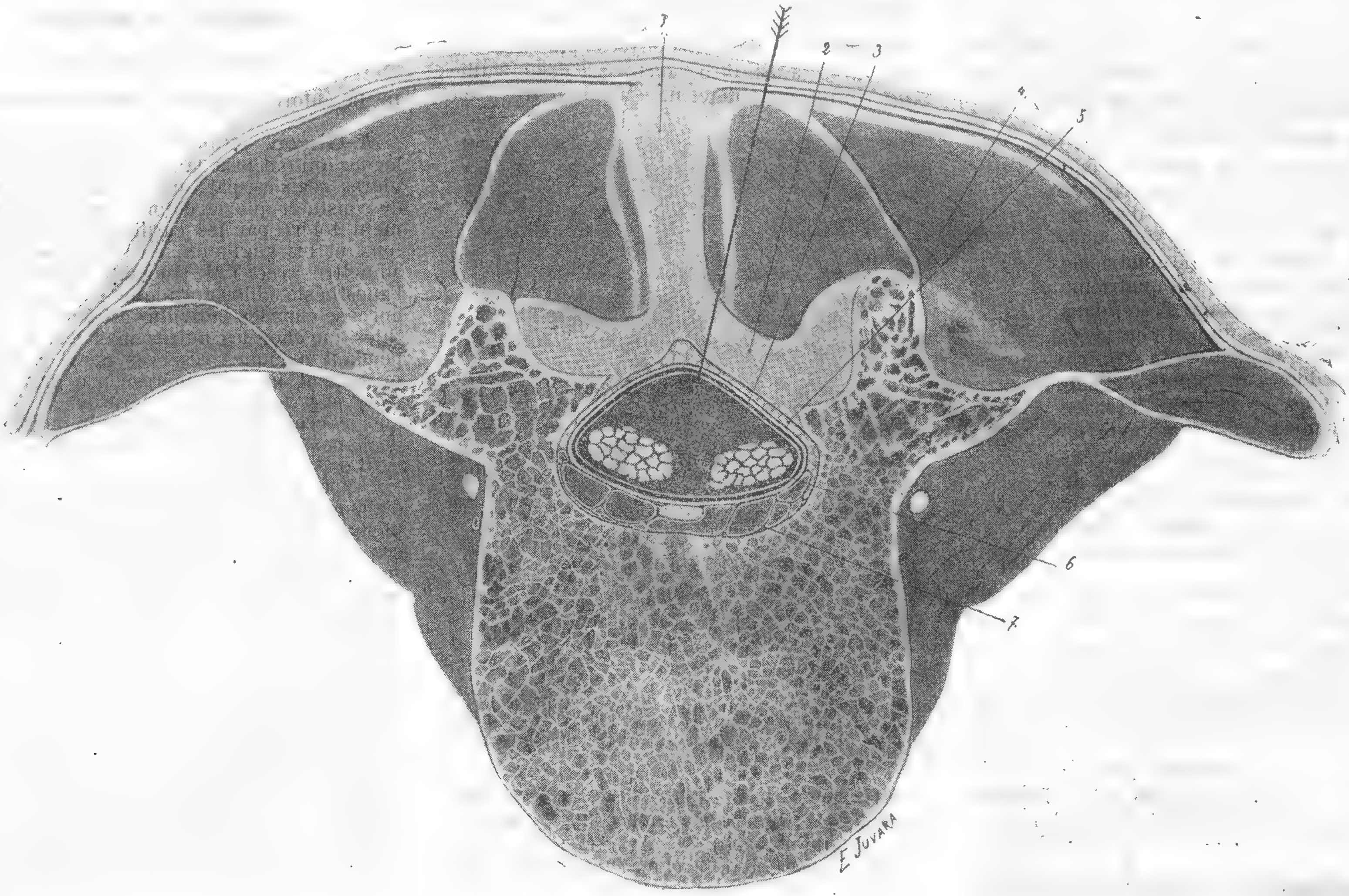


Fig. 5.

Section transversale demi-schématique, passant par le quatrième espace inter-lamaire. La flèche indique le trajet que doit suivre l'aiguille.
1, ligament inter-épineux; *2*, ligament jaune; *3*, dure-mère; *4*, masse musculaire sacro-lombaire; *5*, nappe cellulo-graisseuse péri-dure-mérienne *6*, faisceau gauche de la queue de cheval; *7*, plexus veineux pré-dure-mérien.

unique qui embrasse l'extrémité de la moelle; vers le milieu de la région lombaire, ce faisceau se divise en deux parties égales, séparées sur la ligne médiane par un espace libre en forme d'angle très aigu à sommet supérieur; au niveau du quatrième et du cinquième espace lombaire, cet espace est large de plusieurs millimètres, si bien que l'aiguille peut s'y loger, sans toucher les nerfs qui le délimitent à droite et à gauche.

Au-devant de la gaine dure-mérienne, entre elle, d'une part, et la face postérieure des corps vertébraux et des ménisques inter-vertébraux, d'autre part, ainsi que de chaque côté du grand ligament vertébral postérieur, se trouve le plexus veineux pré-dure-mérien, formant une couche épaisse de plusieurs millimètres (*fig. 6*). Ce plexus se compose de veines à parois extrêmement minces et à direction verticale, fréquemment anastomosées entre elles; sur les côtés de la dure-mère, il se prolonge en formant les plexus latéraux et reçoit les plexus postérieurs que nous avons déjà vus cerclant la face postérieure de la gaine dure-mérienne. Une lame de tissu cellulaire très mince sépare la dure-mère d'avec le plexus veineux pré-dure-mérien. Si on suppose que l'aiguille, trop profondément enfoncée par une main inexpérimentée, traverse de part en part la dure-mère, elle butera sur un corps vertébral, après avoir piqué une des veines du plexus pré-dure-mérien; c'est ainsi, je pense, qu'on peut expliquer certaines hémorrhagies ayant suivi la ponction lombaire, car l'aiguille ne peut rencontrer aucun autre vaisseau important.

III

Voyons maintenant ce qui concerne la *technique* de la ponction du canal rachidien, et tout d'abord occupons-nous de l'attitude à donner au malade.

On peut pratiquer la ponction lombaire le patient étant assis, ou bien couché en position latéro-ventrale. Dans le premier cas, le sujet s'assied sur le bord de la table ou du lit, penché, le dos fléchi, la tête soutenue entre les mains, les coudes appuyés sur les cuisses. Dans cette situation, la région lombaire est fort bien exposée, l'épine lombaire faisant saillie dans l'interstice des masses musculaires qui l'avoisinent. Je donne cependant la préférence à la position latéro-ventrale, car ainsi le malade est beaucoup plus fixe : il se couche indifféremment sur un côté ou sur l'autre, près du bord du lit ou de la table, le dos suffisamment arqué par la flexion des cuisses et de la tête, exposé à une bonne lumière. J'ai essayé aussi de pratiquer la ponction lombaire, et j'y ai parfaitement réussi, le sujet étant couché sur le ventre, le bassin légèrement soulevé par un oreiller, et c'est de la sorte que j'ai procédé dans mes derniers cas.

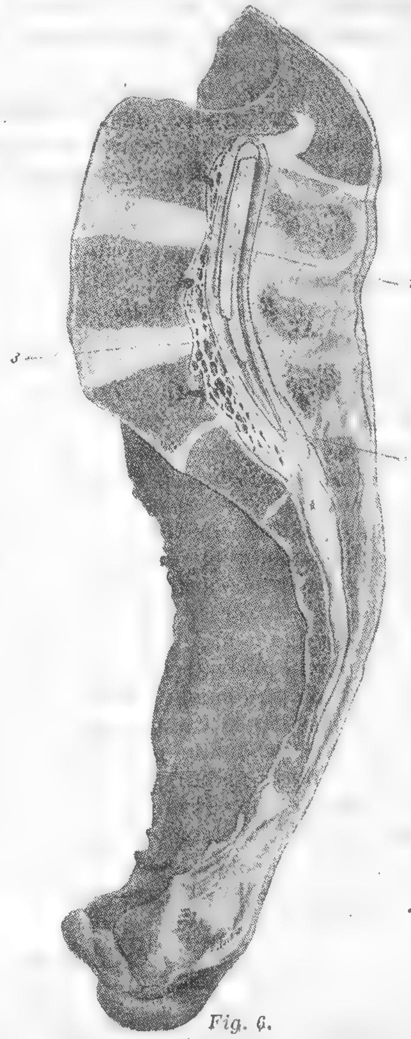


Fig. 6.

Section verticale, passant un peu à gauche du plan médian.
2, queue de cheval; 2, cul-de-sac terminal de la gaine dure-mérienne; 3, plexus veineux pré-dure-mérien.

On prendra, bien entendu, toutes les précautions prescrites par la plus rigoureuse propreté. La région lombaire sera soigneusement savonnée et brossée à l'eau tiède, frictionnée à l'alcool et à l'éther et repassée au sublimé tiède; les mains de l'opérateur seront sévèrement nettoyées, les instruments stérilisés par ébullition ou à l'autoclave, en ayant soin, dans le premier cas, de ne pas employer de sels de potasse ou de soude, qui précipitent la cocaïne. Comme instruments, je me sers de l'aiguille à court biseau et de la seringue de M. Tuffier, ou mieux d'un trocart capillaire, que j'ai fait spécialement construire et dont le poinçon se dégage spontanément de sa canule, sous l'action d'un ressort en spirale prenant point d'appui sur le pavillon de la canule : pendant la ponction, on suspend l'action du ressort en appuyant avec la pulpe du pouce ou de l'index sur l'extrémité du poinçon, muni de ce côté d'un large bouton. Ce trocart capillaire est préférable à la simple aiguille, surtout parce que sa canule ne peut être obstruée d'une manière quelconque.

Le lieu d'élection pour la ponction lombaire me parait être, comme à la majorité des chirurgiens, le quatrième espace inter-lamaire, et ce pour plusieurs motifs. Tout d'abord, cet espace peut être déterminé avec plus de rapidité et de précision, grâce aux rapports invariables de la quatrième apophyse épineuse avec la ligne bi-iliaque, réunissant transversalement la partie la plus culminante des crêtes iliaques : on sait que cette ligne croise toujours la quatrième apophyse épineuse; celle-ci ainsi reconnue, rien de plus facile que de trouver, au-dessous, la quatrième dépression inter-épineuse et, à son niveau, le quatrième espace inter-lamaire. Ce quatrième espace a aussi l'avantage d'être, dans la majorité des cas, un peu plus large que les autres et, par suite, d'offrir plus d'étendue à la pointe de l'aiguille. De plus, en ce point, l'espace arachnoïdien est à son maximum de développement et l'interstice qui sépare les deux moitiés de la queue de cheval est suffisamment large pour que l'on n'ait pas à craindre de toucher, à droite ou à gauche, les nerfs qui la constituent.

Il faut donc, au niveau de cet espace d'élection, enfoncer l'aiguille dans le canal rachidien, exactement, du premier coup si c'est possible et sans le moindre tâtonnement, par la porte suffisamment large qu'offre cet espace.

Dans ce but, on commence par déterminer cet espace, à l'aide de la palpation digitale, sous forme d'une fossette plus ou moins étendue (*fig. 7*). Mais à quel niveau faut-il enfoncer l'aiguille pour être sûr de bien tomber? De quel indice faut-il se servir pour apprécier avec exactitude le point où il faut ponctionner, ni trop haut ni trop bas?

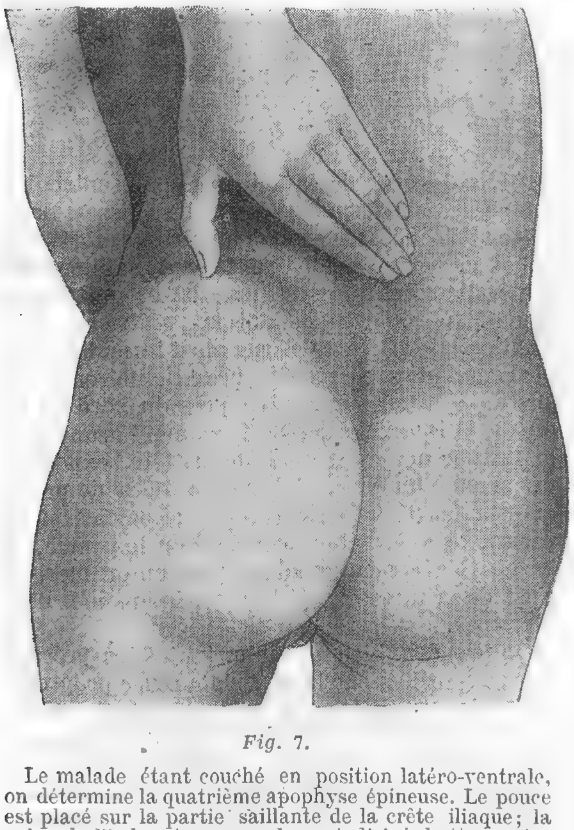


Fig. 7.

Le malade étant couché en position latéro-ventrale, on détermine la quatrième apophyse épineuse. Le pouce est placé sur la partie saillante de la crête iliaque; la pulpe de l'index, transversalement dirigé, butte contre la quatrième apophyse, au-dessous de laquelle ce même doigt reconnait le quatrième espace.

Pour reconnaitre ce point avec précision, et ne pas m'en remettre au hasard d'une palpation digitale peu précise, j'ai eu l'idée de recourir à un petit moyen, un « truc », qui m'a toujours permis de tomber juste et du premier coup dans l'espace inter-lamaire et de là, en enfonçant l'aiguille encore de quelques millimètres, dans l'espace sous-arachnoïdien. La quatrième apophyse étant reconnue et, en dessous, le quatrième espace inter-épineux, j'applique *transversalement* à son niveau l'un des bords d'une pince à disséquer tenue par ses mors, de la main gauche. En appuyant un peu, le bord de la pince, déprimant les tissus, se place exactement entre les deux apophyses épineuses et se cale, pour ainsi dire, entre ces deux saillies (*fig. 8*). La pince détermine ainsi, et très exactement, sur la peau, le niveau de l'espace inter-épineux et jalonne, du même coup, le siège de l'espace inter-lamaire (1). Avec la main droite, on saisit alors l'aiguille et on l'enfonce, à un centimètre tout au plus de la ligne médiane, juste au-dessous de la pince, en la dirigeant dans un plan transversal, très légèrement oblique par rapport au plan médian, de manière qu'il rencontre ce dernier à une profondeur de 25 à 30 millimètres. Il faut tenir solidement l'aiguille, le bord de la main étant appuyé largement sur le dos du malade.



Fig. 8.

Manière de déterminer, à l'aide de la pince à disséquer, le niveau exact de l'espace inter-lamaire. L'aiguille a été enfoncée juste au-dessous de la pince. A gauche est représentée la manière de tenir cette aiguille.

Dans ces conditions, le trocart traverse d'abord la couche musculaire, sans fournir à la main qui le dirige aucune sensation spéciale; arrivé sur le ligament jaune, on reconnaît qu'il perfore ce ligament à une sensation spéciale et caractéristique. A partir de ce point, on l'enfonce encore à une profondeur de 8 à 10 millimètres. A plusieurs reprises, j'ai pu sentir le moment précis où l'aiguille pique et traverse la dure-mère, car la main très attentive perçoit alors un moment de résistance, une sensation analogue à celle que donne une aiguille qui perce une feuille de papier parcheminé. Le liquide rachidien ne tarde pas, sous la forme d'une goutte perlant à l'orifice de l'aiguille ou d'un petit jet, à confirmer le succès de la ponction. Quelquefois, le liquide ne s'écoule point, parce que l'aiguille, quoique bien dirigée et se trouvant dans l'espace sous-arachnoïdien, a été bouchée, pendant la traversée, par un fragment de muscle ou de ligament; dans ce cas, on peut avoir un moment d'hésitation et se demander si l'on est à une profondeur suffisante; mais il suffit de désobstruer la canule, soit en aspirant avec la seringue, ce qui le plus souvent suffit, soit à l'aide d'un fil métallique. Avec le trocart dont j'ai parlé, cet inconvénient se trouve complètement écarté : l'instrument étant suffisamment enfoncé, on n'a qu'à lâcher le ressort pour que la tige se dégage d'elle-même, et que le liquide commence à s'écouler.

D[r] E. JUVARA,
Professeur à la Faculté de médecine de Jassy.

(1) Le moyen de la pince m'ayant infailliblement réussi, tant sur le vivant que, d'innombrables fois, sur le cadavre, je l'ai perfectionné quelque peu, en faisant construire un instrument spécial qu'on a mieux en main, instrument qui ressemble à un couteau de table dont la lame serait émoussée sur ses deux bords.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1902.

De la chloroformisation chez les cardiopathes.

M. Guyon. — Comme quelques-uns des collègues qui ont pris la parole au cours des dernières séances, j'ai eu très souvent l'occasion de constater que le chloroforme était parfaitement toléré par les cardiaques, les athéromateux et les angineux. Je suis donc disposé à admettre avec MM. Huchard et Bucquoy que l'anesthésie chloroformique n'est pas plus dangereuse chez les individus atteints de cardiopathies que chez les autres malades. Je ferai cependant quelques réserves pour les sujets qui présentent une dégénérescence graisseuse du cœur, car c'est à cette altération du myocarde que je crois devoir attribuer la mort, au cours de l'anesthésie, de 2 de mes opérés, dont l'un était en outre obèse.

J'ai perdu également de syncope 3 sujets que d'abondantes hémorrhagies vésicales avaient plongés dans un état de profonde anémie; mais ces décès sont survenus à l'époque où l'on ne se servait pas encore de la table à renversement, et je suis convaincu qu'ils auraient été évités simplement en plaçant le patient la tête en bas.

Je ne prétends pas, toutefois, que l'anesthésie chloroformique soit exempte de dangers; j'estime, au contraire, qu'elle doit être toujours attentivement surveillée, et je me range à l'avis de ceux qui croient qu'on peut obtenir les pleins effets du chloroforme avec de petites doses de cet agent et sans qu'il soit nécessaire d'en imprégner tous les tissus; aux diverses périodes de la chloroformisation, il y a avantage à éviter les doses fortes. J'admets, en outre, avec la majorité des chirurgiens, que s'il ne faut jamais perdre de vue la respiration des opérés, il faut également surveiller très attentivement leur pouls, surtout pendant la troisième période de la chloroformisation; si celui-ci devient petit, rapide et irrégulier, le danger est proche.

Enfin, je partage l'avis de ceux de mes collègues qui ne jugent pas nécessaire d'adjoindre un chloroformisateur attitré à nos services hospitaliers.

M. Brouardel. — Sur 25 personnes mortes pendant la chloroformisation, et dont j'ai fait l'autopsie, pas une seule ne présentait de lésion valvulaire du cœur; 3 d'entre elles avaient le cœur chargé de graisse, sans altération du muscle cardiaque; une était réellement atteinte de dégénérescence graisseuse du myocarde.

Le résultat de ces autopsies apporte donc un appui indirect aux propositions soutenues par M. Huchard et quelques-uns de nos collègues au cours des deux dernières séances.

Pour 19 de ces cas, j'ai pu obtenir des renseignements sur le moment où est survenue la mort; or, 14 fois les opérations projetées n'avaient pas été commencées; 4 fois la mort a eu lieu au cours de l'intervention et 1 fois lorsque celle-ci était terminée. Dans tous les cas sauf un, le décès a été attribué à une syncope cardio-pulmonaire brusque.

Parmi les lésions trouvées à l'autopsie, je dois signaler la fréquence relative des altérations rénales; mais lors même que ces altérations seraient diagnostiquées, je ne crois pas qu'on doive les considérer comme une contre-indication à l'anesthésie.

Je ne pense pas davantage que l'albuminurie transitoire que provoque assez souvent la chloroformisation puisse aggraver un état morbide antérieur du rein.

Des constatations que j'ai faites, il résulte que les accidents qui surviennent chez les individus anesthésiés ne peuvent être comparés, au point de vue médico-légal, qu'à ceux qui succèdent aux chocs, même peu intenses, de la région laryngée et qui déterminent quelquefois la mort subite.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'usage des anesthésiques n'a pas créé une forme de mort nouvelle par inhibition du cœur et de la respiration. Ce n'est pas toujours le mode d'administration de l'agent anesthésique qui constitue le danger; celui-ci provient souvent de la

susceptibilité du malade, le chloroforme faisant éclater cette prédisposition jusque-là restée latente.

M. Prunier fait observer que le chloroforme employé dans les hôpitaux pour l'anesthésie n'a pas cessé d'être préparé, surveillé et analysé avec le plus grand soin. Ce chloroforme offre donc, au point de vue chimique, toutes les garanties désirables et il ne saurait être jusqu'à nouvel ordre rendu responsable des accidents, d'ailleurs très rares, qui ont été constatés dans ces dernières années.

M. Perroncito (de Turin) lit une note sur le développement des échinocoques.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 février 1902.

Sur le dosage des sucres du sang.

MM. R. Lépine et **Boulud**. — Dans un extrait de sang, le dosage des matières sucrées, tel qu'on le fait d'ordinaire, au moyen de la réduction des sels de cuivre, ne donne pas de résultats exacts : il se peut, en effet, que la réduction indique un chiffre trop faible, en raison de la présence d'acide glycuronique *fortement* conjugué, ne possédant pas de pouvoir réducteur, et qu'on ne saurait, en conséquence, déceler qu'après avoir détruit sa conjugaison (en chauffant l'extrait de sang en présence d'acide chlorhydrique). Il se peut aussi, exceptionnellement, qu'il existe dans le sang une certaine proportion d'un sucre analogue au saccharose, c'est-à-dire ne réduisant la liqueur cuivrique qu'après l'action de l'invertine. Nous avons plusieurs fois observé cette particularité.

Les difficultés de dosage que nous venons de signaler expliquent, en grande partie, comment plusieurs observateurs n'ont pas exactement apprécié la perte de sucre dans le sang laissé une heure à 38°. Le plus souvent ils l'ont jugée plus faible, quelquefois plus forte qu'elle n'est réellement.

Pour doser aussi exactement que possible les matières sucrées du sang, il faut se livrer à une série d'opérations au moyen de la réduction et du polarimètre :

1° Dans l'extrait aqueux obtenu en traitant le sang par une solution bouillante de sulfate de soude et par l'alcool;

2° Dans une portion de cet extrait chauffé avec l'acide chlorhydrique;

3° Dans une autre portion de cet extrait après fermentation totale avec la levure;

4° Eventuellement, dans une portion de cet extrait après l'action de l'invertine, suivant le précepte de M. Bourquelot.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 février 1902.

Sur les accidents mortels de la chloroformisation.

M. Tuffier. — J'ai perdu un malade que j'allais opérer pour une fistule anale et qui a nettement succombé à la chloroformisation, sans qu'on pût incriminer la qualité de l'anesthésique. J'ai eu, d'ailleurs, d'autres accidents post-chloroformiques pour lesquels il était difficile de déterminer d'une façon précise la part imputable au chloroforme.

Quoi qu'il en soit, l'arrêt de la respiration précédant toujours celui du cœur, il importe de cesser l'administration de l'anesthésique dès que le rythme respiratoire s'altère; il suffit généralement alors de pratiquer la respiration artificielle pour ranimer le patient; par contre, nous sommes désarmés contre la syncope cardiaque; peut-être le massage du cœur nous permettra-t-il un jour de remédier à ce grave accident.

M. Broca. — En ce qui concerne les procédés mixtes, je dois dire que j'ai vu mourir un enfant qui avait été endormi successivement par le bromure d'éthyle et par le chloroforme.

M. Richelot. — Je tiens à répéter que je récuse absolument tous les cas où l'on a anesthésié les malades avec le bromure d'éthyle; comme je l'ai dit déjà dans la dernière séance, il ne faut pas chercher à obtenir la narcose avec cet agent.

M. Potherat. — Après avoir employé l'éther pendant un certain temps, je suis revenu au chloroforme, auquel je reste actuellement fidèle.

En ce qui concerne le procédé mixte d'anesthésie par le bromure d'éthyle et le chloroforme, je l'ai vu employer dans le service de M. Segond, et je n'ai pas trouvé qu'il rendît moins fréquentes les alertes chloroformiques; d'autre part, il paraît fort désagréable aux malades, qui en conservent généralement un très mauvais souvenir.

Quant à la chloroformisation proprement dite, j'ai, pour ma part, tendance à incriminer moins la qualité de l'anesthésique que la façon dont il est administré. J'ajoute que c'est toujours l'emploi du chloroforme à doses massives qui m'a donné les alertes que j'ai observées.

M. Quénu. — Je pense qu'il y a avantage à ne pas envisager en bloc les divers accidents de la chloroformisation, mais à distinguer les accidents cardiaques d'avec la syncope respiratoire et l'asphyxie produite par un excès de chloroforme. La syncope cardiaque est en effet, comme l'a dit M. Tuffier, beaucoup plus grave que la syncope respiratoire; aussi, je crois que, au cours de l'anesthésie, il faut s'attacher à surveiller principalement le cœur, en tenant compte de la fréquence, du rythme et surtout de la faiblesse du pouls.

Nouveau procédé de gastrostomie.

M. Reynier. — M. Souligoux nous a présenté un malade auquel il a fait une gastrostomie pour un rétrécissement de l'œsophage, et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport à ce sujet. Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans qui, depuis l'âge de dix-huit ou dix-neuf ans, était atteint d'accidents dysphagiques graves, vraisemblablement imputables à une dilatation de l'œsophage coïncidant avec un rétrécissement de ce conduit.

Notre confrère, ayant mis à nu l'estomac, en attira au dehors une portion à laquelle il imprima une double torsion, après quoi il la fixa à la paroi abdominale; l'estomac fut alors ouvert au sommet du cône ainsi obtenu, et une sonde y fut introduite.

Le résultat a été excellent et la bouche stomacale est restée parfaitement continente, grâce à la torsion du cône stomacal attiré au dehors.

J'ai employé moi-même ce procédé et j'en ai également obtenu un succès. Une opération analogue a déjà été décrite par Ullmann (de Vienne), mais elle n'avait pas encore été pratiquée en France.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 février 1902.

Sur la rhinelcose (ulcération d'une narine) coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle.

M. Marie. — J'ai observé, avec M. Guillain, 3 hommes chez lesquels on constatait, d'une part, la destruction de l'une des narines par un processus ulcératif plus ou moins ancien et, d'autre part, une diminution très notable ou une abolition complète des réflexes rotuliens. Deux de ces malades étant morts, nous avons trouvé chez eux des lésions très nettes, quoique légères, des cordons postérieurs de la moelle; il est donc probable que chez le troisième patient, que je vous présente aujourd'hui, il existe des altérations médullaires analogues.

Le problème soulevé par ces 3 faits consiste à déterminer la nature de l'ulcération qui a détruit l'une des narines, celle des lésions médullaires qu'offraient 2 des patients et, enfin, le lien qui rattache l'un à l'autre ces deux processus morbides.

La première question semble impossible à élucider en se fondant seulement sur les caractères de la lésion cutanée qui, au moment de notre observation, n'était plus représentée que par une cicatrice banale. Il est permis toutefois de supposer qu'il s'agissait d'une lésion spécifique, 2 des malades ayant avoué avoir eu la syphilis.

Quant au second point, celui de la nature des altérations médullaires, il serait tout à fait excessif, malgré leur localisation, de rapporter ces lésions au tabes, car elles n'étaient constituées que par une légère zone de sclérose des cordons de Burdach à la région lombaire, zone sclérosée qui, bien qu'elle se retrouvât dans toute la hauteur de la moelle, n'était plus constituée à la région cervicale que par une mince bandelette à direction antéro-postérieure. D'autre part, le diagnostic de tabes ne pouvait pas davantage être posé au point de vue clinique, ces patients n'offrant, en dehors d'une diminution ou d'une abolition des réflexes rotuliens, aucun signe de cette affection. Pour cette double raison, il semble impossible de classer ces 3 cas à côté de ceux qu'ont publiés MM. Thibierge et Giraudeau, concernant des individus chez lesquels des ulcérations de la face, qui, d'ailleurs, n'avaient nullement le caractère destructif de notre rhinelcose, coexistaient avec une symptomatologie tabétique indiscutable, et pouvaient être considérées à juste titre comme des troubles trophiques cutanés dûs au tabes.

Si pareille origine ne peut être soutenue pour les ulcérations des narines chez nos malades, il n'en est pas moins vrai que ces ulcérations coïncidaient avec des lésions du système nerveux central et qu'un lien quelconque doit rattacher ces deux ordres de phénomènes. Ce lien nous semble être la syphilis et voici, selon nous, comment on pourrait étiqueter ces faits : syphilis ancienne ayant déterminé, d'une part, l'ulcération destructive de la narine, d'autre part, la lésion des cordons postérieurs de la moelle.

Méningite aiguë terminée par la guérison.

M. Widal. — Le malade que je vous présente, en mon nom et au nom de M. Le Sourd, est un homme de vingt-neuf ans, chez lequel ont éclaté brusquement des phénomènes méningés ayant débuté par une céphalée frontale et occipitale à exacerbation nocturne et par des vomissements continuels. Pendant quinze jours se sont déroulés tous les autres symptômes classiques de la méningite. Sous l'influence d'injections de bi-iodure d'hydrargyre et de l'administration d'iodure de potassium, ces accidents ont rapidement rétrocédé et le patient était complètement guéri six semaines après son entrée dans notre service. Deux mois plus tard, il a été repris de céphalée qui, cette fois, traitée immédiatement par les injections mercurielles, a disparu en quelques jours.

Le liquide céphalo-rachidien, examiné à plusieurs reprises, a constamment été trouvé transparent, mais très riche en lymphocytes après centrifugation. La dernière ponction lombaire a été faite hier et elle nous a permis de constater que cet homme, guéri pour la seconde fois, conservait toujours une lymphocytose très marquée de son liquide cérébro-spinal.

L'inoculation de ce liquide dans le péritoine de cobayes, à la dose de 8 et 12 c.c., n'a pas déterminé la moindre granulation tuberculeuse dans les organes de ces animaux, circonstance qui, rapprochée de la curabilité de la maladie, prouve d'une façon péremptoire qu'il ne s'agissait pas d'une méningite tuberculeuse.

Du reste, nous avons relaté tout récemment un cas de méningite syphilitique, confirmé à l'autopsie, où le liquide céphalo-rachidien s'était montré riche en lymphocytes (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 28). Bien plus, même dans la syphilis héréditaire tardive, une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien peut traduire une irritation méningée spécifique, comme nous avons pu nous en convaincre chez un jeune garçon actuellement dans notre service.

Malgré l'absence de chancre et de tout stigmate spécifique dans le présent ou le passé du malade que nous venons de vous présenter, on ne peut donc se défendre de penser à l'origine syphilitique de sa méningite, si rapidement guérie par la médication iodurée et mercurielle. C'est cette présomption qui devra, en tous cas, guider son traitement dans l'avenir.

Hydrocéphalie par oblitération de l'aqueduc de Sylvius.

M. Touche (de Brévannes) communique l'observation d'une femme de vingt-neuf ans qui avait eu, à l'âge de quatre ans, des convulsions à la suite desquelles elle était restée paralysée des membres inférieurs ; vers la même époque, sa tête commença à grossir démesurément et son intelligence cessa de se développer; c'est à peine si elle a pu apprendre à épeler les lettres de l'alphabet. Cette malade étant morte subitement, on constata à l'autopsie une hydrocé-

phalie interne sans hydrocéphalie externe; il existait, en outre, une oblitération de l'aqueduc de Sylvius, qui paraît avoir été la cause de la dilatation des ventricules latéraux et du ventricule moyen.

Sclérose du poumon avec déviation des gros vaisseaux et de la base du cœur.

M. Chauffard montre un homme de vingt et un ans, qui est atteint d'une sclérose du lobe supérieur du poumon gauche ayant déterminé une déviation du cœur et des gros vaisseaux. Bien qu'on n'ait pas pu constater la présence de bacilles dans les crachats de ce malade, sa sclérose peut être considérée comme le reliquat d'une tuberculose de la première enfance, terminée par guérison.

M. Dopter (médecin militaire) adresse la relation d'un cas de fièvre typhoïde où, malgré l'existence d'accidents méningés, la proportion des globules blancs contenus dans le liquide céphalo-rachidien ne fut pas trouvée sensiblement supérieure à la normale. Il est donc rationnel d'admettre que les accidents méningés étaient indépendants de toute lésion anatomique et résultaient seulement d'un trouble fonctionnel.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 février 1902.

Les lésions de l'infection vaccinale et leur histogenèse.

MM. F.-J. et E. Bosc (de Montpellier). — On retrouve dans les lésions de l'infection vaccinale le caractère qui distingue un certain nombre de maladies virulentes spéciales ayant la clavelée comme type, à savoir l'existence d'un processus d'hypertrophie et de prolifération intense et désordonnée. C'est ainsi que la pustule cutanée est caractérisée par la prolifération et l'hypertrophie de l'épithélium malpighien, des cellules des glandes sébacées et enfin des cellules conjonctives du derme et du tissu cellulaire sous-cutané.

De même, après injection de vaccin pur dans la trachée, on obtient, au septième jour, des nodules durs, disséminés en grand nombre dans le poumon et présentant les caractères des lésions pulmonaires claveleuses. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une prolifération intense de cellules d'aspect épithélial, en hypertrophie colossale et complètement désorientées, disposées en vastes nappes où la structure pulmonaire a complètement disparu. Les bronchioles encore reconnaissables n'ont plus de limite conjonctive et leur épithélium proliféré est confondu avec les cellules de la prolifération générale; il en est de même pour les cellules conjonctives de la périphérie des bronches plus volumineuses, dont l'épithélium forme des bourgeons de cellules atypiques. La plupart des capillaires sont oblitérés et ceux qui persistent présentent des lésions intenses d'endo et péricapillarite proliférantes. En suivant les phases du processus, on voit que ces nappes de cellules hypertrophiées prennent leur origine surtout dans les épithéliums bronchiques et alvéolaires, ainsi que dans la prolifération conjonctivo-vasculaire.

Kyste hydatique du foie, contenant des microbes strictement anaérobies.

M. Lippmann. — J'ai observé récemment une femme de quarante ans, souffrant depuis dix années de troubles digestifs et chez laquelle s'était montrée au mois de juin dernier, au niveau de l'épigastre, une tumeur sonore à la percussion, entourée d'une zone de matité. Malgré l'absence d'ictère, le diagnostic de kyste hydatique suppuré fut posé; l'opération, pratiquée le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, en montra le bien fondé.

Les ensemencements faits avec le pus que contenait la poche restèrent tous stériles sur les milieux aérobies. Les cultures en gélose profonde de Veillon, au contraire, proliférèrent abondamment; elles permirent d'isoler trois espèces microbiennes strictement anaérobies : le *Streptococcus tenuis*, le *S. parvulus* et le *Bacillus nebulosus*. C'est à ces germes anaérobies qu'il faut imputer la production de gaz fétides que renfermait le kyste.

Etiologie et pathogénie de la maladie du sommeil.

M. Rouget (médecin militaire). — Dans un cas de maladie du sommeil ou léthargie des nègres, observé chez un tirailleur sénégalais de passage à Bordeaux, l'examen du sang a révélé l'existence d'une filaire qu'on rencontrait constamment et avec la même abondance dans les préparations faites pendant le jour ou pendant la nuit. Cette constatation vient à l'appui de la théorie émise par M. P. Manson qui attribue la maladie du sommeil à un ver du sang, la *Filaria perstans;* mais les caractères présentés par cette filaire différaient totalement de ceux qu'a décrits M. Manson pour le parasite qu'il a trouvé.

L'observation du malade étant des plus typiques, le diagnostic ne saurait être mis en suspicion. D'autre part, l'examen du sang des 35 autres soldats du détachement, répété à maintes reprises, n'a jamais montré de filaires.

Des constatations nécroscopiques faites jusqu'ici ressort la pathogénie suivante : en pullulant dans les vaisseaux, surtout dans les veines, les filaires déterminent la formation de caillots fibrineux extrêmement ramifiés, d'où gêne du cours du sang, extravasation séreuse abondante, notamment dans la cavité crânio-rachidienne, compression progressive des centres nerveux aboutissant à la méningo-encéphalite chronique, et finalement production de l'état de somnolence si caractéristique. Toutes les autopsies signalent, en effet, l'augmentation du liquide céphalo-rachidien.

Les « Plasmazellen » dans les vaisseaux de l'écorce cérébrale au cours de la paralysie générale et de la maladie du sommeil.

MM. França et Athias (de Lisbonne). — Nous avons établi l'an passé la présence de « Mastzellen » dans les vaisseaux corticaux chez un paralytique général (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 164). Il est une autre affection du système nerveux où l'on trouve également un grand nombre de « Plasmazellen » dans les parois des vaisseaux corticaux altérés : c'est la maladie du sommeil. On sait que les lésions des vaisseaux de l'écorce cérébrale dans cette maladie sont presque identiques à celles qu'on observe dans la démence paralytique. Mais, tandis que dans la paralysie générale les vaisseaux sont altérés dans toute l'épaisseur de l'écorce, et qu'il existe des érosions à la surface du cerveau, dans la maladie du sommeil ce sont les vaisseaux profonds qui sont le plus lésés. Dans les deux cas que nous avons étudiés, aucun vaisseau n'était altéré dans la couche moléculaire, et il n'y avait aucune irrégularité de la surface du cerveau. Les « Plasmazellen » sont ici beaucoup plus nombreuses que dans la paralysie générale. Comme Marschalko, Dominici, Vogt, etc., nous croyons que ces éléments sont d'origine leucocytaire.

Sur la teneur en urée de chacun des lobes du foie, aux diverses phases de la digestion.

M. Sérégé (de Vichy) adresse une note contenant la relation des recherches qu'il a faites sur la teneur en urée de chacun des lobes du foie, chez l'animal soit à jeun, soit aux diverses phases de la digestion.

Il résulte de ces expériences que, à l'état de jeûne, l'urée est également répartie dans tout le foie. Chez l'animal en digestion, la proportion de l'urée dans chacun des lobes hépatiques varie suivant la phase digestive : pendant la digestion gastrique, le taux de l'urée est supérieur dans le lobe gauche; durant la digestion pancréatique et intestinale, le lobe droit, au contraire, fournit un chiffre bien plus élevé.

Chacun des lobes du foie fonctionne donc séparément et à des moments différents de la digestion, le foie gauche étant tributaire de la digestion gastrique, le foie droit de la digestion pancréatique et intestinale.

Causes des accidents provenant du séjour dans les fosses d'aisances.

M. Hanriot. — Des analyses de gaz provenant des fosses d'aisances, que j'ai eu l'occasion de faire récemment, prouvent d'une façon manifeste que, contrairement à l'opinion généralement reçue, ce n'est pas l'hydrogène sulfuré, dont la toxicité est très faible, qui joue le principal rôle dans les accidents asphyxiques qu'on observe de temps à autre chez les ouvriers qui descendent dans ces fosses. Ces accidents sont dus presque exclusivement, d'une part à l'absence totale d'oxygène, d'autre part à la présence d'une proportion d'acide carbonique variant de 10 à 15 %.

Il résulte de ces constatations qu'on ne saurait pallier les effets nocifs de l'absorption des gaz des fosses d'aisances par l'emploi d'une substance désinfectante, quelle qu'elle soit : le seul moyen d'y obvier est d'assurer la ventilation des fosses.

De l'action « anaphylactique » de certains venins.

MM. Portier et Richet. — Nous appelons *anaphylactique* la propriété dont est doué un venin de diminuer l'immunité, au lieu de la renforcer, lorsqu'il est injecté à dose non mortelle.

On sait que le poison extrait des tentacules des actinies tue le chien, en injection intraveineuse, quand la dose dépasse 0 c.c. 15 par kilogramme. Si au lieu d'injecter ce poison à des animaux normaux on l'injecte à des chiens ayant reçu, deux ou trois semaines auparavant, une dose non mortelle du même poison, on constate que des doses de 0 c.c. 08 à 0 c.c. 25 entraînent très rapidement la mort, ce qui démontre l'effet anaphylactique de la première injection.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 12 et 19 février 1902.

La désinfection des mains par l'alcool.

M. Schäffer fait une communication sur la désinfection des mains par l'alcool, méthode proposée par M. Fürbringer et préconisée par M. Ahlfeld, et qui consiste à se brosser les mains durant cinq minutes au moins dans de l'eau très chaude avec une brosse stérile et du savon de potasse, puis à les laver pendant deux à cinq minutes dans de l'alcool.

Pour expérimenter la valeur de ce procédé, l'orateur s'est savonné les mains durant une demi-heure dans 5 cuvettes différentes, en faisant des ensemencements avec des particules cutanées prélevées de cinq en cinq minutes : le nombre des germes est tombé de 4,000 à 120, mais jamais les cultures ne sont restées stériles; après le passage à l'alcool, il a également toujours trouvé des germes, en très petit nombre cependant (de 1 à 5).

Ses recherches sur les autres méthodes de désinfection des mains lui permettent de classer tout près du procédé de stérilisation par l'alcool la désinfection à la teinture de savon, recommandée par M. von Mikulicz; l'emploi des divers antiseptiques, ainsi que du savon au marbre de M. Schleich, donne des résultats beaucoup moins satisfaisants.

Au point de vue pratique, M. Schäffer estime que le meilleur moyen consiste dans le brossage des mains à l'eau chaude et au savon durant cinq à dix minutes, suivi d'un essuyage avec une serviette stérile, puis d'un lavage d'abord à l'alcool, pendant trois à cinq minutes, enfin dans la solution de sublimé à 1 ‰.

M. Blumberg pense qu'il est moins important de savoir combien de germes restent vivants, après l'emploi de tel ou tel procédé, que de rechercher ce que devient la virulence de ces germes. Pour élucider ce point, il a infecté ses mains avec le *Micrococcus tetragenes*, microorganisme non pathogène pour l'homme, mais produisant chez la souris une septicémie générale; puis, s'étant stérilisé les mains par un des divers moyens à essayer, il a tenté d'infecter des souris. Il a vu ainsi que, à la suite d'un lavage à l'eau chaude et à l'alcool, 10 souris sur 14 périrent; après l'emploi du savon au marbre, les résultats furent encore plus mauvais, car la mortalité atteignit 100 %. Aussi estime-t-il qu'il faut toujours compléter la désinfection mécanique par l'action d'un agent antiseptique, notamment d'un sel de mercure.

M. Fürbringer reconnaît que la désinfection

par l'alcool n'aboutit pas à une stérilité absolue, mais il estime qu'elle donne une sécurité suffisante pour la pratique; au reste, il n'emploie l'alcool que comme une transition entre le nettoyage à l'eau chaude et le lavage dans une solution antiseptique.

Indications et légitimité du fœticide.

M. Kossmann, répondant aux divers orateurs qui ont pris part à la discussion soulevée par sa communication, combat l'opinion de MM. Freund et Wolff, d'après lesquels la crâniotomie serait sans danger pour la mère. Il insiste sur les divergences qui existent entre les médecins au sujet de l'interruption de la grossesse, les uns soutenant que l'avortement est légitime chez les phtisiques (Maragliano) ou les épileptiques et les aliénées (Jolly), les autres, comme M. Pinard, estimant qu'il faut dans tous les cas sauvegarder l'existence de l'enfant.

Au point de vue de la responsabilité pénale du médecin, il répète que celui-ci n'est légalement autorisé à pratiquer la crâniotomie sur l'enfant vivant que dans les circonstances exceptionnelles où il n'existe aucun autre moyen de sauver la mère.

M. Th. Weyl fait une communication dans laquelle il montre, avec une série de photographies à l'appui, les progrès réalisés depuis quelques années en matière de nettoyage des rues (balayage, enlèvement de la neige et des immondices, etc.).

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 17 février 1902.

Les altérations du ganglion cœliaque dans la colique de plomb expérimentale.

M. Mosse. — On attribue généralement la colique saturnine à une excitation du péristaltisme intestinal; cependant cette double circonstance que le plomb porte volontiers son action sur les éléments nerveux et que l'extirpation du ganglion cœliaque détermine des phénomènes comparables à ceux qui caractérisent la colique de plomb m'a engagé à pratiquer quelques recherches expérimentales sur le mécanisme de ce dernier accident.

J'ai expérimenté sur 10 lapins, auxquels j'ai fait des injections sous-cutanées de triéthylacétate de plomb, et dont j'ai examiné les ganglions cœliaques par diverses méthodes (hématoxyline, couleurs d'aniline, imprégnation à l'argent) après fixation par le sublimé. Normalement, on rencontre dans le ganglion cœliaque du lapin deux ordres de cellules nerveuses : les unes — les plus nombreuses — sont volumineuses, possèdent au moins deux noyaux, et sont caractérisées par la présence, à leur périphérie, de gros blocs chromatiques disposés en couronne, tandis que des granulations plus fines occupent le centre de l'élément; les autres, plus petites, renferment des blocs chromatiques irrégulièrement distribués. C'est dans les premiers de ces cellules que j'ai observé les altérations les plus constantes et les plus nettes, consistant en ce que les blocs périphériques passent tous d'un même côté de la cellule, affectant souvent une disposition en croissant, ou même en ce que le corps protoplasmique se colore uniformément.

Il était permis de se demander si ces phénomènes intracellulaires n'étaient pas simplement la conséquence de la diarrhée abondante que présentaient les animaux ayant reçu des injections plombiques; mais cette interprétation ne saurait être adoptée, car on ne retrouvait pas ces altérations chez des lapins rendus diarrhéiques au moyen de l'essence de fenouil ou de l'infusion de séné. J'ai alors recherché si des substances capables de produire de violentes contractions intestinales provoquaient les mêmes lésions dans le ganglion cœliaque; des expériences faites avec le sulfate de berbérine en injections sous-cutanées m'ont donné un résultat positif.

Quant à la question de savoir si ces lésions des cellules nerveuses sont la conséquence ou la cause des troubles intestinaux, il ne me semble pas douteux que ce soit à la seconde hypothèse qu'il faille se rallier, puisque, ainsi que je le rappelais tantôt, l'extirpation du ganglion cœliaque détermine des accidents analogues à la colique saturnine.

A propos des leucocytes iodophiles.

M. Lazarus, revenant sur la communication de M. Kaminer (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 23), fait observer que ce n'est pas seulement dans les infections que l'on constate des leucocytes iodophiles : c'est ainsi que Frerichs et Ehrlich en ont trouvé chez des diabétiques, et Gabritchevsky chez des individus sains, notamment après un repas abondant. En somme, il existe des états infectieux sans iodophilie et, inversement, des iodophilies en l'absence de tout état infectieux. Aussi l'orateur croit-il que la présence de leucocytes iodophiles est une simple manifestation satellite de l'hyperleucocytose, que l'on peut observer dans les états morbides les plus divers.

M. L. Michaelis déclare que, d'après ses recherches, les leucocytes iodophiles sont des éléments dégénérés, mais vivants; il ne les a jamais constatés en cas de suppuration non microbienne.

M. Lazarus considère ces leucocytes non comme des formes en dégénérescence, mais, au contraire, en régénération.

M. Kaminer ne croit pas possible d'admettre, avec M. Lazarus, que les éléments iodophiles soient simplement sous la dépendance de l'hyperleucocytose.

M. Zinn présente une femme qui a été opérée avec succès d'un adénocarcinome ulcéré de l'S iliaque; l'intervention remonte actuellement à huit semaines environ, et la patiente a regagné 16 livres de poids. En l'absence de toute métastase, constatée à l'opération, et de toute adhérence du néoplasme, il est permis d'espérer que la guérison sera définitive.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 22 février 1902.

De l'action curative des cultures filtrées de bacille de Koch dans la tuberculose pulmonaire.

M. J. Denys (de Louvain). — J'ai appliqué au traitement de la tuberculose humaine le liquide résultant de la filtration sur bougie de porcelaine d'une culture bien développée de bacille de Koch en bouillon glycériné, et additionné d'acide phénique ou de thymol pour en empêcher la putréfaction. Ce produit s'est montré efficace contre la tuberculose péritonéale expérimentale du chien, comme il résulte des recherches publiées il y a quatre ans déjà par mon élève M. Broden. Il diffère de la tuberculine ancienne de M. Koch surtout parce qu'il n'est pas évaporé par la chaleur, opération susceptible de détruire certaines propriétés vaccinantes, et de la TR en ce qu'il n'est pas constitué par les corps microbiens eux-mêmes, réduits à l'état moléculaire, mais par leurs produits de sécrétion.

Ces cultures filtrées, injectées sous la peau à la dose de 0 gr. 0001 décimilligr., déterminent parfois une réaction fébrile analogue à celle que provoque la tuberculine; employées inconsidérément, elles peuvent même stimuler la marche de la maladie; au contraire, maniées avec prudence, elles produisent des effets anti-infectieux et anti-toxiques suffisants pour amener la guérison dans nombre de cas. Ce sont surtout les tuberculoses au premier et au second degré qui sont justiciables de ce mode de traitement, tandis qu'au troisième degré et dans les formes galopantes les améliorations sont rares.

Le principe de la méthode consiste à n'injecter que des doses très faibles, de façon que la réaction soit aussi minime que possible, et à laisser après chaque injection un certain repos à l'économie, afin qu'elle puisse s'approprier la toxine injectée. Les doses sont graduellement augmentées à mesure que la tolérance de l'organisme croît; on les diminue au moindre signe d'intolérance.

Je puis vous citer l'histoire de 42 tuberculeux guéris complètement par les injections dont il s'agit, la guérison étant démontrée par la disparition des bacilles dans les crachats. De ces malades, quelques-uns étaient au début; d'autres présentaient des lésions d'une certaine étendue; 8 enfin offraient des symptômes de caverne. Chez plusieurs, le traitement fut institué en pleine période fébrile; la durée moyenne de l'affection, quand on a commencé le traitement, était de huit mois.

On pourrait m'objecter qu'un certain nombre de ces individus, n'ayant qu'une tuberculose commençante, auraient guéri par les seules forces de la nature; pour répondre à cet argument, il me suffira d'indiquer que, sur 12 malades à lésions apparentes nulles ou peu prononcées qui ont refusé les injections, 2 ont succombé, 6 ont vu leurs lésions faire de tels progrès que pour plusieurs d'entre eux l'issue fatale ne saurait tarder; 2 sont dans un état de santé satisfaisant; pour les 2 derniers, enfin, je n'ai pas pu avoir de renseignements.

En résumé, j'estime que, exception faite des formes galopantes, la tuberculose pulmonaire au premier degré est curable par les injections de cultures filtrées, au moins dans la proportion de 80 % des cas.

Recherches sur l'action du suc gastrique renforcé sur les larves d'ankylostome.

M. Kuborn. — Dans le travail sur lequel je suis chargé de vous présenter un rapport, M. J. Lambinet (de Liège) expose le résultat de recherches ayant eu pour but de vérifier l'opinion de Hofmeier, pour qui le suc gastrique renforcé par l'acide citrique ou l'acide chlorhydrique serait capable de détruire les larves d'ankylostome introduites dans les voies digestives.

Les expériences de M. Lambinet l'ont conduit à la conclusion contraire. Il a pu constater, en effet, que le suc gastrique, seul ou renforcé par les acides en question, n'attaque pas, dans la majorité des cas, l'enveloppe chitineuse des larves; et lors même que cette enveloppe est détruite, les larves ne sont pas toujours tuées, mais peuvent continuer à évoluer dans le tube digestif.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'étiologie du cancer, par M. E. von Leyden.

De nombreux arguments plaident en faveur de la nature parasitaire du cancer; cependant on n'a pas réussi, jusqu'à ce jour, à isoler l'agent pathogène de cette affection, ni à donner la preuve certaine que les divers microorganismes qui ont été considérés comme spécifiques sont vraiment aptes à transmettre la maladie.

Il y a quatre ans que M. von Leyden a commencé à faire, sur cette question, des recherches en collaboration avec M. le professeur Schaudinn. Il s'agissait d'une jeune fille de seize ans, atteinte d'ascite, chez laquelle M. von Leyden avait posé le diagnostic probable de cancer de l'ovaire, diagnostic qui fut confirmé par l'autopsie; on avait constaté dans le liquide ascitique une grande quantité d'éléments cellulaires volumineux et pâles, présentant des mouvements intracellulaires remarquables : un grand nombre de pseudopodes se détachaient du corps protoplasmatique et une zone en forme d'éventail, allant d'un pseudopode à l'autre, se constituait autour de la cellule primitive; des granulations claires participaient à ce mouvement et émigraient de la cellule dans les pseudopodes. Ces mouvements cessaient au bout d'une heure ou deux, sans que la cellule eût changé de place ni retiré ses pseudopodes.

M. von Leyden avait admis avec M. Schaudinn que ces cellules étaient des amibes. Depuis lors, il a pu se convaincre que ces éléments existent dans un grand nombre de cas d'ascite carcinomateuse, de sorte qu'il considère leur présence comme caractéristique de cette affection et que ce signe lui a permis d'affirmer le diagnostic dans plusieurs cas douteux. On rencontra des cellules analogues dans le suc obtenu par raclage de la coupe d'un cancer frais. Au bout de peu de jours, ces éléments se désagrègent et disparaissent dans les préparations conservées à l'abri de l'air, tandis que les hématies et les leucocytes contenus dans les mêmes préparations conservent leur fraîcheur.

Ayant constaté la présence d'amibes bien développées, et se mouvant rapidement, dans un verre où l'on avait rincé quelques jours aupa-

ravant des instruments et des porte-objets ayant servi pour les recherches sur le cancer, l'auteur fit des ensemencements de cancer frais sur de la gelée de carragaheen; ces essais eurent plusieurs fois pour résultat l'apparition, au bout de six à huit jours, d'amibes bien développées; il n'a malheureusement pas été possible de constater les formes embryonnaires de ces amibes dans les cellules carcinomateuses.

Par contre, M. von Leyden a observé, dans deux cas de cancer, de nombreux corpuscules vésiculaires dont le centre se colorait fortement avec certaines couleurs d'aniline; ces corpuscules se trouvaient non seulement dans la tumeur elle-même, mais aussi dans les ganglions lymphatiques avoisinants. Au milieu des globules lymphatiques, l'auteur a rencontré de grosses cellules épithélioïdes dans le protoplasma desquelles on voyait les mêmes vésicules. Ces formations, que M. von Leyden compare à des yeux d'oiseau, ne peuvent pas être confondues avec les granulations provenant de la fragmentation des noyaux; non seulement ces dernières sont irrégulières de forme, mais elles n'offrent pas l'aire claire entourant le point central des corpuscules en question. Ceux-ci présentent une grande analogie avec un parasite, le *Plasmodiophora brassicæ*, observé par Woronin dans une tumeur du chou, et qui, pour cet auteur, serait la cause directe des excroissances pathologiques qui se forment sur ce végétal. M. von Leyden est disposé à considérer les éléments dont il s'agit comme parasites du cancer, bien qu'il n'ait pas réussi à suivre leur développement en dehors de la cellule cancéreuse. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.) — A. J.

De l'urétérite kystique, par M. D. Róna.

La présence de petits kystes dans la muqueuse de l'uretère est d'une grande rareté : une statistique établie à ce sujet par M. Lubarsch n'en signale que 4 cas sur 3,000 autopsies.

Des recherches faites sur ce point à l'Institut anatomo-pathologique de Budapest, sous la direction du professeur Genersich, ont permis de constater 3 fois de telles anomalies sur 3,313 autopsies. Dans un de ces cas, les lésions étaient bilatérales, dans les 2 autres elles étaient unilatérales; deux fois elles s'étendaient depuis le bassinet jusqu'au col de la vessie, une fois elles intéressaient uniquement l'uretère.

Les différents auteurs ont émis les opinions les plus diverses concernant la nature de ces kystes. Les uns admettent une rétention de mucus dans les glandes de la muqueuse, par suite d'un état inflammatoire d'origine probablement calculeuse; M. von Kahlden croit avoir vu, au sein de ces formations kystiques, des parasites de la classe des protozoaires; d'autres, enfin, pensent qu'il s'agit d'une dégénérescence des couches profondes de la muqueuse.

M. Róna repousse tout d'abord l'hypothèse de la rétention intraglandulaire; l'existence de glandes dans la muqueuse de l'uretère est, en effet, niée par des anatomistes compétents, et lui-même n'a pas non plus trouvé ces glandes dans les préparations microscopiques qu'il a faites. Il n'admet pas davantage l'opinion de M. von Kahlden, car il n'a jamais constaté la présence des parasites décrits par ce dernier auteur. Il est d'avis que les corpuscules pris par M. von Kahlden pour des protozoaires ne sont, en réalité, que des produits de dégénérescence des cellules épithéliales. Aussi adopte-t-il la troisième théorie, et estime-t-il que les kystes urétéraux sont formés par des cellules épithéliales pénétrant dans la profondeur de la muqueuse et se séparant secondairement du stratum épithélial; ces cellules subiraient une dégénérescence hyaline, et donneraient ainsi naissance aux kystes. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 6.) — F. DE Q.

De l'utilisation plastique de l'utérus antéverti dans le vagin pour combattre les prolapsus, par M. C. J. Bucura.

Le présent travail fait connaître les résultats éloignés du procédé employé par le professeur Wertheim pour combattre la cystocèle, et qui consiste, après ouverture du cul-de-sac antérieur, à rabattre l'utérus en avant et à suturer la face postérieure de cet organe à la paroi vaginale antérieure préalablement avivée; le fond de la matrice se trouve ainsi reporté juste au-dessous de l'orifice uréthral; une périnéoplastie complète, s'il y a lieu, l'intervention.

Depuis deux ans, 16 malades ont été traitées par ce procédé; pour 5 d'entre elles, il est vrai, l'opération date de moins de huit mois. Il ne s'est produit qu'une seule récidive: dans ce cas le fond de l'utérus est bien resté fixé au voisinage de l'orifice uréthral, mais le reste de l'organe a pivoté autour de ce dernier point pour venir faire saillie à la vulve. Toutes les autres opérées peuvent travailler sans fatigue; leurs menstrues sont régulières, non douloureuses, et les troubles vésicaux ont disparu. Chez une de ces femmes, l'utérus a contracté des adhérences avec la paroi vaginale postérieure, et il s'est fait ainsi, spontanément, une véritable opération de Freund; chez 3 autres, l'orifice vulvaire est légèrement rétréci, la surface avivée ayant été un peu trop étendue; il s'ensuit que, chez ces 4 malades, le coït est douloureux ou impossible. Dans 4 autres cas, les grandes lèvres s'écartent un peu pendant l'effort; mais cet écartement peut être considéré comme physiologique et l'utérus ne se montre pas à la vulve.

M. Bucura pense que ces résultats sont encourageants et que l'opération de Wertheim doit être préférée à celle de Freund qui supprime la possibilité des rapprochements sexuels; cette dernière intervention serait cependant indiquée en cas de récidive. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 3.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections de jaune d'œuf dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Dans les cas où, en raison de l'étendue considérable des lésions pulmonaires et de l'état général précaire des malades, la cure d'air, de repos et de suralimentation se montre insuffisante pour combattre d'une manière efficace l'évolution de la phtisie, M. le docteur Ch. Bayle (de Cannes) a recours, depuis quelque temps, à des injections hypodermiques ou intramusculaires de jaune d'œuf. A cet effet, notre confrère se sert d'une seringue à injections de sérum antidiphtérique, sur laquelle il ajuste directement, sans l'intermédiaire du tube de caoutchouc, une aiguille de moyen calibre. On pique d'abord l'aiguille seule, et on ne fixe sur elle la seringue qu'après s'être assuré qu'il ne sort pas de sang. Il va sans dire que l'appareil et la région sur laquelle porte la piqûre sont soigneusement aseptisés; quant à l'œuf lui-même — qui doit être très frais —, il peut être considéré comme suffisamment aseptique, pourvu qu'après avoir brisé la coquille en deux, on laisse tomber le jaune, sans qu'il subisse dans ce trajet aucun contact, dans un récipient préalablement flambé. On injecte, à chaque fois, 4 c.c. de jaune d'œuf soit sous la peau de la face postérieure du bras, soit dans l'épaisseur du muscle deltoïde ou de la région fessière. Les injections sont répétées deux fois par semaine.

Ainsi pratiquées, ces injections n'ont jamais donné lieu à des abcès; dans un cas seulement, où l'on avait injecté à la fois 7 c.c. de jaune d'œuf, il se produisit, le lendemain, un gonflement intense du bras avec douleurs assez vives, phénomènes qui disparurent complètement le jour suivant.

Sous l'influence de ce procédé de traitement, on ne tarderait pas à constater une amélioration notable des symptômes locaux et un relèvement rapide de l'état général.

Ajoutons, en terminant, que M. Bayle se propose, dans ses essais ultérieurs, de mélanger le jaune d'œuf à une quantité égale d'eau salée à 7 ‰, qui, en augmentant la fluidité du liquide injecté, pourrait favoriser la résorption et permettrait d'introduire dans l'économie une dose plus considérable de substance active.

Emploi de l'acide salicylique en petites quantités pour faire tolérer le lait.

On sait que le régime lacté est loin d'être toujours bien supporté par les adultes même en parfaite santé et, à plus forte raison, par ceux qui sont atteints d'une affection du tube digestif. Cependant, le lait est de tous les aliments celui qui irrite le moins la muqueuse digestive, et s'il est parfois mal toléré, la faute en est évidemment aux produits de sa décomposition, soit que ces produits se forment en quantité trop abondante, soit que l'intestin du malade se montre particulièrement sensible à leur égard. Partant de cette idée, M. le professeur A. Schmidt, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Bonn, a essayé de rendre le lait moins décomposable en l'additionnant, avant l'ébullition, d'acide salicylique à la dose de 0 gr. 25 centigr. à 0 gr. 50 centigr. pour la ration journalière de lait, soit 1 litre 1/2 à 2 litres. L'acide salicylique est d'abord soigneusement agité avec une petite quantité de lait froid, puis on verse ce mélange dans le récipient contenant la provision de vingt-quatre heures, on agite de nouveau et on soumet ensuite le lait à l'ébullition. Il n'y a pas lieu de craindre que le lait ainsi traité ne se coagule, car la coagulation ne se produirait que dans le cas où la proportion d'acide salicylique dépasserait 0 gr. 25 centigr. par litre.

L'addition d'acide salicylique ne modifierait en quoi que ce soit ni le goût du lait, ni ses propriétés habituelles; elle ne donnerait lieu à aucun accident, alors même qu'on y aurait recours pendant un laps de temps plus ou moins long. Les premiers essais que M. Schmidt a institués à cet égard se sont montrés tellement encourageants que notre confrère utilise, depuis lors, ce moyen d'une façon systématique chez les sujets atteints de maladies de l'estomac ou de l'intestin. Dans la plupart des cas, il commence par faire prendre le lait additionné d'acide salicylique, pour y substituer le lait ordinaire dès que le patient s'est accoutumé au régime lacté; ou bien il donne, de temps à autre et pendant quelques jours, le lait salicylé, toutes les fois surtout que la diète lactée commence à être mal tolérée.

Ajoutons que M. Schmidt a aussi eu recours au même procédé chez les nourrissons, mais on doit naturellement alors diminuer la dose d'acide salicylique (0 gr. 10 centigr. par litre).

Traitement du lupus et des abcès tuberculeux par des pulvérisations d'eau oxygénée.

Un confrère anglais, M. le docteur Ch. H. Gunson, médecin du service des consultations externes au North Cambridgeshire Hospital, à Wisbech, traite avec succès le lupus par des pulvérisations d'eau oxygénée, répétées tous les jours et suivies d'applications de lanoline à laquelle on a incorporé 1 partie d'iodoforme et 2 parties d'acide borique. Sous l'influence de ce traitement, les granulations lupiques ne tarderaient pas à revêtir un aspect normal, en même temps qu'on verrait disparaître progressivement la zone de congestion entourant les lésions et que le stratum lucidum manifesterait une prolifération très active. A l'encontre de ce qu'on observe habituellement en pareille occurrence, le tissu cicatriciel serait particulièrement solide et n'aurait pas tendance à s'ulcérer.

Dans les cas où les nodules lupiques sont très exubérants, M. Gunson commence par pratiquer un raclage pour procéder ensuite aux pulvérisations de peroxyde d'hydrogène.

Le même moyen a également donné, entre les mains de notre confrère, d'excellents résultats dans le traitement des abcès tuberculeux, après incision et évacuation de leur contenu.

Traitement de la leucoplasie bucco-linguale par l'eau salée.

Un médecin allemand, M. le docteur Bockhart (de Wiesbade) a eu l'occasion de traiter 5 cas de leucoplasie bucco-linguale par des applications, sur les parties malades, de baume du Pérou, répétées quotidiennement ou tous les deux jours et associées à des lavages fréquents (6 à 12 fois par jour) de la bouche avec une solution contenant de 0.5 à 3 % de chlorure de sodium. Chez 2 de ces patients, qui ne tardèrent pas à renoncer à l'usage du collutoire au baume du Pérou, la leucoplasie rétrocéda néanmoins, grâce aux gargarismes à l'eau salée, en l'absence de toute autre médication.

La guérison — qui, suivant l'étendue et la profondeur des lésions, nécessita de trois mois à deux ans de traitement — fut complète dans les 5 cas : non seulement on ne voyait plus aucune trace de leucoplasie, mais la déformation même de la langue avait complètement disparu. Quelques mois après la guérison, 2 des malades, qui avaient renoncé à fumer pendant le traitement, reprirent l'usage du tabac, sans qu'il y eût récidive du processus leucoplasique.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la persistance de production de « travail négatif » dans les muscles paralysés, et de son importance au point de vue du pronostic et du traitement.

Les recherches physiologiques consacrées, dans ces dernières années, à l'étude de la contraction musculaire paraissent *a priori* ne pas présenter un grand intérêt pour le médecin; et, de fait, elles n'ont reçu jusqu'à ce jour que des applications pratiques peu nombreuses. Nous espérons cependant démontrer, au cours de ce travail, que ces données purement théoriques peuvent avantageusement passer dans le domaine de la clinique, puisqu'elles nous ont permis de trouver un procédé d'où résultent à la fois, pour les paralysies, des indications en vue du pronostic et un moyen de traitement.

I

Pour la facile compréhension de ce travail, il est nécessaire de rappeler sommairement quelques-unes des lois formulées par M. le professeur Chauveau dans ses études sur l'énergétique musculaire. Celles qui nous importent le plus sont les suivantes :

La contraction d'un muscle engendre une force nouvelle ayant tous les attributs de l'élasticité parfaite et qui se traduit objectivement par la résistance que ce muscle oppose à l'allongement.

Dans la contraction statique libre, cette force est rigoureusement égale à la charge nécessaire pour annuler le raccourcissement du muscle.

Dans la contraction statique avec soutien d'un poids à hauteur fixe, elle se divise en deux parties : l'une, mise en tension par la charge qu'elle équilibre et qu'elle égale, c'est l'*élasticité effective;* et l'autre, invisible, égale à la charge qu'il faudrait ajouter pour annuler le raccourcissement du muscle, c'est l'*élasticité virtuelle* (Chauveau) ou *disponible* (Laulanié). Leur somme, ou *élasticité totale*, subit des variations proportionnelles au produit de la charge soutenue par le raccourcissement du muscle contracté.

Dans le cas de contraction dynamique, c'est-à-dire d'un muscle soulevant ou abaissant une charge entre deux points situés sur une verticale, l'élasticité totale, qui équivaut à la moyenne des valeurs de l'élasticité considérée en chacun de ces points, subit aussi des variations analogues. Il en est de même du travail physiologique qui crée cette force et lui reste, dans toutes les circonstances, rigoureusement proportionnel.

Enfin, les changements survenant dans les combustions respiratoires permettent à leur our d'apprécier la dépense chimique consacrée à ce travail physiologique du muscle, dépense qui, elle aussi, varie proportionnellement à la charge soutenue et au degré du raccourcissement

D'où il suit qu'un muscle soulevant un poids à une hauteur donnée, *en partant de son état d'allongement extrême*, dépense *moins* que s'il exécute le même soulèvement en partant d'un état de raccourcissement déjà plus ou moins prononcé. De même, le soutien de la charge à la descente entraîne une dépense énergétique moindre dans le premier cas que dans le second.

L'étude de la dépense chimique dans le travail positif et dans le travail négatif correspondant conduit à son tour à une conclusion intéressante, à savoir que la dépense chimique attachée à la production de travail positif excède la dépense relative au travail négatif correspondant d'une quantité égale au double de l'énergie représentée par le travail mécanique (1).

Ces notions de physiologie pure sont immédiatement applicables au pronostic et au traitement de certaines affections neuro-musculaires.

II

On connaît la précision introduite par la réaction de dégénérescence, partielle ou totale, dans le diagnostic différentiel des atrophies musculaires et des paralysies du mouvement.

Comme cette réaction exprime soit une lésion des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, soit une altération des nerfs périphériques, on la retrouve constamment :

1° Dans les paralysies spinales antérieures — infantile, aiguë ou subaiguë de l'adulte — et dans les myélites diffuses intéressant la région des cornes antérieures;

2° Dans les atrophies musculaires du type Aran-Duchenne ou Charcot-Marie, dans la sclérose latérale amyotrophique et la syringomyélie;

3° Dans les traumatismes portant sur les racines antérieures ou les nerfs périphériques, et dans toutes les variétés de névrites (traumatiques, toxiques et infectieuses).

La présence de cette même réaction de dégénérescence permettra d'écarter un certain nombre d'affections où elle n'existe jamais : myopathies primitives, atrophie musculaire par inactivité fonctionnelle ou d'origine articulaire, paralysies cérébrales et hystériques, affections des cordons blancs de la moelle.

La recherche de la réaction de dégénérescence est également utile pour le pronostic, mais elle perd ici son caractère de précision. Certainement, dans un cas donné, à diagnostic bien établi, la réaction partielle de dégénérescence est un indice plus favorable que la réaction de dégénérescence complète; cependant cette dernière ne permet pas de conclure à un pronostic absolument désespéré, même en tenant compte des lésions originelles. Par exemple, dans la paralysie infantile avec inexcitabilité absolue des nerfs et des muscles, Hammon conseille de n'abandonner le traitement électrique quotidien, même sans résultat, qu'au bout d'une année entière. Une semblable réserve s'impose également pour le pronostic des névrites périphériques.

Du reste, Duchenne avait observé que l'inexcitabilité d'un nerf par l'électricité pouvait persister longtemps après le retour complet des mouvements volontaires.

Cette dernière observation, ainsi que les réserves faites par les cliniciens sur le retour possible et quelquefois constaté des mouvements volontaires, malgré la réaction de dégénérescence complète, conduisent aux déductions suivantes : les lésions primitives ou secondaires des nerfs font perdre aux cylindres-axes leur propriété de transformer l'excitation électrique en onde nerveuse, mais ces mêmes cylindres-axes peuvent transmettre encore l'onde nerveuse partie de leur cellule d'origine. C'est là, cependant, une exception, et le plus souvent la paralysie est complète, même quand la réaction de dégénérescence est partielle.

Toutefois, cette contradiction n'est qu'apparente. En effet, les cellules nerveuses détruites ne se régénérant pas, les paralysies médullaires curables s'expliquent à la fois par une lésion superficielle ou un trouble purement dynamique supprimant ou amoindrissant momentanément les ondes nerveuses qui naissent de ces cellules, et par l'obstacle que les nerfs altérés secondairement dans leur structure peuvent opposer à la transmission de ces ondes.

Le mécanisme des paralysies névritiques est le même, avec cette différence probable que l'obstacle périphérique est plus grand et l'amoindrissement fonctionnel cellulaire moins marqué.

III

La contradiction entre l'observation de Duchenne et les faits habituellement constatés s'explique donc plutôt par les troubles cellulaires que par l'état du nerf. On peut affirmer qu'à intensité proportionnelle l'influx nerveux est l'excitant par excellence, parce que physiologique, et qu'il doit toujours l'emporter sur un excitant artificiel quel qu'il soit. Ce fait n'a pas besoin d'être discuté.

Ne peut-on, dès lors, par un artifice, provoquer des mouvements volontaires et déterminer ainsi le pronostic de certaines paralysies, complètes en apparence, alors que l'excitant électrique a perdu toute action sur le nerf?

Le problème est celui-ci : demander au muscle un minimum de travail et faire élaborer à la cellule motrice correspondante de la moelle un maximum d'énergie, le déficit étant absorbé par les résistances que le nerf altéré oppose à l'onde nerveuse.

C'est ici qu'interviennent les observations de M. le professeur Chauveau. Chez un sujet à l'état normal, le travail musculaire minimum est produit par un mouvement actif libre, c'est-à-dire sans résistance extérieure. Dans la première phase, ou phase de travail positif, le muscle se contracte et soulève le segment de membre auquel il s'insère et dont on ne peut faire abstraction. Dans la seconde phase, ou phase de travail négatif, le muscle soutient ce même segment de membre que la pesanteur ramène à sa position d'équilibre.

Or, en faisant intervenir la main d'un aide, on peut : d'une part, supprimer la phase de travail positif par le soulèvement passif du segment de membre; d'autre part, atténuer le travail négatif par le soutien de ce même segment, dont on peut même annihiler ainsi complètement le poids, pour y substituer une pression aussi faible qu'on le désire. Enfin, on réduit au minimum la dépense énergétique nécessaire à cette contraction en s'écartant le moins possible de la limite extrême d'allongement de la fibre musculaire.

Pour obtenir le maximum d'énergie de la cellule motrice, on procède de la façon suivante :

Le segment de membre étant porté passivement par l'aide dans la position de départ précédemment déterminée, le sujet en expérience est invité à opposer une résistance pour en empêcher le retour à la position d'équilibre. Généralement, il en est incapable. Si l'on exerce alors sur le segment de membre, et le plus près possible de son extrémité périphérique, une pression énergique portant surtout au niveau des tendons, on perçoit une résistance musculaire d'intensité proportionnelle à l'excitabilité de la cellule motrice correspondante.

Sans décrire le mécanisme psycho-physiologique complexe de ce phénomène, on peut dire que cette pression stimule la cellule motrice *immédiatement* par des sensations réflexes simples, et *médiatement* par l'influx nerveux d'origine cérébrale qu'elle provoque ou qu'elle renforce.

Si, dans ces conditions, le muscle ne se contracte pas, on peut encore tenter de lui faire produire, par synergie, du travail négatif purement réflexe. En voici un exemple :

Le triceps brachial étant incapable d'opposer une résistance volontaire à la flexion du coude, malgré une pression énergique exercée au niveau du poignet, se contractera parfois encore lorsque, le bras tendu étant soutenu horizontalement par un aide qui continue à serrer fortement le poignet, le sujet en expérience est in-

(1) En effet, dans le travail positif, la dépense totale P comprend la dépense S consacrée au soutien de la charge, *plus* la dépense T consommée par le soulèvement du poids, c'est-à-dire par le travail mécanique auquel elle est équivalente :

$$P = S + T.$$

Au contraire, dans le travail négatif inverse, la dépense totale P' égale la dépense S consacrée au soutien de la charge, *moins* la dépense T de l'effort de soulèvement, qui non seulement n'intervient pas, mais encore compte en moins, parce que le poids, en descendant, allège d'autant la résistance que le muscle consacre à le soutenir et à l'équilibrer :

$$P' = S - T.$$

D'où

$$P - P' = 2\,T.$$

vité à résister à l'abaissement par contraction du deltoïde. Si, pendant cet effort, on tente de fléchir le coude, on pourra fréquemment percevoir une résistance due à une contraction réflexe destinée à maintenir la rigidité du levier.

Ici, la multiplicité des actions réflexes a remplacé l'onde nerveuse cérébrale que la pression a été impuissante à provoquer d'emblée par suite de la trop longue inactivité des cellules de la zone sensitivo-motrice.

Or, il est possible d'obtenir cette contraction de résistance volontaire ou réflexe dans plus de la moitié des muscles frappés de paralysie médullaire ou névritique avec une réaction de dégénérescence complète.

Cette *réaction de résistance* (1), ainsi appelée par analogie avec la *réaction de dégénérescence*, éclaire toujours le pronostic et le précise. Jusqu'à ce jour, en effet, l'expérience m'a démontré, dans tous les cas, que le retour à la fonction est d'autant plus complet et plus rapide que cette résistance est plus marquée, et qu'il n'y a rien à tenter pour le traitement de la cellule ou de son prolongement cylindre-axile quand elle est nulle.

La recherche du bruit rotatoire à l'aide des myophones de Chauveau et de Boudet (de Paris) n'a pas apporté une plus grande précision.

Cette contraction de résistance devient en même temps le traitement de choix dans ces paralysies, puisqu'elle sollicite directement le travail physiologique du système neuro-musculaire intéressé, travail que les excitants artificiels, notamment le courant électrique, sont impuissants à provoquer.

Lorsque la force de résistance s'est accrue par quelques semaines de séances quotidiennes, on peut hâter l'apparition du travail positif par le procédé suivant : la dépense énergétique étant proportionnelle au degré du raccourcissement et à la charge soutenue, on supprime complètement ce dernier facteur (représenté par le poids du membre), en plongeant le patient dans un bain salé d'une densité équivalente à celle du corps humain; par ce moyen, le malade peut exécuter quelques légers mouvements volontaires impossibles dans les conditions ordinaires. Ce bain peut être en même temps un procédé de traitement, un peu compliqué toutefois.

Dr PIERRE RÉGNIER (de Bordeaux).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1902.

La chloroformisation chez les cardiopathes.

M. A. Poncet (de Lyon). — Contrairement à la plupart des orateurs qui ont pris part à cette discussion au cours des trois dernières séances, j'ai toujours considéré l'innocuité de la narcose chloroformique chez les cardiopathes comme très relative. En effet, si l'on analyse les cas de mort sous le chloroforme, on voit qu'on peut les ranger dans deux catégories distinctes : les uns concernent certains grands blessés, des sujets en état de misère physiologique profonde ou porteurs de lésions viscérales graves soit du côté des centres nerveux, soit, plus encore, du côté des appareils circulatoire ou respiratoire, tous malades chez lesquels les troubles fonctionnels des organes altérés expliquent l'issue fatale; les autres sont, au contraire, relatifs à des individus de bonne santé, qui souvent se sont confiés au chirurgien pour une intervention de peu de gravité, telle que l'ablation d'un kyste ou d'une petite tumeur, la cure d'un phimosis, etc., etc., et qui succombent brusquement, parfois dès les premières inhalations d'anesthésique, sans que l'autopsie révèle rien qui puisse expliquer la catastrophe finale.

La vérité est que le chloroforme, comme tous les anesthésiques, est un poison des centres nerveux; mais c'est un poison très actif et, de plus, un poison à l'égard duquel existent des différences individuelles de susceptibilité considérables. Dans ces conditions, puisqu'il est capable de tuer des sujets sains, indemnes de toute lésion, on doit, à mon avis, le considérer *a fortiori* comme plus dangereux encore dans les affections du cœur et de l'aorte, conformément à l'opinion classique jusqu'ici.

Pour ma part, étant donné ce redoutable aléa auquel expose toujours le chloroforme, je donne la préférence à l'éther, qui est beaucoup moins toxique; le grand reproche qu'on a adressé à cet agent anesthésique, c'est d'être plus irritant pour les voies respiratoires que le chloroforme, et l'on a même été jusqu'à dire que, si celui-ci tuait plus immédiatement, sur la table d'opération, celui-là tuait davantage, consécutivement, dans les salles. Après avoir pratiqué en six ans 4,000 éthérisations, je ne saurais trop m'élever contre cette manière de voir. Il est exact que l'on observe des bronchopneumonies à la suite de la narcose à l'éther, mais les individus frappés sont tous des sujets en équilibre plus ou moins instable, au point de vue des complications pulmonaires, de par une infection préexistante; il faut, en outre, tenir compte du shock opératoire et de toutes les causes de refroidissement dont l'acte chirurgical est l'occasion, si bien qu'il serait plus légitime, à mon avis, de parler, pour ces cas, de *pneumonies d'opération* que de *pneumonies d'éthérisation*.

M. Delorme. — Je crois aussi devoir formuler quelques réserves au sujet de la prétendue innocuité de la chloroformisation chez les cardiaques, car le seul opéré que j'aie perdu au cours de l'anesthésie était précisément atteint d'insuffisance mitrale.

Sans doute, les exemples d'innocuité relatés de divers côtés sont nombreux, mais ces statistiques sont-elles suffisantes pour entraîner une conviction absolue?

On ne peut manquer, d'autre part, d'être frappé des réserves déjà faites à l'Académie, à la Société de chirurgie et dans les publications des auteurs qui se sont occupés de cette question.

La surcharge et la dégénérescence graisseuses du cœur, l'asystolie, la symphyse cardiaque, exposent à des risques spéciaux; en fait, quand on parcourt les périodiques, on trouve la dégénérescence graisseuse et la symphyse signalées dans le plus grand nombre des autopsies de cardiaques ayant succombé au cours de la chloroformisation.

La myocardite implique également des dangers dont il n'est permis de ne pas tenir compte que lorsque la vie est en cause. Pour les aortiques, l'accord n'est pas fait, et quelques auteurs redoutent pour ces sujets l'emploi du chloroforme, à cause de leur prédisposition aux syncopes.

Restent enfin les lésions valvulaires compensées, mais la myocardite qui les accompagne ouvre, dit-on, une porte aux accidents, et on reconnaît que le diagnostic en est difficile.

J'estime, pour ma part, que si l'on ne doit plus refuser aux cardiaques le bénéfice de l'anesthésie chloroformique pour les opérations graves, il est prudent d'employer chez eux les autres modes d'anesthésie pour les interventions légères, et, quand on a recours au chloroforme, de ne pas oublier que les accidents sont plus à craindre ici que chez les autres malades.

Relativement au mode d'anesthésie, je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit (doses à employer, surveillance du patient). Si le fait de confier toujours au même aide le soin de donner le chloroforme est utile, il n'est nullement besoin d'avoir recours à un chloroformisateur professionnel.

Quant au chloroforme lui-même, il doit être d'une pureté absolue. Actuellement, l'analyse chimique n'étant pas suffisante pour renseigner complètement sur la valeur d'un chloroforme, le contrôle clinique, dont on n'a pas assez revendiqué le concours jusqu'ici, doit en être le corollaire obligé. Il est également prouvé qu'un chloroforme nouvellement préparé est très supérieur à un chloroforme ancien, et qu'un chloroforme fraîchement distillé met presque sûrement à l'abri de dangers; je crois donc, comme M. Lucas-Championnière, que cette distillation systématique du chloroforme, au moment du besoin, doit être exigée dans tous les établissements hospitaliers.

M. Vallin lit, au nom de M. Panas, une note dans laquelle celui-ci soutient que le chloroforme est parfaitement supporté, non seulement par les cardiaques, mais encore par les asthmatiques et les emphysémateux.

Les seuls sujets qui courent réellement des dangers du fait de la chloroformisation sont les individus nerveux à réflectivité exagérée : chez eux on doit s'astreindre à n'administrer le chloroforme que goutte à goutte, jusqu'à ce que le rythme respiratoire soit devenu parfaitement régulier.

On évitera ainsi le plus grand danger auquel expose la chloroformisation, danger qui consiste, comme l'ont démontré les physiologistes, en un spasme de la glotte, lequel ne tarde pas à entraîner la mort par arrêt du cœur.

M. Duret (de Lille) dit que, d'une façon générale, il considère l'administration du chloroforme comme exempte de dangers graves chez les cardiaques.

Cependant la dégénérescence graisseuse du cœur et la symphyse cardiaque constituent des contre-indications, au moins relatives, à l'anesthésie chloroformique.

On ne doit pas oublier, en effet, que la mort qui survient au cours de la chloroformisation se produit deux fois plus souvent par arrêt du cœur que par arrêt de la respiration. En outre, les cas de mort par arrêt du cœur s'observent aussi bien quand la narcose est incomplète (phase d'excitation) que lorsqu'elle est complète. Quant aux altérations du cœur qui ont été constatées chez les opérés ayant succombé au cours de la chloroformisation, l'orateur a relevé, dans une statistique portant sur 135 cas, 25 fois un état de dégénérescence graisseuse du cœur, 6 fois des lésions valvulaires et 4 fois des adhérences du péricarde.

En ce qui concerne le chloroforme lui-même, l'orateur pense qu'il doit toujours être fraîchement préparé ou distillé et qu'il ne doit être donné qu'à doses excessivement faibles, mais continues, sans qu'il soit jamais besoin d'avoir recours à un chloroformisateur spécialiste.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 février 1902.

La résistance des globules rouges du sang déterminée par la conductibilité électrique.

MM. Calugareanu et **Henri.** — On mesure généralement la résistance des hématies en étudiant la diffusion de l'hémoglobine dans un mélange de sang et d'un liquide isotonique ou hypertonique. Nous nous sommes demandés si, dans ces conditions, les sels contenus dans les globules diffusent de la même façon que la matière colorante et, pour cela, nous avons lavé des hématies avec des solutions de saccharose pur, au titre de 56 ou de 70 ‰. Normalement ces solutions offrent une très grande résistance au passage du courant électrique; or, après qu'elles ont servi au lavage des globules, on observe que leur conductibilité a augmenté dans des proportions notables, ce qui ne peut tenir qu'à la diffusion des sels contenus dans les éléments en question, et cela en l'absence de toute dissolution de l'hémoglobine.

Il en résulte que, dans l'étude de la résistance des globules rouges, il est nécessaire de déterminer, non seulement la façon dont se comporte la matière colorante, mais aussi ce que deviennent les sels qui font partie de ces éléments.

Sur une production conjuguée d'indoxyle et d'urée dans l'organisme.

M. J. Gnezda adresse une note dans laquelle il établit qu'on peut observer, dans certains états morbides indépendants de tout processus

(1) Il est curieux de noter, à ce propos, que les découvertes physiologiques les plus récentes expliquent scientifiquement l'importance que Ling, l'inventeur de la gymnastique suédoise, accordait au travail de résistance opposé par les malades. J'ai déjà insisté sur ce point à plusieurs reprises, car la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont toujours désigné par *mouvements de résistance* les mouvements actifs auxquels on oppose une résistance extérieure à l'aide d'un poids ou tout autre procédé mécanique. C'est là une erreur contre laquelle on ne saurait trop s'élever, car elle indique une ignorance à peu près complète du système de Ling et des modes d'action des différents mouvements employés en thérapeutique.

de putréfaction intestinale (aliénation mentale, diabète, rougeole, scarlatine), la production d'un excès d'urée et, proportionnellement, d'indoxyle urinaire. Cette constatation permet d'admettre qu'il existe dans l'organisme une source d'indoxyle, d'origine non bactérienne, résultant sans doute de l'oxydation d'un groupement indoxylique dérivé de la molécule albuminoïde, oxydation qui est liée à la formation simultanée d'une certaine quantité d'urée.

Signification de la présence d'acides gras dans les eaux potables.

M. H. Causse envoie une note relative au dosage des acides gras dans les eaux, au moyen d'un procédé basé sur l'insolubilité des composés barytiques de ces acides. La proportion des acides gras dans les eaux potables peut varier, suivant les saisons, de 0 gr. 00001 centimilligramme à 0 gr. 0001 décimilligr. par litre. Ces substances ne sont pas nuisibles par elles-mêmes, mais elles témoignent de la contamination des eaux, car elles proviennent de l'apport direct, ou par infiltration, d'eaux d'égouts ou ménagères, d'eaux résiduelles de certaines industries, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1902.

Sur les accidents mortels de la chloroformisation.

M. Bazy. — L'existence de lésions valvulaires ne constitue pas, à mon avis, une contre-indication pour la chloroformisation; j'ai eu plusieurs fois, pour ma part, l'occasion d'opérer des malades atteints de lésions valvulaires, chez lesquels la chloroformisation s'est faite dans des conditions très satisfaisantes. Par contre, je crois que l'état du myocarde présente, à ce point de vue, plus d'importance.

Sans vouloir nier les accidents réflexes et syncopaux dus au chloroforme lui-même, je pense qu'il existe, à l'égard de cet agent anesthésique comme pour tous les médicaments actifs, de très grandes variations individuelles.

M. Moty. — J'ai la chance de n'avoir pas à déplorer un seul décès imputable au chloroforme; malgré cela, je considère l'anesthésie générale comme exposant toujours à un certain danger, et j'estime qu'il faut, chaque fois que la chose est possible, lui préférer l'anesthésie locale par la cocaïne.

M. Guinard. — Je crois que les cardiopathes peuvent être chloroformés; mais si l'on tient compte de toutes les restrictions faites à ce sujet, c'est seulement dans le cas de lésion valvulaire bien compensée que la narcose chloroformique n'offrira pas plus de danger chez ces malades que chez les individus bien portants.

M. Broca. — A propos du fait que j'ai rapporté dans la dernière séance, je dois ajouter que l'autopsie a révélé une hypertrophie du thymus.

M. Michaux. — Je suis étonné que, au cours de cette discussion, on n'ait point parlé de la méthode des tractions rythmées de la langue, qui m'ont toujours donné d'excellents résultats dans les cas d'alerte chloroformique.

M. Poirier. — J'ai employé autrefois le procédé des tractions rythmées de la langue, mais je n'ai pas eu à me louer de cette méthode; aussi suis-je revenu à la pratique de la respiration artificielle.

M. Schwartz. — Je partage l'avis de M. Poirier en ce qui concerne le peu d'efficacité des tractions rythmées de la langue, et je lui préfère de beaucoup la respiration artificielle.

Fibromyome et spasme du pylore.

M. Poirier. — J'ai eu l'occasion de soigner une femme qui avait été considérée par de nombreux collègues comme atteinte d'un cancer du pylore. Je fis une laparotomie exploratrice, qui ne me permit pas de constater l'existence d'une tumeur du côté de l'estomac, du duodénum ou du foie : il s'agissait d'un spasme du pylore, dont je pus faire la discision; je remarquai alors, sur la face antérieure du pylore, une élevure du volume d'une petite noisette, dont je fis l'ablation; l'examen histologique a montré que c'était un fibromyome pur. La guérison a été obtenue rapidement et les troubles digestifs ont complètement disparu.

De l'hémodiagnostic dans les kystes hydatiques.

M. Tuffier. — M. Milian et moi avons pu constater que les kystes hydatiques provoquent des réactions sanguines tout à fait particulières — notamment de l'éosinophilie —, quel que soit leur siège : il semble donc bien que ce soit le parasite lui-même qui détermine ces réactions. Dans 1 cas seulement, sur 12, nous avons été induits en erreur par l'examen du sang : d'après la constatation de l'éosinophilie, nous avions cru à l'existence d'un kyste hydatique, et il s'agissait en réalité d'un myxome.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février 1902.

Le lactate neutre de mercure dans le traitement de la syphilis.

M. Gaucher dit que, d'après ses recherches, le lactate neutre de mercure est, de tous les sels solubles d'hydrargyre, celui auquel on doit donner la préférence, en raison, d'une part, de sa grande solubilité et de la conservation presque indéfinie de ses solutions, de l'autre, parce qu'il est dépourvu de toute action irritante et qu'il est plus riche en mercure que le benzoate. Ce médicament peut être prescrit soit par la voie gastrique, en solution à 1 ‰, à la dose de quatre cuillerées à café dans le courant de la journée (dans un peu d'eau sucrée), soit par la voie sous-cutanée, en solution au centième, à la dose de 1 c.c. par jour. D'après les observations de l'orateur, le lactate neutre de mercure peut être substitué avec avantage à toutes les autres préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis.

Un cas de rhumatisme cérébral avec hypertension du liquide céphalo-rachidien.

M. Ferrier (médecin militaire) communique l'observation d'un soldat qui fut atteint brusquement, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, d'une céphalalgie violente, de délire et de convulsions, en même temps que les douleurs articulaires rétrocédaient. Le malade succomba la nuit même du jour où ces accidents étaient survenus. Une ponction lombaire, pratiquée quelques heures avant la mort, avait donné issue à un jet brusque et clair de liquide céphalo-rachidien qui ne présenta, après centrifugation, qu'un léger culot assez pauvre en éléments leucocytaires; les ensemencements de ce liquide sur milieux aérobies et anaérobies restèrent complètement stériles. L'autopsie ne permit enfin de constater aucune lésion des méninges ni du cerveau. La seule particularité qui ait caractérisé, dans ce cas, le rhumatisme cérébral, est donc l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

L'examen radioscopique des plèvres interlobaires et le diagnostic de la sclérose de l'interlobe.

M. Béclère montre une femme de soixante-sept ans, atteinte de phtisie chronique fibreuse, chez laquelle, l'écran étant simplement appliqué contre le dos ou contre le sternum dans la position verticale et l'ampoule se trouvant placée à hauteur moyenne, on ne constate qu'une diminution de la clarté des deux images pulmonaires à leur sommet, tandis que, dans certaines positions respectives de la malade, de l'ampoule et de l'écran, l'image pulmonaire droite apparaît très nettement divisée en deux étages par une étroite bande sombre, manifestement due à un épaississement fibreux de la cloison pleurale interlobaire. Cette lésion serait certainement passé inaperçue si la malade avait été simplement radiographiée dans les conditions habituelles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er mars 1902.

Sécrétion pancréatique active et sécrétion pancréatique inactive.

MM. Camus et Gley. — Nous avons montré, concurremment avec M. Wertheimer, que le suc pancréatique de chiens à jeun, sécrété sous l'influence de la pilocarpine, est protéolytique, et contient par conséquent de la trypsine vraie. Nous nous sommes assurés depuis lors que, chez les mêmes animaux, le suc pancréatique sécrété sous l'influence de l'injection d'une solution acide dans le duodénum (expérience de Pavlov) n'a, au contraire, pas d'action protéolytique ou n'en a qu'une très faible.

Cette constatation de l'inactivité du « suc d'acide » comporte de graves conséquences : il devient, en effet, impossible de considérer désormais l'acide comme l'excitant physiologique de la sécrétion pancréatique. On est, de plus, en droit de dire qu'il existe deux espèces de sécrétions pancréatiques : l'une active ou diastasique et l'autre inactive ou aqueuse.

Nous avons été, en outre, amenés à nous demander — les acides constituant l'excitant physiologique de la sécrétion inactive — quel était l'excitant physiologique de la sécrétion active ou protéolytique. Or, il résulte de nos expériences que l'injection intraveineuse soit des produits filtrés de la digestion gastrique du chien, soit de très petites quantités de peptone du commerce (de 1 à 2 c.c. d'une solution à 10 %), détermine la sécrétion d'un suc pancréatique actif.

On peut donc dire dès maintenant qu'il existe deux processus essentiels de transformation du zymogène en trypsine : l'un intrapancréatique, par l'action de petites quantités de propeptone, l'autre extrapancréatique, par l'action du suc intestinal (Pavlov).

Effets de la décapsulation du rein.

MM. Claude et Balthazard. — Chez les chiens normaux, la décapsulation du rein n'apporte pas de modifications sensibles dans l'élimination des substances élaborées ni dans la dépuration de l'organisme. La cryoscopie nous a permis, d'autre part, de constater qu'après la décapsulation la diurèse moléculaire totale et le rapport entre les molécules totales (Δ) et les molécules élaborées (δ) diminuent d'une façon constante, et que cette diminution s'exagère encore lorsque, après avoir pratiqué la décapsulation d'un rein, on pratique la même opération de l'autre côté : la dépuration urinaire est donc assurée malgré une activité moindre de la circulation. Or, chez l'homme, les néphrites sont caractérisées par des valeurs élevées du rapport ci-dessus indiqué, et, d'autre part, l'hypertrophie du ventricule gauche et l'augmentation de la tension artérielle témoignent de l'activité exagérée de la circulation. Il y a donc lieu de penser que dans ces cas la décapsulation du rein pourrait abaisser la valeur du rapport entre les molécules totales et les molécules élaborées, comme chez les chiens normaux, et assurer ainsi une dépuration urinaire plus satisfaisante avec un effort cardiaque moindre. Si ces données, encore hypothétiques, étaient confirmées, la décapsulation du rein pourrait être substituée à la néphrotomie dans les affections chirurgicales du rein et les néphrites graves.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 1er mars 1902.

Traitement de l'ascite par l'opération de Talma.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. J. Pál** a montré 2 malades atteints de cirrhose hépatique, chez lesquels on a pratiqué, sous anesthésie locale, la fixation de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure; depuis cette opération, l'ascite, qui avait récidivé à la suite des ponctions, ne s'est plus reproduite. Un des patients présenta quelque temps après l'intervention un vomissement de sang et plusieurs accès épileptiques qui disparurent sous l'influence du traitement bromuré.

Soixante ascitiques ont subi jusqu'à ce jour l'opération de Talma, et la proportion des guérisons est de 40 %; quant aux accidents nerveux qui surviennent quelquefois consécutivement à cette intervention, ils sont, d'après l'orateur, d'origine auto-toxique.

M. A. von Eiselsberg dit qu'il a toujours soin, lorsqu'il a recours à l'opération de Talma, d'interposer un bouchon d'épiploon entre le péritoine et les muscles droits. Dans 2 cas, la récidive de l'ascite a nécessité la fixation de la

rate au péritoine. Les hématémèses que l'on observe parfois après l'opération sont dues à une embolie rétrograde.

Amputation sus-malléolaire par la méthode de Bier modifiée.

M. A. von Eiselsberg a pratiqué 25 fois, avec des résultats très satisfaisants, l'amputation sus-malléolaire d'après la méthode de Bier modifiée. Le procédé de ce chirurgien consiste à disposer sur la surface d'amputation une plaque osseuse empruntée au tibia et reliée à cet os par un pont de périoste; le moignon qu'on obtient de la sorte offre beaucoup plus de résistance pour la marche. Bunge a légèrement modifié cette opération : il débarrasse de son périoste la partie inférieure du tibia dans une étendue de quelques millimètres et résèque en même temps la moelle; on empêche ainsi la formation d'un cal osseux à la partie inférieure du moignon (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 135). C'est à cette dernière technique que l'orateur a eu recours.

M. Moskowits a montré un malade amputé par ce procédé, qui est facile à exécuter et permet de donner au moignon quelques centimètres de plus.

M. J. Schnitzler dit qu'il a opéré plusieurs malades d'après l'ancienne méthode de von Bruns, et que les résultats lui ont paru aussi bons que ceux qu'on obtient par le procédé de Bunge.

Sur un cas de pseudo-leucémie tuberculeuse.

Dans la séance du 20 février de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. H. Schur** a relaté l'observation d'un homme qui a succombé à une pseudo-leucémie tuberculeuse; cette affection, qui procédait par poussées, était caractérisée par une lymphomatose généralisée, un état d'anémie, une intumescence du foie et de la rate, parfois de la fièvre, enfin par une leucocytose considérable (240,000 globules blancs par centimètre cube); dans les derniers mois de la vie apparut une légère parésie de la jambe gauche, les réflexes demeurant vifs. L'autopsie révéla une dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins et d'une partie de l'intestin, ainsi qu'une hyperplasie des ganglions lymphatiques, d'origine tuberculeuse, comme le démontrait la présence de cellules géantes, de tubercules isolés et de bacilles de Koch; la moelle osseuse était intacte.

M. W. Türk fait observer que ce qui permet de distinguer les lymphomes tuberculeux d'avec l'hyperplasie lymphatique vraie, c'est l'existence de mouvements fébriles, la sensibilité des ganglions à la pression, enfin l'absence d'hypertrophie du tissu lymphatique des muqueuses. Quant à l'examen hématologique, il révèle d'ordinaire, dans la tuberculose, une formule normale, mais parfois aussi on trouve de la leucocytose; d'autre part, dans certains cas d'hyperplasie lymphatique vraie, on ne constate aucune modification de la composition du sang.

M. H. Schur déclare qu'il y a quelquefois de la fièvre dans la pseudo-leucémie pure; lui-même a observé des manifestations fébriles chez un malade dont le sang renfermait 30,000 lymphocytes par centimètre cube, avec 90 % de mononucléaires.

M. J. Sternberg est d'avis que, en cas de lymphomatose généralisée, on peut trouver de la mononucléose, mais que ce signe, n'étant pas constant, ne permet nullement d'établir des distinctions dans la pseudo-leucémie.

Paralysie pseudo-bulbaire par lésions du plancher du quatrième ventricule, dues à l'artériosclérose.

M. S. Erben a montré un vieillard qui fut brusquement frappé d'aphasie, il y a dix mois; depuis lors la déglutition est compromise et la salive s'écoule hors de la bouche. En l'absence de tout autre symptôme, notamment d'atrophie, et étant donné que, par l'excitation électrique, la déglutition réflexe elle-même s'accomplit mal, l'orateur estime que cette paralysie pseudo-bulbaire des lèvres, de la langue et du palais n'est pas la conséquence d'une lésion nucléaire, mais de petits foyers de ramollissement du plancher du quatrième ventricule, dus à l'artériosclérose dont cet homme offre des marques évidentes.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De certains dangers de la suralimentation et de la zomothérapie; leur action sur le foie et les reins, par M. PATOIR.

On peut dire que le traitement moderne de la tuberculose pulmonaire repose sur trois moyens dont l'efficacité n'est pas douteuse : la cure d'air, le repos et la suralimentation. Si, pour les deux premiers, il n'y a pas à craindre d'abus, il n'en est pas de même du troisième; il est souvent difficile, en effet, d'atteindre, sans le dépasser, le point utile, de ne suralimenter le malade que selon ses facultés d'assimilation et l'état de ses viscères. Or, une suralimentation excessive peut entraîner des accidents extrêmement graves, et la zomothérapie, quoique ayant un mode d'action tout différent, présente à ce point de vue les mêmes dangers; les deux observations relatées par M. Patoir en font foi.

Dans la première, il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte d'une tuberculose à marche rapide qui aboutit en quelques mois à la formation d'une caverne au sommet droit avec infiltration du sommet gauche. La suralimentation (trois repas complets, plus six à huit œufs par jour), associée à la cure d'air et au repos, amena une amélioration surprenante, si bien que la patiente ne tarda pas à négliger son régime, se contentant de maintenir l'alimentation à un taux excessif. Bientôt elle présenta des signes de dyspepsie, puis, à la suite d'une indigestion, elle eut de l'embarras gastrique avec léger ictère, urines foncées et contenant un peu d'urobiline et des traces d'albumine, fèces décolorées, en même temps que l'état général redevenait mauvais et que des symptômes de congestion apparaissaient aux sommets. Grâce au repos et à la diète lactée, ces troubles s'amendèrent cependant; mais, durant les quatre années suivantes, la malade, qui continua à se suralimenter, eut à plusieurs reprises de nouvelles indigestions suivies de congestion hépatique et rénale, si bien que finalement son foie resta gros, et qu'elle eut souvent des poussées de subictère avec urobilinurie, oligurie et albuminurie permanente. Puis survint une crise d'intoxication aiguë beaucoup plus violente que les précédentes, caractérisée par de la fièvre, de la tendance au collapsus et à la respiration de Cheyne-Stokes, par une augmentation considérable du volume du foie qui atteignait l'ombilic, par des urines rares et foncées contenant 2 grammes d'albumine par litre, etc. Cette femme se remit encore de cette alerte; toutefois, son état général demeura mauvais, et elle fut emportée dans le collapsus, cinq mois plus tard, par des accidents identiques à ceux que nous venons de signaler, bien plus que par les lésions tuberculeuses qui avaient peu progressé.

Le second cas concerne également une jeune femme de vingt-quatre ans, syphilitique et tuberculeuse, qui retira tout d'abord d'excellents effets de la suralimentation associée au repos et à la cure d'air; mais bientôt, sous l'influence de diverses circonstances défavorables, les lésions reprirent leur marche progressive et la malade paraissait aller vers l'hecticité quand elle fut soumise à la zomothérapie, dont les résultats furent très bons au début; on en arriva à administrer 500 grammes de viande crue par jour, et non seulement l'état général devint très satisfaisant, mais même les lésions semblèrent rétrocéder et tendre à la transformation fibreuse. Malheureusement, au bout de trois mois de ce régime, l'intolérance gastrique se manifesta par des phénomènes dyspeptiques et de la congestion du foie, avec urines troubles et rares. L'alimentation exclusivement lactée ramena tout dans l'ordre; puis, la zomothérapie ayant été reprise, les troubles digestifs graves (selles fétides et diarrhéiques, vomissements) reparurent, ainsi que les phénomènes d'hépatite et de néphrite qui, dès lors, devinrent définitifs et s'accompagnèrent d'une recrudescence des lésions pulmonaires. La malade était dans un état d'asphyxie menaçant et presque dans le collapsus quand une hémoptysie foudroyante vint mettre fin au tableau morbide.

La conclusion à tirer de ces deux faits, c'est qu'en matière de suralimentation il faut se préoccuper non seulement du tube gastro-intestinal, comme on le fait généralement, mais aussi du foie et des reins, organes particulièrement prédisposés aux dégénérescences chez les tuberculeux. (*Echo méd. du Nord*, 17 novembre 1901.) — F. F.

Paralysie hystéro-saturnine du nerf radial, par M. JOSSERAND.

Bien que la réalité des associations hystéro-organiques ait été établie d'une manière indiscutable, le nombre des cas de ce genre contenus dans la littérature médicale est encore assez restreint; aussi croyons-nous devoir résumer le fait publié par M. Josserand, d'autant qu'en pareille occurrence l'exactitude du diagnostic est la première condition du succès du traitement.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans, qui se présentait au premier abord avec une paralysie radiale droite des plus nettes, la main étant tombante et en pronation; comme, de plus, ce malade était typographe de son métier et offrait, à défaut du liséré gingival de Burton, les taches ardoisées de la face interne des joues, décrites par Gubler, le diagnostic de paralysie radiale saturnine paraissait s'imposer.

Toutefois, un examen plus approfondi révélait des particularités de nature à éveiller une certaine défiance. Tout d'abord, cette paralysie était unilatérale et avait eu un début subit : au milieu d'un repas, sans aucun ictus, la main avait tout d'un coup refusé le service; en outre, le long supinateur était intéressé en même temps que les extenseurs, fait exceptionnel dans la paralysie saturnine. D'autre part, la perte de motilité n'était pas strictement limitée aux muscles desservis par le nerf radial, mais il existait aussi une parésie légère du médian (fléchisseurs) et du cubital (interosseux et adducteur du pouce). Enfin, on remarquait une anesthésie profonde, intéressant les trois modes de la sensibilité, et dont la limite supérieure était constituée par une ligne circulaire occupant, au début, le pli du coude, mais qui, au bout d'une quinzaine de jours, était descendue au niveau de l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras.

Tels étaient les principaux symptômes que présentait cet homme; ajoutons qu'il n'y avait pas d'atrophie musculaire, pas de modifications des réflexes, pas d'altération des réactions électriques, pas de douleurs spontanées ni à la pression.

Dans ces conditions, le diagnostic de paralysie saturnine *pure* devenait peu acceptable; on ne pouvait davantage admettre l'existence d'un foyer cérébral ou médullaire, d'une lésion du plexus brachial ou de ses racines. Restait l'hypothèse d'hystérie : elle se trouva confirmée par la découverte d'une zone hystérogène dans le flanc droit, et d'un léger rétrécissement du champ visuel, notamment pour le vert.

Néanmoins, l'auteur estime qu'il ne s'agissait pas d'une paralysie hystérique *essentielle*. Il croit qu'il fallait plutôt incriminer une hystérie symptomatique, d'origine toxique : les nerfs du membre supérieur se trouvant, sous l'influence de l'intoxication saturnine, en état de méiopragie fonctionnelle, peut-être même organique, il suffisait que le malade portât une prédisposition névropathique pour que des symptômes hystériques pussent se manifester dans la zone intéressée. (*Lyon méd.*, 22 décembre 1901.) — F. F.

Luxation soudaine de la hanche au cours du rhumatisme aigu, par M. G. GEVAERT.

Le fait relaté par M. Gevaert est doublement intéressant, d'abord parce que la luxation spontanée de la hanche est un accident relativement rare dans les maladies aiguës, et ensuite parce qu'il s'agit dans le présent cas d'une variété peu fréquente de luxation spontanée de l'articulation fémoro-iliaque, à savoir la variété obturatrice.

La malade, une jeune fille de treize ans, fut admise à l'hôpital pour une prétendue coxalgie ayant débuté cinq mois environ auparavant par de très violentes douleurs avec température de 40° et attitude vicieuse dès le premier jour; ce n'est que lorsque la fièvre et les phénomènes douloureux eurent disparu qu'on s'aperçut que la cuisse gauche était luxée. A son entrée à l'hôpital, on constata que la jambe gauche était allongée, que la cuisse était en rotation en dehors avec abduction prononcée, que la tête fémorale faisait saillie à la région obturatrice, sous le

paquet vasculaire, que la fesse était aplatie, bref qu'il existait une luxation fémoro-iliaque en bas et en avant, vers le trou obturateur. Bien que l'articulation parût ankylosée, on parvenait, en fixant fortement le bassin, à imprimer quelques mouvements au membre inférieur, mais la marche n'était possible qu'avec des béquilles, en raison de la fatigue rapide et des vives douleurs qu'elle provoquait.

Au bout de quelque temps, il se produisit, à l'occasion d'un mouvement brusque, une modification heureuse dans la variété de la luxation: la tête fémorale se déplaça en haut et en arrière; ce fait prouvait qu'il n'y avait pas d'ankylose, et que la réduction avait des chances de réussir. En effet, les parents, qui jusque-là avaient refusé toute intervention, ayant enfin donné leur consentement, l'auteur pratiqua les manœuvres de Lorenz (réduction par le bord postérieur du cotyle) et, quoique à ce moment la luxation fût vieille de seize mois, le résultat fut assez satisfaisant: la patiente peut marcher longtemps sans fatigue, mais avec une claudication assez apparente. (*Journ. de chir. de Bruxelles*, novembre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'état de la pression vasculaire chez l'homme pendant la narcose à l'éther et au chloroforme, par M. C. Blauel.

Pour élucider le point qui fait l'objet de cette étude, M. Blauel s'est appliqué à mesurer la pression sanguine, au moyen du tonomètre de Gärtner, au cours d'une centaine d'opérations de tout genre pratiquées sous anesthésie générale à l'éther, ainsi que pendant 37 narcoses par le chloroforme. La pression vasculaire moyenne fut préalablement établie à l'aide de plusieurs mensurations dont aucune ne fut faite immédiatement avant l'intervention, afin d'éviter l'influence qu'aurait pu exercer l'état psychique du sujet; elle fut ensuite déterminée de minute en minute durant toute la narcose.

Dans 79 % des cas, l'administration de l'éther provoqua une augmentation de la pression sanguine; dans 9 % des cas, cette pression oscilla autour de la normale; dans 12 % des cas, enfin, elle s'abaissa, ce qui pouvait être attribué, chez la plupart des patients, à un état de cachexie antérieure ou à des pertes de sang abondantes. La courbe de la pression présenta d'ordinaire, au début, une ascension rapide, puis des oscillations plus ou moins considérables, dues parfois, en cas d'élévation, à une nouvelle administration de l'anesthésique, et parfois, en cas de diminution, à certains actes opératoires; jamais il ne se produisit d'abaissement subit et notable sans cause extérieure; toute chute causée par la narcose même fut lente. Au moment du réveil, la pression était normale dans 33 % des cas, supérieure à la moyenne dans 35 %, et inférieure dans 32 %.

En ce qui concerne l'anesthésie chloroformique, pratiquée à l'aide de l'appareil de Kappeler, l'auteur a pu s'assurer tout d'abord qu'une injection préalable de morphine ne paraît pas avoir d'influence sensible sur la pression sanguine. Cette dernière fut supérieure à la normale chez un dixième des patients, ne fut pas influencée dans 8 % des cas et diminua dans toutes les autres observations, c'est-à-dire dans plus des quatre cinquièmes des narcoses. Ajoutons que les individus soumis à l'anesthésie chloroformique étaient pour la plupart vigoureux, tandis que les sujets débilités furent anesthésiés à l'éther. Quant au détail de la courbe, M. Blauel nota dans la période initiale une augmentation, au moins passagère, de la pression dans 21 % des cas, la persistance de la pression normale dans 19 % des cas, un abaissement dans 60 % des cas; les oscillations furent très irrégulières et l'on constata des chutes considérables et subites sans aucune cause extérieure. Au moment du réveil, la pression était supérieure à la moyenne chez 27 % des patients, normale chez 27 % et inférieure chez 46 %.

Il résulte de ces recherches, non seulement que l'éthérisation est d'une manière générale beaucoup moins préjudiciable que la chloroformisation, au point de vue de la pression sanguine, mais encore qu'elle n'expose point, comme la narcose chloroformique, à des abaissements brusques et non motivés de la pression, abaissements qui peuvent survenir alors même que l'administration de l'anesthésique est suspendue depuis assez longtemps déjà. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.) — F. DE Q.

L'électricité et la narcose chloroformique, par M. S. Jellinek.

Au cours de recherches que l'auteur a instituées en vue d'étudier l'influence exercée par les courants de haute tension sur l'organisme, il a pu se rendre compte que ces courants déterminent, chez le lapin, soit la mort immédiate, soit des troubles fonctionnels graves plus ou moins persistants: paralysie des quatre extrémités, paraplégie des membres postérieurs, convulsions, etc. (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 422). Mais si, avant d'appliquer l'électricité, on soumet l'animal à la chloroformisation et qu'on pousse la narcose assez loin pour que le lapin ne réagisse plus à des excitations intenses, telles qu'affusions chaudes et froides, piqûres au niveau des différentes parties du corps et de la moelle épinière, etc., on voit l'animal, sous l'influence du courant, tomber d'abord en opisthotonos, puis faire des efforts pour se redresser, exécuter des mouvements de rotation autour de l'axe longitudinal de son corps, ouvrir brusquement la bouche et pousser des cris, et, très rapidement, au bout de quelques minutes à peine, se dresser sur ses quatre pattes, en gardant une attitude d'effarement. Un animal témoin, chloroformisé en même temps et dans les mêmes conditions que le premier, mais non soumis à l'électrisation, présente une respiration irrégulière et finit par mourir ou, tout au moins, reste profondément endormi encore pendant dix à quinze minutes.

Ainsi donc, les courants de haute tension, tout en exerçant une action nocive sur l'animal à l'état de veille, sont susceptibles de sauver la vie aux animaux plongés dans un sommeil anesthésique profond, sans qu'on constate ensuite le moindre phénomène fâcheux pouvant être mis sur le compte de l'électrisation.

Sans vouloir, pour le moment, tirer une conclusion pratique de ce fait, M. Jellinek estime, cependant, que la chose mérite d'autant plus d'être retenue que les courants en question se montrent efficaces lorsque les centres nerveux semblent avoir perdu toute excitabilité, l'animal ne réagissant plus aux agents habituels d'excitation.

L'auteur se propose de poursuivre ses recherches sur d'autres espèces animales et avec d'autres modes d'anesthésie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 novembre 1901.) — L. CH.

Des rapports entre la tuberculose du larynx et la grossesse, par M. A. Kuttner.

L'existence de relations entre la tuberculose du larynx et la grossesse, relations soupçonnées depuis un certain temps par divers auteurs, n'a pas encore été établie d'une façon précise. Aussi M. Kuttner s'est-il proposé de combler en partie tout au moins cette lacune, en soumettant à une étude attentive 15 cas dont 8 sont inédits et ont été observés par lui-même ou lui ont été communiqués par différents confrères à la suite d'une enquête qu'il a instituée à cet égard. Les résultats auxquels il est arrivé peuvent être résumés de la façon suivante:

Chez 3 femmes, des lésions pulmonaires existaient avant la grossesse; chez les 12 autres, les poumons étaient sains ou ne présentaient que des lésions insignifiantes. La tuberculose du larynx s'est déclarée 1 fois avant la grossesse; dans 2 cas elle survint au cours du sixième mois, et dans les 12 autres pendant la première moitié de la gestation. Primipares et multipares furent affectées dans des proportions à peu près égales. Chez 2 femmes qui avaient été atteintes antérieurement l'une d'une légère affection du sommet et l'autre de tuberculose laryngée guérie depuis trois ou quatre ans, la maladie se déclara de nouveau après le début d'une grossesse; ces 2 patientes succombèrent toutes deux peu après l'accouchement.

De ces 15 malades, 4 ont accouché au cours du neuvième mois, 8 au cours du huitième et 3 au cours du septième. Tous les enfants sont nés vivants; sur 4 d'entre eux, les renseignements font défaut; 3 vivent toujours (1 est âgé de sept mois, 1 de deux ans et le troisième de quinze ans environ); 8 enfin sont morts, soit immédiatement après la naissance, soit au bout de trois semaines au maximum. Les 15 mères ont succombé, les unes aussitôt après l'accouchement, les autres au bout de deux mois au plus.

En ce qui concerne la conduite à tenir dans les cas de tuberculose laryngée chez les femmes gravides, l'auteur la définit de la façon suivante: quand il existe des lésions avancées, on doit se contenter du traitement local et se tenir prêt à pratiquer la trachéotomie si les troubles respiratoires deviennent trop graves. Chez les femmes dont l'état général est bon, et qui présentent des altérations laryngées peu prononcées, on fera bien de s'abstenir de toute intervention; mais dès que les lésions s'aggravent et s'étendent, il faut sans tarder pratiquer la trachéotomie, et, si l'état ne s'améliore pas dans l'espace de quelques jours, l'avortement artificiel. Les chances de sauver la malade seront d'autant plus grandes que la grossesse sera interrompue à une époque plus précoce; à partir du septième mois, elles se trouvent considérablement diminuées. La trachéotomie est encore indiquée chez les femmes atteintes de tuberculose laryngée et arrivées au terme de la grossesse; on pratiquera cette intervention soit dès le début du travail, soit à la première menace d'asphyxie. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, novembre 1901.) — S. J.

Des résultats obtenus par la résection partielle des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique sénile, par M. Kudinzev.

La vogue dont jouirent pendant un certain temps la castration et les opérations sur le cordon spermatique, dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, a sensiblement baissé, et nombre de chirurgiens ont abandonné ce genre d'interventions. Aussi le travail de M. Kudinzev, fait à la clinique de M. Podrèze, à Kharkov, ne nous paraît pas dépourvu d'intérêt, d'autant plus qu'il porte sur des patients dont l'observation put être poursuivie assez longtemps.

Ces malades, atteints de prostatisme au deuxième ou au troisième degré, furent tous soumis à la résection partielle des canaux déférents. Ils étaient au nombre de 24.

Chez 9 d'entre eux, l'opération amena, au bout de cinq à six semaines, une guérison complète en ce qui concerne le fonctionnement de l'appareil urinaire, bien qu'aucun d'eux ne présentât une diminution de volume de la prostate au moment de sa sortie. Il en fut autrement des résultats plus éloignés, car, dans 3 cas tout au moins, le toucher rectal, pratiqué d'un à deux ans après l'intervention, permit de constater une atrophie sensible de l'organe.

Chez 8 patients, l'opération détermina une certaine amélioration, mais non la disparition complète des symptômes de rétention; l'amélioration consistait principalement en la diminution du ténesme vésical et des symptômes douloureux en général.

Dans 7 cas enfin, le traitement n'eut aucun effet appréciable et l'auteur fut obligé, pour 4 d'entre eux, de pratiquer la cystostomie suspubienne d'après la méthode de M. Poncet.

M. Kudinzev reconnaît que nous ne pouvons, jusqu'à ce jour, donner une explication satisfaisante de ces résultats. Il serait cependant disposé à admettre que la résection des canaux déférents exerce surtout un effet favorable sur le fonctionnement du muscle vésical et, en outre, sur l'hyperémie de la prostate, par l'intermédiaire du système nerveux. Cette dernière interprétation est légitimée par ce fait que, dans plusieurs cas, la diminution du ténesme fut immédiate. Cette amélioration primitive fut suivie plusieurs fois d'une aggravation passagère, ne durant généralement que deux ou trois jours, puis l'ensemble des symptômes de prostatisme recommença à s'amender, moins rapidement, il est vrai, qu'aussitôt après l'opération, mais d'une manière plus durable: au bout de quatre à cinq semaines, l'état était tel, dans les cas favorables, que le patient pouvait reprendre ses occupations journalières. Quant aux différences individuelles, au point de vue des résultats de cette intervention, l'auteur les attribue aux différences histologiques existant, d'un cas à un autre, dans l'hypertrophie de la prostate. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 5.) — F. DE Q.

Contribution à l'étude du traitement opératoire des suppurations collectées dans les annexes utérines, par MM. L. Mandl et O. Bürger.

Nous avons publié jadis l'analyse détaillée d'un mémoire de M. le professeur Schauta, relatif aux avantages des opérations par voie vaginale (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 126). Aussi, du travail consacré par MM. Mandl et Burger aux résultats obtenus par le même opérateur, depuis douze ans, dans le traitement des suppurations localisées aux trompes et aux ovaires, ne retiendrons-nous que les points suivants, offrant un intérêt particulier :

En ce qui concerne le moment de l'intervention, les auteurs conseillent d'opérer autant que possible à froid, c'est-à-dire quand le pus est devenu stérile. Cette règle est surtout importante dans les cas où l'on a recours à la voie abdominale. Malheureusement, il n'existe pas de critérium certain de la stérilité du pus, un examen bactériologique complet n'étant pas toujours possible. Kiefer a pensé qu'au bout de neuf à douze mois la virulence des suppurations annexielles avait disparu; mais l'expérience dément journellement cette conclusion. Une chose certaine, c'est que, lors des poussées aiguës, les interventions par voie abdominale offrent d'énormes dangers : sur 12 femmes opérées dans ces conditions, M. Schauta en a perdu 6 (50 %). L'intervention par voie vaginale, même en pareille circonstance, est beaucoup moins grave, car sur 10 femmes opérées de la sorte, il n'y eut aucun décès. Si l'on compare maintenant la mortalité globale des opérations abdominales avec celle des opérations vaginales, on trouve pour les premières une mortalité de 11 % environ (23 cas de castration totale avec 2 morts, 99 cas de salpingo-oophorectomie avec 13 morts), alors que la proportion des décès n'est que de 2.6 % pour les castrations totales par voie vaginale (116 opérées avec 3 morts).

Il est à remarquer, dans les chiffres précédents, que la castration totale (hystérectomie et salpingo-oophorectomie double associées) donne une mortalité inférieure à celle de la salpingo-oophorectomie seule; la raison en est que l'hystérectomie facilite le drainage et supprime l'utérus, source continuelle d'infection.

Mais l'opération vaginale n'est pas seulement moins dangereuse que l'opération abdominale, elle est aussi beaucoup plus sûre au point de vue des résultats éloignés. La première a fourni au chirurgien de Vienne 81 % de guérisons définitives, alors que les salpingo-oophorectomies doubles par voie abdominale n'en ont donné que 50 %. La castration abdominale sans hystérectomie expose, en effet, à tous les accidents de la ménopause artificielle, accidents qui, d'ailleurs, seraient imputables pour une bonne part aux exsudats que l'utérus infecté entretient autour des moignons tubaires. La preuve en est dans ce fait que, si les castrations totales par voie abdominale ont une mortalité relativement élevée, elles fournissent, par contre, des résultats éloignés aussi bons que les castrations totales par voie vaginale (81 % de guérisons définitives); ce point est à retenir, étant donné que la présence d'adhérences ou la complexité des lésions obligent parfois à renoncer à la voie vaginale.

Les opérations plus ou moins conservatrices dans le cas de suppurations confirmées et non résorbables, telles que la ponction ou l'extirpation unilatérale des annexes par voie vaginale, ne donnent que de mauvais résultats et nécessitent presque toujours une hystérectomie secondaire. Il ne s'agit là que de procédés d'attente, permettant de choisir le moment propice à une intervention radicale. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 1.) — R. DE B.

Recherches sur la résolution de la pneumonie lobaire, par M. O. Simon.

Tandis que de nombreuses recherches cliniques et expérimentales ont porté sur l'étiologie et la symptomatologie de la pneumonie lobaire, la dernière phase de cette maladie, la période de résolution, a peu été étudiée jusqu'à ce jour; ce que nous en savons a été révélé par le microscope, qui a permis de constater l'invasion de l'exsudat pneumonique par des leucocytes, processus ayant bientôt pour résultat la disparition des hématies et la dissolution du réseau fibrineux qui se transforme en une masse granuleuse amorphe. Aussi, pour compléter ces données, M. Simon a-t-il entrepris l'étude chimique des phénomènes qui caractérisent la résolution de la pneumonie.

L'apparition des leucocytes à cette période de la maladie permettait d'admettre une intervention active de leur part dans la digestion de l'exsudat fibrineux; M. Müller a, du reste, déjà démontré depuis plusieurs années que le pus est un dissolvant énergique de la fibrine : au bout de deux heures, un flocon de fibrine plongé dans du pus est digéré, et on peut déceler de la peptone dans le sérum du pus.

L'auteur a observé, tout d'abord, qu'un morceau de poumon hépatisé conservé à l'abri de l'action des bactéries dans de l'eau saturée de toluène, à une température de 37° C., se ramollit complètement au bout de trois jours; tandis que la fibrine, les hématies et le corps protoplasmatique des leucocytes disparaissent, on peut mettre en évidence, dans le suc extrait de ce poumon, une substance nouvelle donnant les réactions de la peptone. Ce ramollissement n'est pas le fait d'une simple macération, car si l'on abandonne sur place un fragment de poumon hépatisé, on constate qu'après ce même laps de temps il n'a rien perdu de sa consistance; on peut même le laisser pendant une semaine à la température ambiante sans qu'il se ramollisse sensiblement. Il s'agit donc là d'une véritable digestion protéique. M. Simon a alors déterminé les proportions respectives de matières protéiques coagulables et non coagulables; il a vu que, dans un fragment de poumon hépatisé plongé dans une solution aqueuse saturée de toluène, les premières diminuent rapidement, à tel point qu'au huitième jour leur taux a parfois diminué de moitié; les secondes, au contraire, augmentent notablement au bout du même délai, sans toutefois que leur augmentation soit proportionnelle à la diminution des matières protéiques coagulables. On doit donc admettre une désassimilation plus complète d'une partie de l'albumine; l'auteur a pu, en effet, isoler du suc d'un poumon ramolli une quantité notable de cristaux de tyrosine, reconnaissables non seulement à leur forme caractéristique, mais aussi par la réaction de Piria; il a, en outre, constaté la présence de leucine; enfin le filtrat du suc pulmonaire après précipitation de l'albumine et des albumoses, et extraction de la leucine et de la tyrosine, donnait encore, avec le perchlorure de fer, une coloration rouge brun caractéristique des amines acides.

A côté de cette liquéfaction de l'albumine, on observe dans le suc pulmonaire filtré la formation d'un précipité augmentant chaque jour, et qui paraît dû à l'action d'un ferment analogue au ferment lab, car si l'on ajoute à du lait une petite quantité de suc pulmonaire, il se produit au bout de peu de temps des caillots floconneux. De plus, M. Simon a décelé la présence de lécithine, de protagon et de graisse dans le suc pulmonaire; l'existence de gouttelettes graisseuses, reconnaissables à la réaction qu'elles donnent avec l'acide osmique, peut s'expliquer par la décomposition de la lécithine, peut-être aussi par celle du glycogène.

Il se produit donc, dans la résolution d'une hépatisation pneumonique, une véritable digestion en dehors du canal digestif, une *autolyse*, dans laquelle on retrouve les mêmes produits de désassimilation que dans l'intestin; cette autolyse est vraisemblablement due à un ferment contenu dans les leucocytes, car M. Simon n'a pas observé de phénomènes de digestion dans le poumon normal traité de la même manière. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.) — A. J.

Des arthrites syphilitiques, par M. Borchard.

L'existence d'arthrites spécifiques, tant à la période secondaire que dans la phase tertiaire de la syphilis, est aujourd'hui bien démontrée; mais nos connaissances sur ce point sont encore assez incomplètes pour que nous résumions le cas relaté par M. Borchard.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans qui, depuis douze ans, avait fait plusieurs fausses couches et avait donné naissance à des enfants mort-nés ou ayant succombé au bout de peu de temps; elle disait avoir souffert jadis d'un rhumatisme articulaire avec tuméfaction des deux genoux et douleurs au niveau des autres articulations; six ans plus tard, elle eut de nouveau une tuméfaction du genou gauche, et, au cours des dernières années, des ulcérations à la jambe droite. A l'examen objectif, on observa plusieurs ulcères arrondis sur cette jambe, ainsi qu'une tuméfaction des deux genoux avec épanchement intra-articulaire; en pratiquant la ponction du genou droit — d'où l'on retira un liquide jaunâtre, limpide —, on put constater un épaississement notable de la capsule et, dans le recessus supérieur, un corps paraissant libre et gros comme un œuf de pigeon. Cette dernière particularité détermina l'auteur à pratiquer l'arthrotomie; il trouva un polype pédiculisé du volume susmentionné et une tuméfaction de la synoviale qui était recouverte de villosités ayant jusqu'à 2 centimètres de long sur 1 de large; il n'existait aucune lésion des os ni du cartilage. Le prolongement sous-tricipital de la synoviale fut extirpé et la plaie réunie par une suture; les suites opératoires furent normales. Les résultats de cette intervention furent complétés par l'administration d'un traitement spécifique intensif, à la suite duquel le genou droit récupéra sa mobilité complète; le gauche, qui n'avait pas été opéré, présenta une amélioration sensible, mais moins prononcée.

L'examen microscopique permit de reconnaître que le polype principal et les villosités offraient les caractères de gommes syphilitiques; M. Borchard admet que les villosités représentaient des gommes miliaires synoviales, le polype principal provenant, au contraire, des tissus sous-synoviaux.

Quant au traitement de ces arthrites syphilitiques tertiaires avec gommes volumineuses, l'auteur estime qu'une intervention, associée au traitement spécifique, donne de meilleurs résultats que la médication antisyphilitique employée seule. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 1-2.) — F. DE Q.

Du traitement de la cystite chronique rebelle, à l'aide du curettage de la vessie, par M. F. Stockmann.

L'auteur recommande, contre les cystites chroniques rebelles à tout autre mode de traitement, le curettage pratiqué d'après les indications de M. Guyon. Il y a procédé dans 8 cas, dont 5 fois à l'aide de la taille sus-pubienne et 3 fois par la voie uréthrale; chez 4 de ces malades, il fit la suture vésicale immédiate qui réussit 2 fois; au total, il a obtenu 6 succès sur 8 cas.

Quant au manuel opératoire, M. Stockmann compare ce curettage à celui de l'utérus; il conseille de porter son attention surtout sur les points les plus susceptibles d'être le siège de proliférations, à savoir le col, le trigone et le bas-fond de la vessie. Il se sert, pour cette intervention, d'une curette utérine; l'opération terminée, il fait un lavage avec une solution de nitrate d'argent à 2 ‰, puis il établit un drainage et place une sonde à demeure. Les soins post-opératoires doivent consister en des lavages fréquents de la cavité vésicale, de la sonde et du drain. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 4.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

De la pneumotomie dans le cas de cavernes pulmonaires tuberculeuses communiquant avec un abcès de la paroi costale, par M. J. H. Oliver.

La rareté des cavernes tuberculeuses communiquant avec l'extérieur mérite d'attirer l'attention sur l'observation contenue dans le travail de M. Oliver, d'autant que l'intervention chirurgicale y donna un brillant succès.

Elle concerne un homme de vingt-cinq ans, qui, dès 1891, présentait tous les signes d'une tuberculose pulmonaire avancée : son poids était tombé à 42 kilogrammes, il avait des sueurs nocturnes, de l'œdème des membres inférieurs et ses crachats contenaient des bacilles de Koch; le sommet du poumon droit semblait en voie de ramollissement; celui du poumon gauche paraissait induré; on notait, en outre, des symptômes de congestion dans tout le reste des deux poumons; mais ni à ce moment ni plus tard on ne perçut aucun bruit cavitaire. Au niveau de la huitième côte droite existait une tumeur ayant tout à fait l'aspect d'un abcès froid thoracique; cette tumeur s'abcéda effectivement et, l'état général s'étant un peu amé-

lioré, on procéda à son curettage en février 1892. Au cours de l'opération, on ne découvrit aucune communication profonde entre l'abcès et les organes thoraciques.

Après une période de guérison apparente ayant duré quatre mois, la collection se reforma et cette fois le stylet pénétrait assez profondément dans la cage thoracique; on se décida, en conséquence, à pratiquer une résection costale. La huitième côte ayant été réséquée, on s'aperçut que le périoste de sa face postérieure était perforé et formait la paroi externe d'une collection suppurée plus profonde. On incisa donc ce périoste et l'on tomba dans une cavité dirigée en dedans, longue de 8 centimètres, sur 3 de largeur, dont les parois étaient recouvertes de débris purulents et creusées par place de petites logettes également pleines de pus. Bien que cette cavité siégeât en plein parenchyme pulmonaire, on ne découvrit aucune communication avec les bronches. Après désinfection de cet abcès, on le tamponna à la gaze.

Les jours suivants, le malade eut quelques crachats sanguinolents, mais n'en éprouva pas moins une amélioration immédiate. Au bout de six mois, sa brèche thoraco-pulmonaire s'était fermée et, un an après l'opération, il pesait 73 kilogrammes; son état, tant général que local, était devenu excellent.

A l'heure actuelle, l'opération remonte à huit ans; malgré l'atmosphère irritante que respire cet homme — ouvrier dans une manufacture de tabac — et malgré une congestion pulmonaire d'origine grippale survenue il y a dix-huit mois, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant. Le sommet droit présente une légère submatité et une respiration un peu rude; à gauche et en arrière, on note, en un point, une respiration un peu puérile; mais il n'y a de râles nulle part. (*Rev. méd. del Uruguay*, septembre 1901.) — R. DE B.

Un cas d'éléphantiasis des Arabes et son traitement, par M. Aberastury.

Dans le présent travail, l'auteur signale la remarquable amélioration qu'il obtint dans un cas d'éléphantiasis par l'emploi de la médication thyroïdienne.

Cette éléphantiasis, observée chez une femme de soixante-huit ans et dont le début remontait à l'âge de vingt ans, occupait la jambe et la cuisse gauches. Les traitements les plus divers s'étant montrés impuissants, on avait finalement proposé l'amputation à la malade. Quand celle-ci se présenta à M. Aberastury, on constatait tous les signes habituels aux éléphantiasis invétérées : suintement, croûtelles, verrucosités, etc., etc. Le repos atténua tout d'abord ces symptômes, mais sans diminuer le volume du membre atteint. On prescrivit alors la médication thyroïdienne, d'abord sous forme de comprimés représentant une dose journalière de 0 gr. 40 centigr. de glande fraîche, puis, après quinze jours, on eut recours à la glande thyroïde fraîche elle-même, dont la patiente absorba successivement 0 gr. 50 centigr., 1 gramme et finalement 2 grammes par jour. Au bout de trois semaines, par conséquent trente-cinq jours après le début du traitement thyroïdien, le membre atteint avait notablement diminué de volume : à mi-cuisse, son périmètre était tombé de 72 à 52 centimètres (contre 42 centimètres du côté sain); d'autre part, cette femme ne pesait plus que 61 kilos 800, au lieu de 66 kilos 800, et cette perte de 5 kilos était due à la diminution de volume de l'éléphantiasis, car on ne remarquait par ailleurs nulle trace d'amaigrissement. Pendant toute la durée de la cure, la malade ne présenta aucun accident imputable à la médication thyroïdienne.

L'éléphantiasis en question n'était pas filarienne; bien que l'examen bactériologique n'eût révélé que des streptocoques, le sérum de Marmorek s'était montré sans action. (*Rev. de la Soc. méd. Argentina*, septembre-octobre 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Contribution à l'étude de l'endémie tuberculeuse, par M. C. A. Blume.

Les conclusions formulées par M. Blume dans le présent travail résultent de 486 observations de tuberculose pulmonaire ou méningée recueillies en dix années de pratique à la campagne, l'examen bactériologique ayant confirmé le diagnostic dans la plupart des cas.

En ce qui concerne la période d'incubation de la maladie, sa durée a varié de six mois à deux ans : il est difficile de préciser davantage, l'évolution de la tuberculose pulmonaire, beaucoup plus longue qu'on ne croit généralement, étant coupée de temps à autre par des « attaques » de phtisie, c'est-à-dire par de la bronchite, des hémoptysies, etc.

Sur ses 486 malades, l'auteur en a perdu 115 en dix ans, dont 102 de phtisie pulmonaire et 13 de méningite; il faut ajouter que les méningites à terminaison mortelle sont seules comprises dans la statistique et que, parmi les 102 phtisiques pulmonaires ayant succombé, 31 furent emportés par des infections intercurrentes non tuberculeuses. Des survivants, 252 sont en cours d'observation depuis trois ans au moins et dix ans au plus, et les 119 autres depuis moins de trois ans. La majorité de ces malades n'ont eu qu'une seule « attaque »; en tout cas, sur 34 tuberculeux que M. Blume croit avoir observés depuis le début de leur affection, 25 n'en ont eu qu'une seule et 9 en ont eu deux ou trois.

La tuberculose frappe tous les âges; elle a son maximum de fréquence entre vingt et vingt-cinq ans (67 cas), mais on trouve encore un nombre considérable de tuberculeux d'un âge assez avancé : la statistique de l'auteur compte ainsi 20 sujets de cinquante-cinq à soixante ans et 40 ayant dépassé la soixantaine. Par contre, la tuberculose des sommets est très rare avant six ans; M. Blume n'en a vu qu'un seul cas.

Au point de vue clinique, la tuberculose s'accompagne très souvent d'une multitude de symptômes d'apparence banale et dont l'origine est ordinairement méconnue (céphalalgie, vertiges, insomnie, anorexie, névralgie, neurasthénie, palpitations, angoisses, etc.) : 92 des malades observés par l'auteur accusaient des troubles de cet ordre. La névralgie du cardia est également fort commune et s'est rencontrée dans 89 cas; 19 patients enfin présentaient des signes à peu près certains d'ulcère de l'estomac, ce qui semble exclure l'hypothèse d'une simple coïncidence.

Pour ce qui est des facteurs immunisants, M. Blume a pu se convaincre de la bénignité relative de la tuberculose des arthritiques : sur 16 tuberculeux ayant eu des coliques néphrétiques, 1 seul est mort, et chez tous les autres la phtisie garde une allure bénigne ou semble guérie; de même, sur 26 de ces malades qui étaient en même temps rhumatisants et sur 7 atteints de diverses dermatoses, aucun n'a succombé et le pronostic paraît favorable (la durée de l'observation a, pour tous, dépassé trois ans; elle est de six ans en moyenne). Chez les hystériques, et d'une manière générale chez les individus atteints d'une déchéance psychique, la tuberculose a généralement une allure bénigne. La pneumonie est souvent accusée de prédisposer à la tuberculose ou de l'aggraver; cependant, sur 8 sujets dont la tuberculose apparut après une pneumonie, 2 seulement sont morts. Les faits rassemblés par l'auteur l'inclinent, d'ailleurs, à penser que l'infection tuberculeuse est le plus souvent antérieure à la pneumonie.

La statistique de M. Blume abonde en faits de contagion (36 cas de contagion des enfants par les parents, 23 entre époux, 18 entre frères et sœurs, etc.). Au total, l'auteur a pu réunir 191 cas de tuberculose s'étant montrés par groupes (70 sujets infectants et 121 sujets infectés). Les changements de domicile étant rares à la campagne, il n'a pu recueillir que des éléments insuffisants sur la contagion par des locaux antérieurement infectés.

Au point de vue prophylactique, la méthode de Cornet s'est montrée d'une inefficacité absolue, même quand elle a été rigoureusement observée. Les crachats desséchés et réduits en poussière n'offrent qu'un danger bien minime en comparaison de celui que font courir les particules muqueuses, portant des bacilles vivants, que projettent les tuberculeux pendant la conversation, la toux, le rire, le chant, etc. La contagion de la tuberculose est, en somme, le plus souvent immédiate comme celle de la syphilis : aussi, dans une maison dont un des habitants est atteint, les proches parents sont-ils infiniment plus exposés que les domestiques. Il faut donc chercher à réaliser l'isolement des tuberculeux et, pour les ménages ouvriers, essayer de diminuer les chances de contagion en se préoccupant beaucoup plus de l'*aire* que du *cubage* des logements. (*Hospitalstidende*, 30 octobre, 6, 13, 20 et 27 novembre, 11 et 18 décembre 1901.) — R. DE B.

L'étiologie du béribéri, par M. B. Ebbell.

La tendance actuelle est d'attribuer au béribéri une origine parasitaire; M. Ebbell pense cependant que cette affection doit être rattachée aux intoxications alimentaires, et que l'usage de riz altéré en est la cause.

A l'inverse des maladies infectieuses, le béribéri présente, en effet, une incubation très longue : trois mois en moyenne. D'autre part, il procède par « épidémies ménagères » (*husholdningsepidemi*), frappant surtout des groupes d'individus qui partagent la même nourriture (équipages, prisonniers, soldats, malades d'hospices ou d'asiles, etc.), et la guérison survient dès qu'on soustrait les patients à leur milieu. En outre, l'évolution en est presque toujours afébrile; si quelques auteurs soutiennent le contraire, c'est que le béribéri a souvent les mêmes foyers d'endémie que la malaria, et qu'une attaque du premier peut rappeler un accès de la seconde. Enfin, au point de vue clinique, il existe les plus grandes analogies entre l'alcoolisme, la pellagre, l'ergotisme et le béribéri : toutes ces intoxications commencent par des névrites périphériques.

En ce qui concerne sa distribution géographique, l'endémie en question occupe les pays producteurs ou consommateurs de riz : Japon, Chine, Hindoustan, Philippines, Madagascar, Brésil, sud des Etats-Unis, etc. Dans chacun de ces pays, ce sont les parties de la population qui consomment le plus de riz, c'est-à-dire les races indigènes ou les classes pauvres, qui sont le plus éprouvées, alors que les classes aisées et les Européens en sont à peu près exempts. Dans certains milieux, tels que les prisons, on a souvent vu l'épidémie s'atténuer par la diminution ou la suppression des rations de riz; enfin, les individus atteints de béribéri supportent très mal ce dernier aliment.

La théorie de l'intoxication explique comment on n'a jamais pu trouver les voies ou contages qui auraient importé le béribéri en Europe. Nous ignorons, il est vrai, la nature des modifications chimiques subies par les riz avariés, mais il paraît en tout cas certain que les riz ayant subi l'action de l'air salé ou de l'humidité sont les plus propres à engendrer la maladie. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

Participation du péritoine et de la plèvre aux maladies du foie, par M. L. Syllaba.

Dans presque toutes les maladies du foie — sauf peut-être dans les dégénérescences graisseuse et amyloïde simple de cet organe —, le péritoine hépatique s'enflamme plus ou moins. Cette périhépatite séro-fibrineuse se révèle, quand elle est légère, par une sensibilité exagérée de la surface du foie; quand elle est intense, par un frottement localisé sous le rebord costal droit, cessant quand le malade ne respire pas, et qui est parfois assez prononcé pour prendre la rudesse et l'intensité du bruit de cuir neuf; l'auteur l'a observé 2 fois sur 5 cas de foie cardiaque au cours d'un rétrécissement mitral.

Quelquefois l'inflammation du péritoine hépatique provoque des frottements pseudo-péricardiques, voire même pseudo-pleuraux. Les premiers ressemblent parfaitement aux frottements péricardiques vrais et sont causés par les mouvements rythmiques du cœur au-dessus de la convexité hépatique recouverte de fausses membranes séro-fibrineuses, le péricarde restant intact, ainsi que M. Syllaba a pu le vérifier dans un cas après la mort.

Quant aux frottements pseudo-pleuraux, il faut les distinguer d'avec les frottements pleuraux vrais qui peuvent, eux aussi, accompagner la périhépatite séro-fibrineuse, car on sait qu'il n'est pas rare de voir survenir, au cours de cette affection, une pleurésie droite sèche ou un épanchement pleural léger. L'auteur a noté cette complication dans des cas de pseudo-leucémie, de cancer et de syphilis du foie, de lithiase biliaire, d'ictère catarrhal et de périhépatite traumatique, au total chez 14 malades : 3 fois il s'agissait d'épanchement pleural, 11 fois de pleurésie sèche.

La conclusion que M. Syllaba tire de ces faits, c'est que dans tous les cas d'épanchement pleural droit dont l'origine demeure obscure, on doit examiner avec soin le foie, de même que dans tous les cas de pleurésie gauche de cause douteuse il faut interroger l'état de la rate. (*Sbornik klinicky*, III, 1.) — L. S.

Contribution à la symptomatologie de la fissure à l'anus chez les enfants, par M. K. SVEHLA.

La fissure à l'anus n'est pas aussi rare dans l'enfance qu'on le pensait autrefois, puisque, d'après la statistique établie dans le service de l'auteur, à la policlinique tchèque de Prague, on la rencontrerait dans 2.5 % des cas.

Dans le présent travail, M. Svehla étudie particulièrement les cas où la fissure à l'anus simule la coxalgie; il a, en effet, observé 5 faits de ce genre, et dans 2 des médecins expérimentés avaient été trompés au point que l'on avait eu recours à l'emploi d'un appareil d'immobilisation.

L'erreur est d'ailleurs excusable, car on peut observer, chez les petits malades dont il s'agit, de la déviation d'un membre inférieur en flexion, adduction et rotation en dedans, ainsi que des phénomènes douloureux, surtout au niveau du genou, de la sensibilité au choc sur le talon et le grand trochanter, enfin de la scoliose compensatrice. Mais jamais les mouvements passifs du membre ne sont limités, ce qui est presque la règle dans la coxalgie.

Comment expliquer ces symptômes? D'après l'auteur, la douleur causée par la fissure à l'anus augmentant par le mouvement et le frottement des fesses, l'enfant cherche à prendre une position qui, en empêchant ce frottement, atténue ou même supprime la douleur; or, la position qui répond le mieux à ce but est celle dans laquelle les fesses sont le plus écartées, c'est-à-dire précisément l'adduction d'un membre inférieur avec flexion et rotation en dedans. En ce qui concerne les douleurs au genou, elles auraient leur origine dans une fausse localisation et seraient analogues à celles que les enfants atteints de fissure à l'anus ressentent au ventre, etc., etc. La sensibilité au choc sur le talon et sur le grand trochanter peut être attribuée au frottement des fesses, consécutif à ces chocs, car après un choc bref, ne provoquant pas de mouvement dans les fesses, la douleur fait défaut. Enfin, le fait que les enfants ne se plaignent pas au moment de la défécation peut être expliqué parce que les phénomènes douloureux étant continuels, les petits malades ne prêtent pas attention à l'aggravation de leur souffrance pendant les selles. (*Sbornik klinicky*, III, 2.) — L. S.

Etude sur l'anémie syphilitique, par M. F. SAMBERGER.

Par l'étude de préparations du sang faites d'après une méthode particulière, l'auteur a pu s'assurer, tout d'abord, que la syphilis entraîne, dans les globules rouges du sang, des modifications qui les rendent extrêmement fragiles, particulièrement à l'égard du mercure; grâce au traitement hydrargyrique régulier, cette influence nuisible de la syphilis sur le sang est peu à peu annihilée, et les hématies finissent par recouvrer leur résistance normale. L'action du mercure sur le sang des sujets syphilitiques serait donc, d'une part, destructive, de l'autre, restauratrice.

Les recherches que M. Samberger a pratiquées ensuite, au moyen de la réaction de Wirsing, sur l'urobilinurie des syphilitiques avant et pendant le traitement mercuriel, ont concordé avec les résultats de cette première série d'expériences. Il a vu, en effet, que l'urobilinurie ne se manifeste d'ordinaire chez les syphilitiques qu'à la suite de l'institution du traitement hydrargyrique : ainsi, dans un cas elle débuta une demi-heure, dans un autre cinq heures, dans un troisième onze heures après la première friction mercurielle. L'apparition de l'urobilinurie coïncide évidemment avec le moment où le mercure, absorbé par les voies respiratoires, commence à agir comme un agent destructeur sur les globules rouges : c'est comme conséquence de la destruction de ces globules peu résistants que l'urobilinurie se produit. Quand l'action destructive du mercure cède le pas à son action restauratrice, le taux de l'urobiline dans les urines diminue, de sorte que, au bout de douze jours, la réaction de Wirsing donne un résultat négatif.

La résistance des hématies variant d'un individu à l'autre, on comprend que l'urobilinurie puisse exister chez des syphilitiques qui n'ont subi aucun traitement et manquer, au contraire, chez des sujets soumis à la cure hydrargyrique : dans le premier cas, elle résulte d'une destruction des globules rouges par le virus syphilitique seul; dans le second, les érythrocytes sont assez résistants pour ne pas succomber à l'action destructive du mercure. (*Sbornik klinicky*, III, 2.) — L. S.

La scoliose dite sciatique, par M. V. KRAHULIK.

A l'occasion de 5 cas de « scoliose sciatique » qu'il a eu l'occasion d'observer, l'auteur fait connaître les notions acquises à la policlinique tchèque de Prague, dans le service de M. le professeur Thomayer, sur la nature de cette affection.

La « scoliose sciatique » serait d'origine radiculaire, et aurait pour cause une affection inflammatoire des racines donnant naissance aux plexus sacré et lombaire. Les arguments que M. Krahulik fait valoir en faveur de cette opinion sont l'existence, chez les sujets atteints de cette sorte de scoliose, d'une contracture des extenseurs du tronc d'un seul ou des deux côtés, la persistance de la scoliose même quand les douleurs sur le trajet du nerf sciatique se sont calmées, la longue durée de la maladie, la présence de zones hyperesthésiques dans le domaine des nerfs lombaires, enfin cette circonstance que la déviation du rachis peut être provoquée par l'altération du plexus lombaire seul, sans lésion simultanée du plexus sacré.

La scoliose, dans ce syndrome, résulte de la contracture des muscles sacro-lombaires de l'un ou des deux côtés. La cause de cette contracture ne serait pas univoque : tantôt ce serait une irritation directe des fibres nerveuses motrices, tantôt un réflexe ayant pour point de départ l'inflammation des fibres nerveuses sensitives. De plus, le degré de la contracture serait également variable, comme l'est la résultante des forces des muscles contracturés; c'est pourquoi la forme finale de la scoliose est, elle aussi, inconstante, car cette forme — hétérologue, homologue ou alternante — dépend précisément de la résultante en question. (*Sbornik klinicky*, III, 2.) — L. S.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La paramétrite postérieure en tant qu'affection d'origine intestinale, et son traitement.

Il est de notion courante qu'il existe des rapports entre la constipation habituelle et les affections des organes génitaux chez la femme, mais on admet généralement que les troubles digestifs résultent tout simplement de l'atonie intestinale, consécutive elle-même aux lésions de l'appareil génital. Or, M. le docteur A. Müller (de Munich) a pu se convaincre que, très souvent, c'est, au contraire, l'intestin et, en particulier, le rectum qui constitue le point de départ du processus morbide. En effet, au cours d'un certain nombre d'interventions pour troubles paraissant devoir être attribués à des altérations des annexes utérines, notre confrère a eu la surprise de constater que celles-ci, pas plus que la matrice, ne présentaient rien d'anormal, mais qu'il existait, en arrière de l'utérus, des adhérences et des foyers de suppuration en connexion avec l'intestin. Ces faits ont amené M. Müller à explorer d'une façon systématique le rectum, en poussant cet examen aussi loin que possible, chez toutes les femmes atteintes d'une affection des organes génitaux, et à interroger les malades sur leurs antécédents du côté de l'appareil digestif. Il fut ainsi à même de se rendre compte que, dans la plupart de ces cas, il existait une constipation plus ou moins opiniâtre datant de l'enfance et que nombre de phlegmasies aiguës et chroniques du bas-ventre, d'origine non gonococcique — notamment celles qu'on désigne sous les noms de paramétrite postérieure, de périproctite, d'antéflexion de l'utérus avec dysménorrhée, d'adhérences péritonéales inférieures, de syndrome utérin, etc. —, ont pour seul point de départ l'intestin. Enfin, le processus blennorrhagique lui-même se trouverait souvent aggravé par la coexistence de lésions consécutives à une affection intestinale.

Laissant de côté les considérations théoriques relatives à la propagation des altérations de l'intestin à la sphère génitale, considérations qui demandent encore à être vérifiées par des examens nécroscopiques, nous nous bornerons à faire remarquer, avec notre confrère, que les lésions intestinales, siégeant d'habitude assez haut (de 12 à 14 centimètres au-dessus de l'anus), peuvent facilement échapper au toucher digital, sans compter qu'on serait souvent porté à attribuer les douleurs provoquées par ce toucher à des hémorrhoïdes. Aussi M. Müller recommande-t-il d'explorer l'intestin à l'aide d'une sonde longue et rigide, légèrement recourbée en S. Dans les cas où il n'existe pas de lésion intestinale, cette sonde pourrait facilement être introduite jusqu'au niveau du rebord des fausses côtes, sans que la patiente éprouvât la moindre sensation douloureuse. Il n'en serait naturellement plus de même lorsqu'on aurait affaire à une sténose ou à des altérations inflammatoires du rectum.

Au point de vue thérapeutique, il importe évidemment de ne pas se borner à combattre l'affection génitale, mais d'instituer aussi un traitement visant l'intestin et comprenant un régime alimentaire approprié, des purgatifs (aloès, purgatifs salins, etc.) et des lavements modificateurs et antiseptiques (tannin, nitrate d'argent, permanganate de potasse, etc.). Toutefois, ces moyens risqueraient de se montrer insuffisants si l'on n'y associait pas des mesures destinées à libérer directement le rectum fixé par des adhérences, surtout au niveau des ligaments utéro-sacrés : à cet effet, notre confrère a recours au massage à travers le vagin et notamment à l'élongation des ligaments sacrés, ainsi qu'à la dilatation lente du rectum, pratiquée avec prudence, à l'aide d'une grosse sonde.

Mode d'emploi du salicylate de soude.

Si l'on ne prescrit que rarement l'acide salicylique à l'intérieur, lui préférant le salicylate de soude, c'est que le premier de ces médicaments est peu soluble dans l'eau et exerce sur la muqueuse gastrique une action caustique. Malheureusement, le salicylate de soude, s'il est beaucoup plus soluble, n'est pas tout à fait exempt du second de ces inconvénients, et cela parce que, sous l'influence de l'acide chlorhydrique contenu dans l'estomac, il se décompose en donnant naissance à de l'acide salicylique libre. Afin de remédier à cet état de choses, on doit s'efforcer, d'une part, de neutraliser l'acide chlorhydrique, de façon à le rendre inactif, et, d'autre part, de favoriser l'absorption du salicylate de soude en le laissant séjourner le moins possible dans l'estomac. D'après l'expérience de M. le docteur E. Homberger (de Francfort-sur-le-Mein), ces deux indications seraient très bien remplies par le bicarbonate de soude, administré soit avant le salicylate, soit simultanément. Par cette association — à laquelle on n'a guère recours, bien qu'elle ait déjà été préconisée —, on empêcherait l'acide chlorhydrique d'agir sur le salicylate de soude et, de plus, l'acide carbonique qui se forme dans l'estomac hâterait l'absorption de ce sel.

D'autre part, en se basant sur cette considération que les substances irritantes exercent une action moins nocive lorsqu'on les administre en solution étendue, on recommande généralement de faire prendre le salicylate de soude dissous dans de grandes quantités de liquide. Après s'être conformé à cette pratique, notre confrère fut à même de constater que le produit en question est, au contraire, beaucoup mieux supporté dans les cas où on le donne dans un petit volume d'eau, fait qui cadre bien avec les recherches d'après lesquelles le salicylate de soude disparaîtrait de l'estomac avec le maximum de rapidité lorsqu'on l'administre, à jeun, dans un demi-verre d'eau (Moritz) : en effet, plus le séjour du médicament dans la cavité gastrique est long, plus on rend possible la formation d'acide salicylique libre.

Ainsi donc, il conviendrait, pour éviter toute action nocive du salicylate de soude sur la muqueuse stomacale, de l'associer au bicarbonate de soude et de le faire prendre à jeun et dans une faible quantité de liquide.

REVUE CRITIQUE

Existe-t-il un diabète rénal?

Les recherches statistiques faites au cours de ces dernières années tendent à établir que la présence d'albumine dans l'urine des diabétiques est un fait beaucoup moins rare qu'on ne le pensait naguère. A en croire les relevés publiés par différents auteurs, la fréquence de cette complication varierait entre 23 % (von Noorden) et 68.7 % (Schmitz) des cas. Mais, d'une façon générale, l'albuminurie chez le diabétique doit être considérée comme commune, même dès les débuts de la maladie. Elle traduit la souffrance du parenchyme rénal irrité par les liquides chargés de glycose qui le baignent; elle apparaît donc comme une conséquence du diabète. C'est là l'antithèse exacte des relations que l'on admit pendant quinze siècles entre le rein et le diabète. D'après cette dernière théorie, dite galénique, le diabète aurait une altération du rein pour cause, et non pour effet. Actuellement une nouvelle tendance paraît être en train de se faire jour, qui accorderait droit de cité à l'antique théorie rénale, au moins pour un certain nombre de faits.

M. Lépine (1) le premier montra que le taux de l'élimination glycosique ne dépend pas exclusivement de la proportion du sucre dans le sang, mais qu'il faut tenir compte d'un autre facteur encore, qu'il désigna sous le nom d'*élément rénal* et qui n'est autre que la perméabilité du rein au sucre. M. Klemperer (2) reprit la question l'année suivante et, l'étendant considérablement, ne se contenta plus de parler d'un *élément rénal*, mais admit franchement l'existence d'un *diabète rénal*. Ayant été amené à étudier l'action directe ou indirecte du rein sur le diabète, il arrive à cette conclusion que, quand l'épithélium rénal devient inactif comme dans l'albuminurie, ou qu'il est détruit comme dans le rein atrophique, le sucre peut disparaître de l'urine, ce qu'il explique en supposant que le rein exerce normalement une certaine action régulatrice sur la glycosurie. Depuis, la question a été agitée à différentes reprises, notamment à l'étranger, où des travaux de Richter (3) et de Schupfer (4) lui ont été consacrés. Enfin, plus récemment, M. Lépine (5) est encore revenu deux fois sur cette question.

Avant d'entrer dans le cœur du sujet, il importe de noter qu'il ne s'agit pas à proprement parler, en pareille occurrence, d'un diabète vrai, accompagné de polyurie, de polydipsie et de polyphagie. Le terme de diabète est appliqué par les auteurs, même dans les observations cliniques, à de simples faits de glycosurie. Parfois on signale même explicitement l'absence de polydipsie ou de polyphagie. Ceci dit, nous conserverons, nous conformant à l'usage, le nom de diabète rénal pour la glycosurie d'origine rénale.

I

Il est une glycosurie sur l'origine rénale de laquelle les auteurs paraissent aujourd'hui bien d'accord : c'est la glycosurie phlorizique. Minkowski, ayant constaté l'absence d'hyperglycémie chez les animaux soumis à la phlorizine, émit le premier l'hypothèse d'un diabète purement rénal; des recherches de contrôle ayant corroboré ses premiers résultats, presque tous les physiologistes admettent actuellement l'origine rénale du diabète phlorizique. Une expérience très élégante de Zuntz permet de saisir sur le fait cette action de la phlorizine sur le rein : ayant engagé dans l'orifice vésical de chacun des uretères une fine canule, cet auteur trouva qu'en injectant une solution alcaline de phlorizine dans l'une des artères rénales, le sucre apparaissait d'abord et en plus grande quantité dans l'urine provenant du rein injecté. Mais quel est exactement le mécanisme de cette glycosurie? Le rein fonctionne-t-il comme un simple filtre devenu perméable au sucre, ou bien intervient-il dans le phénomène par une activité sécrétoire propre? Ces deux opinions ont été défendues tour à tour et ont donné naissance à deux théories, dites l'une théorie de l'élimination, l'autre théorie de l'élaboration.

La première est basée sur la constatation de deux faits que les expériences successives de plusieurs auteurs semblent avoir mis hors de doute, à savoir l'hypoglycémie légère et la diminution de la glycose contenue dans la lymphe. Minkowski a cherché à l'expliquer par la décomposition possible de la phlorizine au niveau du rein en phlorose, voisine de la glycose, et en phlorétine. Cependant, la présence incontestable de phlorizine en nature dans l'urine paraît peu favorable à cette manière de voir. Les recherches anatomo-pathologiques de Trambusti et Nesti, de Seelig, de Marcuse, les expériences chimiques de Moritz et Praussnitz, de Contejean ne sont pas plus concluantes.

La théorie de l'élaboration rénale a pour elle un certain nombre de faits expérimentaux précis. D'après les recherches d'Ouchinsky, le sucre, fabriqué par le rein, déterminerait, quand il ne peut s'éliminer par l'uretère, une légère hyperglycémie, tandis que chez les animaux dont le rein est séparé de la circulation par la ligature de ses vaisseaux, le taux du sucre sanguin ne varie pas. Levene est le premier qui ait cherché, par une série d'expériences fort ingénieuses, à démontrer méthodiquement le rôle glycosoformateur de l'organe rénal. Il trouva notamment d'une façon presque constante, dans le sang de la veine émulgente, un chiffre plus élevé de sucre que dans le sang de l'artère. En outre, il constata que l'action de la phlorizine ne se limite pas au rein, mais que cette substance modifie la sécrétion d'un certain nombre de glandes telles que la glande mammaire, le foie biliaire, et que ces organes, sous son influence, se mettent à élaborer du sucre. Reprenant ces expériences pour la sécrétion lactée, Valery Delamare a prouvé l'exactitude des résultats obtenus par Levene et a montré en même temps que le sucre élaboré par la glande mammaire était du sucre de lait, du lactose.

On est donc amené à conclure avec Levene que les reins fabriquent, en totalité ou en partie, le sucre excrété dans la glycosurie phlorizique.

II

On peut se demander si, en dehors de la glycosurie phlorizique, des modifications de la perméabilité rénale sont capables d'influer sur l'élimination du sucre du sang.

Il est connu depuis longtemps — et les recherches de Seegen et de Pavy l'ont montré à nouveau — qu'il n'existe aucun rapport entre la teneur du sang en sucre et le taux de la glycosurie. Dans certains cas, il y a une glycémie intense sans même que les urines contiennent du sucre. Kausch a montré que, chez des oies et des canards dépancréatisés, il pouvait s'accumuler dans le sang une quantité de sucre cinq fois plus forte qu'à l'état normal, sans qu'il y eût trace de ce corps dans la sécrétion urinaire. Ce serait là un exemple expérimental d'imperméabilité du rein pour la glycose, à ajouter aux faits cliniques que nous signalerons ultérieurement. Inversement, certains faits expérimentaux font penser que la perméabilité normale du rein pour le sucre peut être augmentée par certaines substances agissant directement sur cet organe et y produisant des altérations anatomiquement appréciables.

On peut citer, à cet égard, les intoxications par le sublimé qui, d'après Salkowski, Rosenbach, Schröder et Graf s'accompagnent presque constamment d'une glycosurie plus ou moins intense. Quant au sucre du sang, Korvone a établi qu'il n'était que peu ou pas augmenté. Au contraire, après des injections intra-veineuses de petites doses de sublimé, injections presque constamment suivies d'une certaine glycosurie, Richter a constaté que la teneur du sang en sucre était toujours accrue : il l'a trouvée doublée trois fois, augmentée de plus de moitié une fois.

La cantharidine détermine assez fréquemment, elle aussi, le passage de sucre dans les urines. En injectant à des lapins, sous la peau, des doses de cantharidine variant suivant les animaux de 0 gr. 0005 décimilligr. à 0 gr. 0025 décimilligrammes, Richter a vu survenir, outre l'albuminurie, une glycosurie généralement peu intense, quoique bien caractérisée, dépassant rarement 1 %, mais pouvant atteindre 2.8 %. Au bout de vingt-quatre heures, sucre et albumine disparaissaient conjointement, à moins qu'on ne pratiquât de nouvelles injections de cantharidine, auquel cas l'albuminurie augmentait tandis que la glycosurie cessait. Les doses élevées d'emblée de cantharidine masquaient toute glycosurie. Or, dans ses expériences, Richter a, sauf dans un fait, constamment trouvé une glycémie absolument normale. Il en arrive donc à admettre que le rein est devenu plus perméable qu'à l'état normal pour le sucre du sang, les altérations rénales qu'il a constatées, après sacrifice des animaux d'expérience, se limitant à une congestion intense du parenchyme rénal sans lésion appréciable du côté de son épithélium.

III

Il est une autre série de faits expérimentaux qui ont été décrits sous le nom de diabète rénal. Jacobj (1), en effet, le premier montra que certains diurétiques, tels que la caféine, la théobromine et le calomel, sont capables de produire de la glycosurie, quand on nourrit les animaux d'expérience avec des betteraves ou du sucre de canne en solution aqueuse. La glycosurie ne survient que lorsqu'il y a simultanément de la polyurie; en l'absence de cette dernière, le sucre n'apparaît pas dans l'urine. Aussi Jacobj pense-t-il que, en raison de l'association intime des phénomènes — glycosurie et polyurie —, il s'agit là d'un diabète rénal véritable. Neumann a signalé un fait clinique qui prouve que, chez l'homme aussi, une diurèse abondante peut s'accompagner de glycosurie. Il s'agissait dans ce cas d'un malade atteint d'asystolie, chez lequel l'administration de théobromine déterminait l'excrétion d'une urine abondante et renfermant une légère quantité de glycose.

Chez le cobaye, Bock et Hoffmann obtinrent par l'injection intraveineuse d'une solution de chlorure de sodium à 1 %, au bout de vingt minutes, une abondante diurèse suivie de près par l'apparition dans l'urine de 0.2 % de glycose, ainsi que d'albumine et même de traces de sang vers la fin de l'expérience. La quantité totale de sucre éliminée fut de 2 grammes. En outre, le sang était hyperglycémique et le foie dépourvu de glycogène.

Chez l'homme, Klemperer a observé que la glycose administrée en quantité non excessive par la bouche passe plus facilement dans l'urine quand on augmente simultanément la diurèse.

Les recherches de Jacobj ont été reprises par

(1) R. Lépine. Nécessité d'admettre l'intervention d'un élément rénal dans le diabète sucré. (*Comptes rendus du deuxième Congrès français de médecine*, 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 383.)

(2) G. Klemperer. Glycosurie régulatrice et diabète rénal. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 212.)

(3) P. F. Richter. Zur Frage des Nierendiabetes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 déc. 1899, p. 840.) — Voir aussi *Semaine Médicale*, 1899, p. 256.

(4) F. Schupfer. L'albuminuria nel diabete ed il diabete renale; ricerche cliniche e sperimentali. (*Policlinico*, 1er janv. et 1er fév. 1900, p. 1 et 81.)

(5) R. Lépine. Relations entre la glycémie et la glycosurie. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 1er déc. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 420.) — Traitement du diabète sucré. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 361.)

(1) Jacobj. Ueber künstlichen Nierendiabetes. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, 1895, XXXV.)

Richter (1) qui constata également de la glycosurie après l'ingestion de betteraves. Par contre, cet auteur n'obtint que rarement une élimination de sucre avec de l'urée, et jamais avec de l'azotate, du chlorate ou de l'acétate de soude. Il en conclut que, seule parmi les diurétiques vrais, agissant directement sur le rein à la façon de la digitale, la caféine est à même de provoquer simultanément de la polyurie et de la glycosurie. De plus, il admet que la théobromine détermine une augmentation du sucre du sang; en réalité il n'en a jamais trouvé plus de 0.20 %. Aussi semble-t-il que cette glycosurie rentre dans le groupe de celles que produisent la strychnine, la piqûre du quatrième ventricule, etc. Richter estime que la glycosurie obtenue avec les diurétiques n'a rien à voir avec l'augmentation de la diurèse. Il pense qu'elle relève, au contraire, d'un trouble de la glycosoformation, c'est-à-dire d'un trouble du foie; cet organe aurait perdu la propriété de fixer le glycogène par suite d'un état congestif entraînant une dilatation de ses vaisseaux avec accélération concomitante du courant sanguin. Cette glycosurie serait donc, à proprement parler, de nature hépatogène.

Les recherches entreprises par Schupfer et Gobbi chez l'homme ne sont pas défavorables à cette opinion. Elles semblent cependant montrer que la manière de voir de Richter est trop exclusive. Sur 8 cardiaques, chez lesquels l'administration de 100 à 200 grammes de glycose déterminait une augmentation de la diurèse, mais sans glycosurie, l'ingestion simultanée de 2 grammes de théobromine fit apparaître 4 fois le sucre dans l'urine, tandis que la glycosurie fit défaut chez les 4 autres sujets. Quand on ne dépassait pas 150 grammes il n'y avait jamais élimination de sucre; mais des doses supérieures à 200 grammes étaient constamment accompagnées de glycosurie avec ou sans polyurie. Comme les cardiaques, 6 rénaux et 4 hépatiques présentèrent de la polyurie, mais non de la glycosurie, après l'administration de glycose seule. L'effet de la théobromine associée à la glycose fut variable. Dans deux cas de néphrite aiguë légère, la glycosurie ne se produisit pas. Par contre, 100 grammes de glycose dans un cas de néphrite aiguë avec hématurie, 180 grammes dans un cas de néphrite aiguë avec anasarque, 200 grammes dans un cas de néphrite chronique firent apparaître le sucre dans l'urine. Des doses variant de 110 à 200 grammes de sucre eurent le même effet chez des hépatiques ayant reçu 2 grammes de théobromine.

Il résulte de ces expériences que la théobromine présente une action glycosurique qui peut se manifester en dehors de tout effet diurétique. Si, pour expliquer le mécanisme de cette action, on peut admettre l'hypothèse de Richter, en ce qui concerne les hépatiques et à la rigueur les cardiaques, elle devient tout à fait insuffisante pour rendre compte du phénomène chez les rénaux. M. Schupfer estime que chez ces derniers la glycosurie consécutive à l'administration de théobromine provient d'une augmentation de la perméabilité rénale, augmentation dont Geisler a démontré la constance après administration de théobromine, tant pour l'eau de l'urine que pour ses parties solides (urée et sels).

Il semble donc bien qu'en pathologie expérimentale, il soit légitime d'admettre l'existence d'une glycosurie d'origine rénale. Dans certains cas, comme dans l'intoxication par la cantharidine ou après l'administration de théobromine, il y aurait simple augmentation de la perméabilité rénale. D'autres fois, comme dans la glycosurie phlorizique, on serait en droit d'attribuer au rein un véritable rôle glycosoformateur. Nous allons voir que ces vues, qui paraissent aujourd'hui bien démontrées expérimentalement, le sont beaucoup moins en pathologie humaine.

(1) P. Richter. Diuretica und Glykosurie, nebst Versuchen über Glykogenbildung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1898, XXV, 5-6.)

IV

Chez l'homme, l'influence des modifications de la perméabilité rénale sur l'excrétion de la glycose a été signalée par plusieurs auteurs. M. Lépine (1) a cité le cas d'une vieille femme de soixante-neuf ans, morte dans le coma avec une glycémie de 10.6 %, et atteinte d'atrophie rénale. MM. Achard et E. Weil (2) ont publié l'observation d'un diabétique chez lequel survint, à la suite d'une attaque d'apoplexie, une diminution de la glycosurie avec augmentation de l'hyperglycémie.

Si ces exemples d'imperméabilité rénale ne paraissent pas contestables, les faits inverses (augmentation de la perméabilité de cet organe) semblent, au contraire, disons-le par avance, tous plus ou moins sujets à caution.

Pour que le terme de diabète rénal soit légitime, il est de toute nécessité que la présence de glycose dans l'urine résulte de l'activité morbide du parenchyme rénal. Il faut donc notamment, pour qu'un cas rentre dans le cadre de cette définition, que le rein soit malade dès avant l'apparition de la glycosurie, et de plus qu'il n'y ait pas hyperglycémie; mais on conçoit que, lorsqu'en clinique on se trouve en présence d'un malade dont l'urine renferme à la fois du sucre et de l'albumine, il ne soit guère facile d'administrer la preuve de l'existence de l'albumine, dans cette urine, avant l'apparition du sucre. Aussi les faits probants sont-ils véritablement rares. De plus, le sucre du sang n'a été dosé que dans deux cas, l'un de M. Klemperer, l'autre de M. Naunyn. Dans le premier, l'urine renfermait 0.35 % de sucre, dans l'autre, elle en contenait 0.7 %. Avec une pareille glycosurie, on est en droit d'admettre que, pour démontrer ou nier l'existence de la glycémie, il eût fallu des dosages moins rares que ceux qui sont relatés par ces deux auteurs.

L'observation qui avait fourni à M. Klemperer le point de départ de ses recherches concernait un homme d'une cinquantaine d'années, présentant une hypertension artérielle considérable et dont le diabète, primitivement très grave, s'était amendé au point que la glycosurie était tombée à 0.37 %. Cette glycosurie n'étant influencée ni par un régime azoté ni par l'administration de glycose ou d'un autre hydrate de carbone, M. Klemperer avait pensé qu'il s'agissait d'un diabète rénal analogue au diabète phlorizique, où le taux de l'élimination glycosique demeure également indépendant du régime alimentaire. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Naunyn (3), chez tout diabétique le sucre peut disparaître de l'urine quand survient la période de cachexie, sans que pour cela on soit en droit d'admettre l'existence d'une altération rénale. Aussi le fait de M. Klemperer n'est-il pas à l'abri de toute contestation. En ne tenant compte que des cas d'atrophie rénale et en faisant abstraction des observations d'albuminurie par stase ou de sclérose rénale, ainsi que de celles où l'albuminurie est apparue au cours de l'évolution d'un diabète préexistant, M. Naunyn ne trouve dans la bibliographie médicale que 3 faits — un de Bence Jones, un de Dickinson, le troisième de Küchenmeister — qui puissent figurer à bon droit sous la rubrique de diabète rénal. Lui-même rapporte 3 cas personnels, concernant des sujets qui étaient atteints d'atrophie rénale déjà ancienne et chez lesquels survint une glycosurie à la suite d'hémorrhagies rénales. Depuis, il y a ajouté un quatrième fait où il affirme également l'antériorité de l'atrophie rénale sur le diabète; l'hyperglycémie faisait défaut chez ce malade, mais en dehors de tout régime l'urine renfermait 0.70 % de glycose. Pas plus que les observations des autres auteurs, et en dépit de la sélection rigoureuse à laquelle il a soumis celles-ci, les cas acceptés comme probants par M. Naunyn ne sont de nature à entraîner la conviction. Chez 3 de ces malades, en effet, le sucre est apparu à la suite d'hématuries, et ne peut-on légitimement admettre que glycosurie et hématurie relevaient d'une même cause initiale et commune, la goutte signalée dans 2 faits, la cirrhose hépatique dans le troisième? En outre, dans un des cas, l'autopsie n'a pas été faite; dans un autre l'hypothèse d'une atrophie rénale est peu compatible avec une quantité de 7 grammes d'albumine par litre d'urine; quant au troisième, il a trait à un sujet syphilitique, cachectique par conséquent, et l'argument opposé par M. Naunyn à M. Klemperer se retourne contre son auteur même.

MM. Buber et Kolisch ont publié l'observation d'une femme sans hyperglycémie, et dont l'urine contenait de 5 à 8 % de sucre; mais il est bon de noter qu'il n'y avait aucun indice de lésion rénale en dehors de cette disproportion entre le sucre du sang et le sucre de l'urine.

Les 2 faits de M. Eger ne sont guère plus convaincants : dans l'un il s'agit d'une femme morte d'une attaque d'urémie pendant laquelle on constata dans les urines des doses progressivement croissantes de sucre. Le second concerne aussi une femme ayant succombé à une crise d'urémie et chez laquelle on nota également d'emblée la coexistence de sucre et d'albumine dans l'urine. L'antériorité de la lésion rénale, condition indispensable pour l'hypothèse d'un diabète rénal, n'est donc nullement prouvée.

Enfin, M. Lüthje a récemment relaté le cas d'un homme de vingt-deux ans, atteint d'une pyélonéphrite blennorrhagique accompagnée d'une glycosurie que l'auteur croit consécutive à la lésion rénale. L'urine donna, avec la liqueur de Fehling, une réaction louche à l'entrée du malade à l'hôpital; ce n'est qu'au bout de trois ou quatre jours que la réaction en question devint nette et caractéristique. La quantité de sucre excrété était indépendante du régime. Enfin, il existait une légère hypoglycémie. Il convient d'insister ici sur la réduction certaine, encore que minime, du sulfate de cuivre dès le premier examen de l'urine; la preuve, par conséquent, reste à faire que le malade ne fût pas diabétique avant de contracter sa pyélonéphrite.

En somme, dans tous ces faits, la coïncidence de glycose et d'albumine est certaine. Cependant, on doit reconnaître que dans aucun d'eux une relation de cause à effet ne s'impose entre la glycosurie et une altération rénale. Or, il est bien évident que si l'on veut parler de diabète rénal, on ne peut ranger sous une pareille rubrique que des observations où l'affection rénale a nettement précédé la glycosurie, et où il n'existe, de plus, aucune autre cause susceptible de déterminer cette glycosurie pour son propre compte (comme la goutte ou la lithiase). Des cas tels que ceux de M. Lépine et de MM. Achard et E. Weil prouvent cependant que la perméabilité rénale peut jouer un certain rôle sinon sur la production, du moins sur l'élimination du sucre du sang par le rein. A défaut de *diabète rénal*, dont la réalité reste encore à établir, il paraît donc possible, même légitime, d'admettre l'existence, dans le diabète sucré, d'un véritable *élément rénal*.

Dr Francis Munch (de Paris).

(1) R. Lépine. Hyperglycémie extraordinaire chez une femme diabétique avec lésions rénales. (*Rev. de méd.*, oct. 1897.)

(2) Ch. Achard et E. Weil. Imperméabilité rénale et hyperglycémie dans le diabète. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 21 janv. 1898 et *Semaine Médicale*, 1898, p. 40.)

(3) B. Naunyn. Der Diabetes mellitus. Vienne, 1898.

MÉDECINE PRATIQUE

Le babeurre comme moyen d'alimentation des nourrissons.

On connaît le rôle que jouent, dans l'alimentation des nourrissons, les divers succédanés du lait, tels que farines lactées, lait condens ou concentré, etc. Malheureusement, ces prépa

rations artificielles peuvent se montrer plus nuisibles qu'utiles, lorsqu'on les emploie prématurément, sans compter que leur prix assez élevé les rend difficilement utilisables dans la clientèle pauvre. Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler ici un produit en quelque sorte naturel, qui jouit, depuis de longues années, d'une grande vogue parmi la population des Pays-Bas et sur lequel viennent d'attirer l'attention, d'une part, M. le docteur Teixeira de Mattos (de Rotterdam) et, d'autre part, M. le docteur B. Salge, assistant de M. le docteur Heubner, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Berlin.

Il s'agit du liquide séreux que laisse la crème lorsque sa partie grasse a été transformée en beurre et qui est connu sous le nom de *babeurre*. Cette substance est couramment employée en Hollande, non seulement dans l'alimentation des adultes, mais aussi dans l'allaitement artificiel des nourrissons et comme moyen d'élevage des jeunes animaux. Néanmoins, ce n'est qu'en 1865 que ce produit alimentaire fut signalé pour la première fois, comme moyen d'allaitement, par un médecin hollandais, le docteur A. M. Ballot (de Rotterdam). Depuis lors, le babeurre a été souvent employé en thérapeutique, notamment contre les affections fébriles (Hildesheim), le mal de Bright (White), les maladies de l'estomac, les vomissements de la grossesse (Eulenberg, Peare, Ward), etc.; mais la valeur de ce produit pour l'alimentation des nourrissons était tombée dans un oubli à peu près complet. En 1895, cette dernière application du babeurre a fait l'objet d'une étude d'un autre confrère néerlandais, M. le docteur De Jager, et aujourd'hui ce succédané du lait commence aussi à être expérimenté en Allemagne. C'est ainsi qu'à la clinique de M. Heubner, le premier essai fut fait sur une fillette, âgée de trois mois et demi et atteinte d'une pyémie grave avec abcès et phlegmons multiples, suppurations des gaines tendineuses de la main et du pied, abcès osseux du maxillaire inférieur, etc. Cette petite malade présentait une entérite rebelle à tous les moyens de traitement et paraissait se trouver dans un état absolument désespéré, lorsqu'on institua l'alimentation par le babeurre. Or, dès le premier jour de ce régime, les selles, auparavant muqueuses et purulentes, commencèrent à devenir plus consistantes et, au bout d'une semaine, elles n'offraient plus rien d'anormal. En même temps, l'état général ne tarda pas à s'améliorer et les lésions suppuratives évoluèrent rapidement vers la guérison.

En présence de ce résultat, on expérimenta le babeurre d'une façon systématique, dans le service de M. Heubner. Sur 119 enfants chez lesquels on utilisa ce mode d'alimentation, 85 s'en sont très bien trouvés; il n'en fut pas de même pour les 34 autres nourrissons, dont 23 succombèrent soit à la tuberculose, soit à la septicémie, ou encore à leur affection intestinale elle-même. Toutefois, il est bon de faire remarquer que d'autres préparations alimentaires, et parfois même l'allaitement naturel, furent également essayés dans ces cas sans le moindre succès.

En ce qui concerne le sort ultérieur des enfants nourris avec le babeurre, M. Salge, pas plus que M. Teixeira de Mattos, n'a jamais eu à enregistrer de phénomènes de rachitisme ou de scorbut infantile, à l'encontre de ce qu'on observe très souvent à la suite de l'emploi d'autres succédanés du lait. Le babeurre présenterait, en outre, l'avantage de pouvoir être utilisé même chez de très jeunes enfants (à partir du deuxième mois). Il serait, la plupart du temps, bien supporté et ne donnerait que rarement lieu à des symptômes de dyspepsie, qui se laisseraient, d'ailleurs, facilement conjurer à l'aide du nitrate d'argent ou des préparations de bismuth. Les selles des nourrissons alimentés avec du babeurre seraient de consistance homogène, de couleur jaune et peu odorantes.

Il va sans dire que, pour obtenir de bons résultats, il faut être absolument sûr de la provenance du babeurre et n'employer celui-ci qu'à l'état frais (vingt-quatre heures, au maximum, après la fabrication du beurre). On commence par additionner, à froid, quelques cuillerées à bouche de babeurre de 15 grammes de farine de froment et, après avoir agité, on verse ce mélange dans un récipient contenant 1 litre de babeurre, auquel on ajoute 60 grammes de sucre; tout en continuant à agiter de temps à autre le liquide, on chauffe lentement, de façon à amener l'ébullition au bout de quinze à vingt minutes seulement. On verse ensuite le babeurre ainsi préparé dans des flacons préalablement stérilisés et qu'on ferme avec des capsules en caoutchouc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mars 1902.

De la mort rapide ou subite d'origine gastrique.

M. Lancereaux relate l'observation d'un homme de soixante et un ans, névropathe et dyspeptique, qui, à la suite d'un écart de régime, succomba subitement à une syncope cardiaque. Le cœur de ce malade étant indemne de toute lésion matérielle, la mort, d'après l'orateur, ne peut être attribuée qu'à un état purement fonctionnel, à un trouble réflexe ayant eu pour point de départ le mauvais état des voies digestives.

Se fondant, d'une part, sur ce fait, d'autre part, sur les nombreuses autopsies qu'il a pratiquées de sujets ayant succombé subitement et dans lesquelles tous les organes, y compris le pneumogastrique, ne présentaient aucune altération, M. Lancereaux estime que les deux tiers au moins des cas de mort subite ou rapide sont dus à l'inhibition réflexe des centres circulatoire ou respiratoire.

Traitement radical de l'hypertrophie de la prostate par la prostatectomie périnéale complète.

M. Albarran présente un certain nombre de malades chez lesquels il a pratiqué, par la voie périnéale, l'extirpation complète de la prostate hypertrophiée. L'orateur dit avoir eu recours 31 fois à cette opération sans avoir perdu un seul patient; sur ces 31 opérés, qui tous étaient atteints d'une rétention plus ou moins complète d'urine et dont la vessie était infectée, 27 ont guéri complètement, 2 ont été seulement améliorés et les 2 autres ont été perdus de vue.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 3 et 10 mars 1902.

Sur la glycosurie asphyxique.

MM. R. Lépine et **Boulud**. — De l'urine, ou mieux du sang, de chiens asphyxiés, nous avons extrait des leucomaïnes qui, ajoutées en très petite proportion à du sang normal, *in vitro*, entravent la glycolyse. Si on injecte ces substances sous la peau de cobayes, elles déterminent une glycosurie qui dure plusieurs jours. Ces leucomaïnes *diabétogènes* peuvent aussi être extraites du sang des veines fémorales, chez un chien dont l'aorte est liée depuis quelques heures. Leur formation est en rapport avec le défaut d'oxygène, ce qui est conforme aux idées soutenues par le professeur A. Gautier.

On peut, dès à présent, soupçonner l'importance, au point de vue de la pathogénie du diabète, de ces leucomaïnes, dont la production n'est pas limitée au cas de l'asphyxie.

Emploi de l'arc électrique au fer en photothérapie.

MM. A. Broca et **A. Chatin** adressent une note dans laquelle ils rendent compte de leurs essais d'utilisation de l'arc électrique au fer en matière de photothérapie. Le principal avantage de ces arcs, c'est d'une part qu'ils dégagent infiniment moins de chaleur que les arcs à charbon, et ensuite que leur puissance actinique est plus considérable. Il en résulte qu'on peut placer le sujet à une très faible distance de la source lumineuse (10 centimètres) et supprimer l'appareil à réfrigération; cette simplification de l'installation permet de réaliser une compression beaucoup plus exacte de la région atteinte, et l'on sait que c'est là un point essentiel.

MM. Broca et Chatin ont traité de la sorte, à l'hôpital Saint-Louis, 9 cas de lupus, avec d'excellents résultats. La seule précaution à prendre est d'entourer l'arc d'un manchon métallique percé seulement d'un trou de 3 centimètres au regard du patient, de façon à protéger complètement les assistants.

Sur un nouveau trypanosome des bovidés.

M. A. Laveran fait une communication sur le *Trypanosoma Theileri*, parasite nouveau découvert par M. Theiler (de Prétoria) dans le sang des bovidés. Ce trypanosome — le plus grand que l'on connaisse jusqu'ici — paraît inoculable exclusivement aux animaux de l'espèce bovine; il produit une anémie avec ou sans fièvre, ou encore une anémie pernicieuse caractérisée par la destruction des hématies et une mort rapide; en pareil cas, on trouve à l'autopsie de la splénomégalie, et souvent des ecchymoses sous-péricardiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1902.

Valeur comparée du cathétérisme des uretères et de la séparation instrumentale des urines, au point de vue de l'examen clinique de la sécrétion urinaire.

M. Bazy. — Diverses tentatives ont été faites dans ces derniers temps pour remplacer le cathétérisme des uretères par la séparation des urines au moyen de différents appareils.

Je me suis servi de cette méthode dans 3 cas. Chez une première malade, le bleu de méthylène m'avait déjà montré que les deux reins étaient atteints, et la séparation des urines n'a été employée qu'à titre de moyen de vérification; dans le deuxième fait, le résultat n'a pas été absolument net; dans le troisième, enfin, le séparateur des urines a permis de recueillir deux urines tout à fait différentes, mais je me suis demandé si leur différence de coloration ne tenait pas à une inégale répartition du liquide injecté dans la vessie.

L'application du séparateur est assez douloureuse, et 2 de mes malades ont eu de la fièvre après l'exploration.

Mon expérience n'est pas suffisante pour me permettre de juger de la méthode dont il s'agit; je pense toutefois que, si elle est appelée à rendre peut-être des services dans certains cas, elle n'est généralement pas indispensable au diagnostic, pour lequel la clinique doit nous suffire.

M. Albarran. — J'ai pratiqué maintenant des centaines de fois le cathétérisme des uretères, et je puis affirmer qu'on a beaucoup exagéré les difficultés et le danger de cette méthode d'exploration. Il est certain qu'elle nécessite une éducation spéciale, mais, dès qu'on a pris l'habitude de s'en servir, son application se fait très aisément.

J'ai expérimenté divers séparateurs, à plusieurs reprises, et j'en ai obtenu des résultats assez démonstratifs; malheureusement, l'emploi de ces instruments est d'ordinaire douloureux, lorsqu'on n'a pas affaire à une vessie d'une grande capacité.

M. Hartmann. — J'ai eu moins de chance que M. Albarran avec le cathétérisme des uretères, que j'ai vu presque toujours être suivi de fièvre, et qui, même entre les mains les plus expérimentées, est impossible dans 10 % des cas environ chez la femme.

La séparation instrumentale des urines peut offrir quelques inconvénients, mais le cathétérisme des uretères a aussi les siens, et j'avoue que, pour ma part, je considère celui-ci comme beaucoup plus dangereux que celle-là.

Nouveau procédé de gastrostomie.

M. Guinard. — Dans l'avant-dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 69), M. Reynier nous a présenté un rapport au sujet du

nouveau procédé de gastrostomie imaginé par M. Souligoux. J'ai eu l'occasion d'exécuter 2 fois cette opération, et dans les 2 cas le résultat a été excellent; je suis dès à présent convaincu de la supériorité de ce procédé sur tous ceux qui ont été préconisés jusqu'ici, y compris les procédés dits valvulaires.

On a pu se demander si, dans l'opération de M. Souligoux, la torsion qu'on fait subir au cône gastrique attiré au dehors intéressait la paroi stomacale tout entière ou seulement la tunique séro-musculaire; or, chez mon deuxième malade, j'ai pu vérifier que la muqueuse était bien comprise dans le mouvement de torsion, ce qui n'empêche en aucune façon de faire pénétrer une sonde dans la cavité stomacale, après la ponction.

M. Monod. — Le procédé de M. Souligoux peut être très bon, mais je tiens à rappeler que la gastrostomie par le procédé courant donne des résultats qui ne laissent absolument rien à désirer au point de vue de la continence, ainsi que j'ai pu le constater chez un de mes opérés qui a été suivi pendant plusieurs années.

M. Chaput lit un rapport sur un cas de typhlite herniaire, communiqué par M. Estienny (de Toulouse).

M. Mignon relate une observation d'accident mortel survenu pendant la chloroformisation, chez un individu atteint d'hypertrophie du thymus.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 6 mars 1902.

A propos des affections dites parasyphilitiques.

M. Leredde. — A l'appui de ce que j'ai dit dans la dernière séance sur les affections parasyphilitiques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 53), j'apporte aujourd'hui l'observation d'un homme de quarante-trois ans, syphilitique depuis 1897, qui a présenté pendant une année des symptômes cérébro-spinaux graves ne pouvant être rattachés qu'à un tabes à évolution progressive et rapide (diplopie, troubles de l'accommodation, tachycardie, atrophie musculaire, troubles vésicaux). Durant une année, ce malade fut soumis aux injections de cyanure de mercure, puis, pendant dix-huit mois, aux injections de calomel à la dose hebdomadaire de 0 gr. 10 centigrammes, en poursuivant le traitement pendant six semaines, puis en le suspendant durant une période égale. Sous l'influence de cette médication, les symptômes observés se sont amendés; certains d'entre eux ont même complètement disparu et aucun signe nouveau ne s'est montré; l'évolution de la maladie est donc arrêtée.

Il serait à désirer que tous les faits comparables fussent publiés; nombre de médecins, en effet, n'appliquent pas le traitement antisyphilitique au tabes, parce que cette maladie a été classée parmi les affections parasyphilitiques, qu'on considère généralement, par définition, comme ne pouvant pas bénéficier de l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium.

M. Hallopeau. — A mon avis, les dégénérations secondaires de localisation spéciale qui constituent les altérations propres du tabes ont pour point de départ des néoplasies syphilitiques siégeant sur les centres trophiques des parties atteintes, c'est-à-dire très vraisemblablement au niveau des ganglions spinaux. Cette manière de voir est en accord avec la conception de M. Fournier sur cette maladie, et ainsi se trouvent justifiées les paroles de notre collègue : « le tabes est d'origine, mais non de nature syphilitique. » On comprend aisément, dès lors, les insuccès de la médication antisyphilitique dans le tabes de date ancienne, ses succès dans les cas récents. Je suis, d'ailleurs, d'accord avec M. Leredde sur la nécessité de prescrire le traitement spécifique aux tabétiques dès le début de la maladie.

M. Vérité. — Je ne puis, pour ma part, admettre l'existence d'affections parasyphilitiques. Le fait que les maladies qu'on a ainsi classées ne paraissent pas influencées en général par le traitement spécifique ne suffit pas à justifier ce groupement; et je ne saurais concevoir que des lésions qui sont d'origine syphilitique, ne soient pas en même temps de nature syphilitique.

M. Jacquet. — Bien que n'étant pas hostile aux idées que soutient M. Leredde, je rappelle que le tabes peut s'arrêter court dans son évolution, et même rétrocéder, en dehors de tout traitement antisyphilitique. Il y a longtemps que Benedikt a signalé que le tabes débutant par des lésions du nerf optique reste généralement stationnaire.

M. Renault. — La syphilis peut, en dehors du tabes vrai, produire des troubles comme les douleurs fulgurantes, les altérations pupillaires et même le signe de Romberg. D'autre part, on a encore récemment publié des exemples de rétrocession spontanée du tabes, la maladie ne se manifestant plus que par l'abolition des réflexes et des troubles pupillaires.

M. Moty (médecin militaire). — J'ai observé un homme qui avait été réformé du service militaire, il y a sept ou huit ans, pour des symptômes indéniables de tabes. Ce malade, qui était syphilitique, a été soumis à un traitement mixte longtemps prolongé; il a pris jusqu'à 12 grammes d'iodure de potassium par jour. J'ai constaté dans la suite que chez lui tous les symptômes tabétiques avaient disparu et qu'il pouvait être considéré comme complètement guéri.

En revanche, j'ai vu le traitement antisyphilitique échouer dans bon nombre d'autres cas de tabes.

M. A. Fournier. — J'ai eu récemment l'occasion de faire le relevé de tous les cas de tabes que j'ai observés. J'en ai pu réunir 1,300, sur lesquels 1,000 concernent des syphilitiques avérés, 200 des sujets dont la syphilis était douteuse, 100 des malades qui n'avaient jamais eu la syphilis.

A coup sûr, il existe des tabes qui ont été améliorés par le traitement antisyphilitique. Mais tant qu'il persiste un seul symptôme de la maladie, je ne crois pas qu'on puisse considérer celle-ci comme guérie. Pour ma part, je n'ai le souvenir que d'une seule guérison complète.

D'un autre côté, il ne faut pas considérer comme des tabes arrêtés dans leur évolution, grâce au traitement spécifique, ces cas de tabes fruste, qu'on rencontre surtout chez les femmes et qui ne se manifestent que par des douleurs fulgurantes légères dans les membres, par de l'inégalité pupillaire, du myosis, le signe d'Argyll Robertson, quelques troubles urinaires peu marqués. Ces formes peuvent rester bénignes très longtemps. Comme exemple, je puis vous citer un cas de tabes héréditaire chez une jeune fille que je soigne; les symptômes sont si peu prononcés que la malade elle-même ignore son état.

Si j'ai cru utile de grouper ensemble un certain nombre d'affections, en les qualifiant de parasyphilitiques, c'est pour faire ressortir qu'à côté de lésions qui, comme les plaques muqueuses, sont uniquement causées par la syphilis, il en est d'autres se rencontrant souvent chez des syphilitiques, mais pouvant être produites par d'autres causes que la syphilis; et pour rappeler qu'à côté des lésions qui guérissent 99 fois sur 100 par le traitement antisyphilitique, les gommes, par exemple, il existe des altérations organiques que le mercure et l'iodure ne font disparaître qu'exceptionnellement. Dans le but de séparer ce groupe d'avec celui des manifestations syphilitiques proprement dites, j'ai employé la dénomination d'affections parasyphilitiques, néologisme qui m'avait été suggéré par un helléniste distingué, M. Benoist. Je crois que cette appellation a servi à établir une distinction qui n'est pas sans utilité et à indiquer les rapports avec la syphilis d'affections qu'auparavant on ne songeait pas toujours suffisamment à en rapprocher.

M. Leredde. — Pour en revenir à l'influence du traitement antisyphilitique sur le tabes, j'ajouterai que l'opinion de M. Fournier sur ce point paraît s'être modifiée depuis l'époque où il établissait la division suivante : 1° cas de tabes ancien, sur lesquels le traitement spécifique reste sans effet; 2° cas de tabes confirmé, auxquels le traitement mercuriel imprime parfois un arrêt; 3° cas de tabes naissant, où le traitement spécifique agit souvent d'une façon si favorable que M. Fournier déclarait n'avoir jamais vu les malades atteints de paralysies oculaires, et traités par lui, devenir des tabétiques dans la suite.

Etiologie de la pelade.

M. Jacquet. — Voici une jeune fille qui souffre, depuis trois ans, du côté droit de la mâchoire; elle a une crise dentaire tous les deux mois. Il y a un an qu'elle présente, en outre, une névralgie du genou droit.

Six mois après ce dernier accident est survenue une pelade de la nuque et du côté droit du cuir chevelu, en même temps que se déclarait une parésie douloureuse du bras droit avec névralgie cervicale et hyperesthésie de la moitié droite du corps. Cette malade a aussi de l'hypertrophie amygdalienne avec maximum très prononcé à droite.

Ce fait me semble rentrer encore dans la classe des pelades à point de départ dentaire, dont j'ai parlé dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p.52).

M. Hallopeau. — La carie dentaire existe chez 87 individus sur 100. Il n'est donc pas étonnant qu'un certain nombre de peladiques en aient souffert avant l'apparition de leur lésion cutanée. Les douleurs provoquées par la pression aux points d'émergence des nerfs se rencontrent plus ou moins prononcées, et souvent plus marquées d'un côté que de l'autre, chez un grand nombre de sujets, en dehors de toute pelade; les érythèmes passagers d'une oreille ne sont pas moins fréquents. Il s'agit là de phénomènes d'une banalité manifeste, qui ne peuvent démontrer l'origine nerveuse de la pelade. Je considère, au contraire, que les présomptions en faveur de la nature parasitaire de cette maladie sont beaucoup plus probantes.

M. Sabouraud. — On ne saurait refuser à M. Jacquet le mérite d'avoir attiré l'attention sur les troubles généraux qui accompagnent certaines pelades. Ces modifications de l'état général sont particulièrement fréquentes dans diverses alopécies qu'on a souvent confondues avec la pelade, par exemple celles qui coexistent avec de la morphée ou du vitiligo (pelade de Cazenave). En dehors de ce point, l'argumentation de M. Jacquet ne me paraît pas inattaquable.

C'est ainsi que dans le bassin de la Loire-Inférieure, où il n'y a pas de calcaire, les habitants perdent toutes leurs dents de très bonne heure; à vingt-deux ans, parfois, les dents se carient et tombent. Cependant, cette région ne fournit pas plus de peladiques que les autres.

Au point de vue histologique et biologique, il est incontestable qu'il faut distinguer deux variétés de pelade; dans l'une, les glandes sébacées sont hypertrophiées; dans l'autre, au contraire, elles sont atrophiées; dans la première on retrouve la flore que j'ai décrite en 1897; dans la seconde ces parasites végétaux font défaut. Enfin certaines pelades paraissent bien contagieuses; les observations n'en sont pas très fréquentes, mais il en est d'absolument probantes.

En somme, si les faits expérimentaux et cliniques actuellement connus demeurent acquis, ces faits ne permettent pas encore de se prononcer d'une façon définitive sur l'étiologie de la pelade; mais, au point de vue pratique, nous pouvons affirmer que cette affection n'est que rarement contagieuse et que, comme l'a si bien indiqué M. Besnier en 1889, il est inutile, en prenant certaines précautions, d'éloigner les peladiques des écoles.

M. Balzer. — Divers faits plaident nettement en faveur de la contagiosité de la pelade. J'ai soigné deux malades qui ont été atteints de pelade quinze jours après s'être fait, pour la première fois de leur vie, coiffer en ville chez un coiffeur (1).

Si la contagion est rare, c'est probablement parce qu'il faut des conditions spéciales pour qu'elle s'opère; peut-être une véritable inoculation par le peigne ou par la brosse, en un point déjà lésé, est-elle nécessaire.

M. Moty. — On a assisté il y a quelques années à une véritable explosion épidémique de pelade dans l'armée. La maladie frappait certaines compagnies, respectant les autres, et paraissait bien se propager par contagion.

(1) M. Jacquet ayant porté la question de l'origine dentaire de la pelade devant la Société médicale des hôpitaux, au cours de la séance du vendredi 7 mars 1902, M. Le Gendre a combattu cette manière de voir en relatant une observation analogue à celle de M. Balzer : il s'agit d'un sujet qui devint peladique pour avoir, une seule fois, fait tailler sa barbe ailleurs que chez son coiffeur habituel. — N. D. L. R.

M. Sabouraud. — Il ne faut pas accepter sans réserve tout ce qui a été dit sur les épidémies de pelade. J'ai été chargé d'un certain nombre d'enquêtes qui m'ont démontré que le plus souvent les cas de pelade véritable étaient beaucoup plus restreints qu'on ne l'avait affirmé tout d'abord, et que la façon dont ils étaient disséminés rendait l'hypothèse de la transmission par contagion peu probable.

M. Gastou. — J'ai soigné un malade qui fut atteint de pelade quelque temps après avoir mis une perruque pour jouer la comédie; or, cette perruque avait été portée peu auparavant par un de ses camarades, lui-même peladique. Si ce premier exemple est favorable à l'hypothèse de la contagiosité de la pelade, en voici un second qui s'accorde, au contraire, avec la théorie de M. Jacquet : à la suite d'une scarlatine, un de mes clients a commencé à souffrir d'une dent; bientôt survint une pelade du même côté. Cet homme a eu successivement 6 crises dentaires suivies de 6 rechutes de sa pelade, et l'affection du cuir chevelu ne s'est plus reproduite après l'avulsion de la dent malade. En présence de deux faits aussi dissemblables, n'est-il pas permis de supposer qu'il existe deux variétés de pelade, relevant chacune d'une étiologie différente?

M. Jacquet. — Je me suis inoculé sans résultat le bacille de la séborrhée que M. Sabouraud a isolé dans la pelade. Je me prêterai volontiers à toute tentative d'inoculation de la pelade qui semblera le plus nettement contagieuse. C'est assez dire que je ne crois pas à la transmission possible de cette affection.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 26 février 1902.

Sur la dilatation idiopathique de l'œsophage.

M. Rosenheim. — Je vous ai entretenus, il y a deux ans et demi environ, de 4 sujets atteints de dilatation idiopathique de l'œsophage (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 206-207); depuis lors, j'ai eu l'occasion d'observer 5 nouveaux cas de cette affection, qui me paraît moins rare qu'on ne le dit généralement, et qui serait sans doute plus fréquemment diagnostiquée si elle était mieux connue. Or, il importe de savoir la dépister, car le traitement, impuissant quand les troubles sont de date ancienne, peut être d'une réelle efficacité lorsque ceux-ci ne remontent pas à plus d'un ou deux ans.

Relativement à l'étiologie de cette maladie, il est certain que le traumatisme (chocs sur la poitrine, déglutition d'aliments trop chauds ou trop volumineux) paraît jouer un certain rôle, mais qu'il est difficile de préciser. Quoi qu'il en soit, la production de l'ectasie œsophagienne exige l'intervention de deux facteurs d'ordre nerveux, à savoir l'atonie de l'œsophage lui-même et le spasme du cardia; ce serait toutefois une erreur de penser qu'il ne s'agit là que d'une manifestation hystérique ou neurasthénique, car ces troubles d'innervation aboutissent à la constitution de lésions matérielles.

Au début, l'affection se traduit par des symptômes gastriques vagues, tels que crampes d'estomac, dyspnée gastrique, etc.; et ce n'est que lorsque la difficulté de la déglutition attire l'attention — parfois au bout de plusieurs années seulement — sur l'œsophage, que l'on peut poser un diagnostic exact. A ce point de vue, le cathétérisme est susceptible de fournir des indications de haute valeur, en permettant d'évacuer d'abord, avant que la sonde n'ait atteint la cavité stomacale, un liquide n'offrant aucun caractère du contenu de l'estomac, puis en donnant issue, quand le cardia a été franchi, à la bouillie gastrique; mais ce signe peut n'être pas très net. C'est alors l'œsophagoscopie, et aussi, mais avec moins de certitude, la radioscopie, qui lèveront tous les doutes.

En ce qui concerne le traitement qui, quoique symptomatique, peut déterminer des améliorations remarquables, j'attache une grande importance aux lavages du conduit ectasié; les douches à l'acide carbonique peuvent rendre des services contre l'atonie des parois; comme topique, je donne la préférence au nitrate d'argent, employé soit en irrigation, sous forme d'une solution à 1 ou 2 ‰, soit en attouchements pratiqués sous le contrôle de la vue (en solution à 10 %). Il ne faut pas, enfin, perdre de vue le régime : on recourra aux aliments liquides ou de consistance pâteuse; parfois même, il est nécessaire d'instituer, pour un certain temps, l'alimentation rectale. On ne négligera pas non plus de traiter le spasme du cardia, et, dans ce but, je me sers d'une sonde terminée par un petit ballon de caoutchouc que l'on emplit d'eau, après qu'on a pénétré dans l'estomac, et qu'on retire sans le dégonfler, de façon à pratiquer la dilatation de haut en bas de la partie contracturée.

M. Ewald. — Je reconnais, avec M. Rosenheim, l'importance de la dilatation idiopathique de l'œsophage, et les difficultés que présente le diagnostic de cette affection; mais je ne saurais souscrire à ses conclusions, relatives à l'emploi de l'œsophagoscopie : ce procédé d'exploration est, en effet, extrêmement désagréable pour le patient, et peu commode pour le médecin; j'estime que la radioscopie, qui n'offre pas les mêmes inconvénients, peut rendre tout autant de services.

M. Albu. — Je crois aussi que la radioscopie est très suffisante, surtout si l'on a soin d'injecter, dans la dilatation, du sous-nitrate de bismuth qui se dépose sur les parois. Quant à la pathogénie de l'affection sur laquelle M. Rosenheim a attiré notre attention, il me semble qu'il faut tenir compte d'une certaine prédisposition, résultant de conditions congénitales de l'œsophage.

M. Strauss. — Au point de vue du traitement, il y a lieu de considérer deux périodes à la maladie en question : dans la première, les troubles sont en quelque sorte latents; dans la seconde, il survient, par suite de processus inflammatoires, des complications douloureuses qui nécessitent une thérapeutique appropriée.

Kyste du maxillaire supérieur.

M. Maass montre un garçon de douze ans, chez lequel s'est développé, dix-huit mois après l'avulsion de deux dents pour une périostite de la racine, une tumeur remplissant la fosse canine, et recouverte d'une mince lamelle osseuse; une ponction exploratrice a fourni une sérosité trouble, renfermant des leucocytes, des cristaux de cholestérine, et des éléments épithéliaux pavimenteux et cubiques. Il s'agit là, vraisemblablement, d'un kyste de la racine dentaire, attribuable à une formation épithéliale proliférante.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 3 mars 1902.

Bronchite fibrineuse avec bacilles pseudo-tuberculeux dans l'expectoration.

M. Lichtenstein relate l'histoire d'un homme de soixante ans, observé par M. von Leyden, et atteint depuis cinq années d'une affection thoracique ayant les dehors de la tuberculose pulmonaire (toux avec expectoration, zone de matité à gauche, en bas et en arrière, rudesse respiratoire, râles, plus tard hémoptysies abondantes et à répétition); la constatation dans les crachats d'un bacille résistant aux acides avait paru confirmer le diagnostic de phtisie, auquel M. von Leyden hésitait néanmoins à se rattacher, pensant plutôt à une bronchite fibrineuse. Le malade étant entré à l'hôpital, l'examen microscopique de l'expectoration révéla à l'orateur la présence de cellules épithéliales, de globules rouges et de leucocytes, mais sans fibres élastiques ni débris pulmonaires; comme microorganismes, on trouvait, outre des streptocoques, des staphylocoques et des pneumocoques, un bacille ressemblant à celui de Koch, mais un peu plus long et plus mince et qui, s'il n'était pas décoloré par les acides, après action de la fuchsine phéniquée, résistait mal à l'alcool; les effets de l'inoculation de ce microbe à des cobayes et des souris donnèrent la preuve qu'il ne s'agissait pas du bacille de la tuberculose.

M. H. Kohn demande comment on peut expliquer les hémoptysies que présentait ce malade, puisque les crachats ne renfermaient ni fibres élastiques, ni débris de tissu pulmonaire; d'autre part, la matité et la rudesse de la respiration paraissent bien indiquer que c'est le poumon lui-même qui était en cause.

M. von Leyden fait observer que la bronchite fibrineuse s'accompagne parfois de crachements de sang, tout comme peuvent le faire la pneumonie ou la pleurésie; peut-être ces hémoptysies sont-elles la conséquence de la liquéfaction des caillots fibrineux. Quant aux signes physiques, auxquels fait allusion M. Kohn, ils ont disparu depuis un certain temps déjà.

M. Litten déclare aussi que la bronchite fibrineuse détermine fréquemment des hémorrhagies pulmonaires; il cite à l'appui un cas observé par Fräntzel, où un volumineux caillot fibrineux fut rejeté au milieu d'une abondante hémoptysie, et où l'autopsie montra l'absence de toute lésion tuberculeuse.

Sur le dosage clinique de l'indican.

M. Strauss préconise, pour le dosage clinique de l'indican, un procédé colorimétrique qui consiste à épuiser par le chloroforme l'urine additionnée de son volume de réactif d'Obermeyer, et à étendre le chloroforme — qui s'est coloré en bleu — jusqu'à le ramener à la teinte d'une solution type contenant 0 gr. 001 milligr. d'indigotine pour 1,000 c.c. de chloroforme.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 8 mars 1902.

Transplantation expérimentale des reins.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. E. Ullmann** a communiqué les résultats de ses expériences sur la possibilité de transplanter les reins dans une région de l'organisme éloignée de leur siège normal. Après avoir extirpé un rein, chez un chien, l'orateur a transplanté cet organe sous la peau du cou, en ayant soin d'aboucher l'artère rénale avec la carotide et la veine rénale avec la jugulaire, de façon à assurer la circulation sanguine dans le rein ainsi déplacé. M. Ullmann a renouvelé cette expérience plusieurs fois et toujours le rein transplanté a continué à sécréter une urine normale.

M. von Eiselsberg déclare qu'il poursuit en ce moment même des recherches sur la greffe de fragments de tissu rénal dans le mésentère.

M. A. Biedl fait observer que, chez l'animal auquel on a extirpé les reins, il est possible de faire cesser, par l'administration de suc rénal frais, les troubles respiratoires traduisant l'intoxication urémique, mais qu'on ne parvient pas de la sorte à prolonger la vie.

M. A. Kreidl rappelle que M. Exner a fait il y a quatre ans, à l'institut physiologique de Vienne, des transplantations de reins analogues à celles de M. Ullmann.

Les œdèmes cutanés dans l'étiologie de la sclérodermie.

Dans la séance du 6 mars de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. Spiegler** a montré deux malades atteints de sclérodermie ayant débuté par une rougeur et un œdème de la peau. Ces 2 cas, et plusieurs autres du même genre, observés par l'orateur, prouvent que les œdèmes jouent un certain rôle dans l'étiologie de la sclérodermie. Ces œdèmes paraissent dus à des compressions exercées par les vêtements.

M. von Czyhlarz cite, à l'appui de l'opinion de M. Spiegler, le cas d'un cardiaque chez lequel il a vu apparaître une sclérodermie des membres inférieurs, qui paraissait consécutive à l'œdème des jambes.

M. Schwarz estime que c'est à des troubles angiotrophoneurotiques qu'il faut attribuer le développement de la sclérodermie.

Troubles oculaires liés à une cirrhose hépatique.

M. Vollbracht a présenté un malade qui fut atteint, il y a un an, d'ictère et d'héméralopie, puis de douleurs dans les yeux, de conjonctivite

et d'ulcérations symétriques de la cornée; on constate, en outre, chez ce patient, une augmentation de volume du foie et de la rate. Il s'agit là vraisemblablement de troubles oculaires liés à une cirrhose hépatique.

M. L. Königstein dit avoir fait systématiquement des recherches à ce sujet, pendant plusieurs années, sur tous les malades de l'hôpital général de Vienne, et n'avoir jamais trouvé le moindre rapport entre l'ictère et les maladies oculaires.

Atrophie musculaire progressive d'origine saturnine.

M. Sorgo a montré un saturnin chez lequel on constate, au niveau des membres supérieurs, une atrophie musculaire manifeste, bien que masquée en partie par un développement exagéré du tissu adipeux sous-cutané. Les muscles atrophiés offrent la réaction de dégénérescence; quant aux réflexes tendineux, ils sont abolis aux membres supérieurs et exagérés aux membres inférieurs.

M. Nothnagel fait remarquer que l'hypertrophie compensatrice du tissu adipeux souscutané s'observe surtout dans la paralysie spinale infantile, et qu'elle est au contraire très rare dans l'atrophie musculaire progressive des adultes.

Acromégalie et diabète.

M. W. Schlesinger a présenté un homme qui fut atteint, à l'âge de six ans, d'une glycosurie ayant cédé au traitement antidiabétique; mais depuis lors ce malade est devenu acromégalique et en même temps sa glycosurie a reparu. Le diabète, dans l'acromégalie, peut revêtir la forme grave ou pancréatique, avec retentissement très marqué sur la nutrition, ou bien, au contraire, la forme bénigne, compatible avec une bonne santé générale; c'est plutôt, semble-t-il, à cette seconde forme qu'on aurait affaire dans le présent cas.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Nouvelles recherches sur la dissémination et la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, par M. C. FLÜGGE.

On sait que M. Flügge et ses collaborateurs ont démontré expérimentalement que la tuberculose ne se propage par la voie des crachats desséchés que dans des circonstances assez particulières, et que, au contraire, les gouttelettes projetées en parlant, en toussant ou en éternuant sont toujours très bacillifères et, par conséquent, contagieuses. Restait à savoir quel est le plus habituel de ces deux modes d'infections.

En recueillant avec un pinceau de la poussière dans des chambres habitées par des tuberculeux, l'auteur constata, avec M. Heymann, 5 fois sur 60 des bacilles de Koch; dans des salles d'hôpital, 5 échantillons de poussière sur 60 furent également trouvés bacillifères. En se servant d'une éponge humide pour recueillir la poussière, on observa beaucoup plus souvent la présence de bacilles (34 fois sur 120). Si l'on considère qu'aucun des endroits où l'on avait prélevé ces échantillons n'était à l'abri de gouttelettes directement projetées par des malades, on pourra admettre avec M. Flügge que la poussière ne doit pas être un agent fréquent de transmission de la tuberculose, à moins qu'elle ne soit soulevée en nuage, comme c'est le cas quand on fait les lits ou qu'on balaie, dans certains ateliers, dans les wagons, etc. Des éléments constitutifs de la poussière, les plus dangereux paraissent être des fils provenant de mouchoirs ou de vêtements souillés par une expectoration bacillifère.

Le rayon dans lequel un phtisique est dangereux de par la projection de gouttelettes infectieuses est en moyenne de 1 m. 50. Il est diminué de moitié si le malade se garantit la bouche avec un mouchoir, et l'on peut admettre que, dans ces conditions, la contamination n'a plus lieu au delà de 0 m. 70 ou 0 m. 80. D'ailleurs, les gouttelettes ainsi projetées ne se déposent pas immédiatement, mais restent encore un certain temps en suspension dans l'air : sur 11 expériences, il a été possible 2 fois de déceler des bacilles de Koch au bout d'une demi-heure, dans un espace clos où un phtisique avancé avait séjourné et toussé une ou deux heures. Les gouttelettes en question pénètrent relativement très vite dans l'arbre bronchique : l'auteur a montré, en effet, avec MM. Henninger et Paul, que des ensemencements de tissu pulmonaire provenant d'animaux sacrifiés une demi-heure après un séjour dans une atmosphère renfermant du *Bacillus prodigiosus* fournissaient de très nombreuses colonies sur plaques.

Il résulte des expériences que nous venons de relater que, si l'infection par inhalation, dans la tuberculose pulmonaire, peut être due soit à des poussières soit à des gouttelettes bacillifères, ce dernier mode d'infection parait présenter une fréquence et comporter une importance beaucoup plus considérables que celles que l'on tend d'habitude à lui accorder.

Une autre conséquence découle de ces constatations : c'est que l'usage du mouchoir comme crachoir, au lieu d'être interdit, doit être encouragé, à condition toutefois que le mouchoir soit soumis ensuite à une désinfection sérieuse (séjour de cinq heures dans une solution de sublimé à 1 ‰). A ce point de vue, M. Flügge préconise l'emploi des mouchoirs en papier usités au Japon, qu'il serait possible, en raison de leur bas prix, de détruire par le feu, une fois souillés. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 1.) — F. M.

Du pemphigus chronique de la muqueuse des voies respiratoires supérieures, par M. J. GUGENHEIM.

L'auteur relate le cas d'une femme de soixante-deux ans, qui a toujours été robuste et bien portante, et dont l'affection, remontant à 1899, est caractérisée par la formation, sur différents points de la muqueuse de la bouche et du pharynx, de vésicules et de plaies déterminant une sensation de chaleur et des douleurs à la déglutition. Au début, après des périodes plus ou moins prolongées de malaise, survenaient des accalmies pendant lesquelles la patiente se portait relativement bien; mais, au bout d'un certain temps, l'affection ayant également envahi le larynx, les troubles devinrent plus intenses et les périodes de repos moins longues.

Lorsque M. Gugenheim vit la malade pour la première fois, à la fin d'octobre 1900, elle lui montra une membrane de forme elliptique qu'elle avait expectorée la veille et lui déclara que ce symptôme était très fréquent. A l'examen direct, on découvrit, sur la paroi postérieure du pharynx, la présence d'une membrane gris blanchâtre, d'une longueur de 2 centimètres sur une largeur de 1 centimètre, autour de laquelle la muqueuse était d'un rouge vif; au-dessous, la muqueuse était plus rouge encore et légèrement saignante; il y avait des membranes analogues sur l'épiglotte et sur les cartilages aryténoïdes. Les jours suivants, ces productions avaient disparu, mais bientôt il s'en forma d'autres, soit aux mêmes points, soit en des régions plus ou moins éloignées. Une zone qui la veille était recouverte d'un dépôt assez épais, apparaissait le lendemain excoriée, saignante, et peu après cicatrisée; d'autres points qui, jusque-là, avaient été normaux, se présentaient au bout d'un certain temps dénudés de leur épithélium, puis recouverts de membranes. La muqueuse revêtait, de ce fait, un aspect polymorphe, et on pouvait rencontrer simultanément dans la même région (joues, lèvres, langue, voile du palais, pharynx, larynx) toutes les gradations l'une à côté de l'autre.

Le diagnostic de pemphigus était déjà porté, lorsqu'on remarqua, le cinquième jour de l'observation, sur le bord libre de l'épiglotte, une vésicule du volume d'une fève, à contenu jaune verdâtre, transparent, qui, le lendemain, avait disparu; aussitôt après, l'état de la malade s'améliora notablement : les éruptions devinrent moins nombreuses, moins fréquentes, moins étendues et les troubles subjectifs moins prononcés. Mais, au bout de quelque temps, les phénomènes locaux et les symptômes subjectifs subirent une recrudescence considérable, et ces alternatives d'amélioration et d'aggravation ont persisté depuis lors.

Il y a deux ans et demi que la malade est en observation, et à aucun moment la muqueuse de ses voies respiratoires n'a été absolument saine; toutefois, l'état général est resté bon, la température toujours normale. La peau ne présente aucune éruption et la conjonctive bulbaire, qui constitue une des localisations favorites du pemphigus chronique, n'a jamais été atteinte. On peut en dire autant de la muqueuse nasale.

Parmi les affections avec lesquelles la confusion était possible dans ce cas, M. Gugenheim cite les éruptions superficielles de la syphilis secondaire, la diphtérie, la stomatite mercurielle, l'herpès fébrile, la stomatite épidémique et l'érythème polymorphe. A vrai dire, cette dernière affection pouvait seule offrir quelques difficultés au point de vue du diagnostic différentiel; mais il est rare que l'érythème polymorphe reste aussi longtemps limité aux muqueuses, et on sait, en outre, que cette forme morbide subit des recrudescences à des époques fixes, telles que le printemps et l'automne. Contrairement à l'opinion des dermatologistes qui considèrent le pemphigus débutant par les muqueuses comme de nature essentiellement maligne, l'auteur croit que, dans les cas où cette affection reste pendant longtemps limitée aux muqueuses, le pronostic *quoad vitam* est relativement favorable, quoique la possibilité d'une guérison définitive soit des plus douteuses. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 décembre 1901.) — S. J.

Sur une nouvelle forme de rétrécissement du rectum, par M. MAX REBER.

L'auteur relate, dans ce travail, 2 observations recueillies à la clinique chirurgicale de M. Hildebrandt, à Bâle, concernant une cause non encore signalée de rétrécissement du rectum.

Il s'agit de femmes qui, quelques mois après avoir subi l'extirpation totale de la matrice pour fibromyomes, présentèrent un écoulement rectal muco-sanguinolent, et chez lesquelles le toucher rectal permettait de reconnaître l'existence d'un rétrécissement situé à 9 centimètres au-dessus de l'anus, c'est-à-dire au point où l'artère hémorrhoïdaire supérieure commence à se ramifier sur le rectum.

Ces circonstances amenèrent M. Reber à penser que la sténose en question devait être due à une lésion opératoire de l'artère hémorrhoïdaire supérieure, lésion ayant entraîné des troubles de nutrition du tube rectal, sous forme d'ulcération avec rétrécissement cicatriciel consécutif; cette manière de voir fut confirmée par l'examen histologique, qui montra, outre un rétrécissement cicatriciel, une perte de substance de la muqueuse et un revêtement intérieur du rectum par du tissu de granulation. Ajoutons que l'une de ces malades, deux semaines après l'hystérectomie, avait expulsé par le rectum un lambeau de tissu nécrosé dont l'origine ne put être établie par le microscope, mais qui correspondait probablement au segment rectal gangrené.

Pour ce qui est du traitement, M. Hildebrandt mit à nu la région rétrécie, après résection du coccyx et d'une portion du sacrum; puis il incisa longitudinalement la paroi postérieure du rectum et pratiqua l'ablation de la partie rétrécie en ménageant le revêtement péritonéal; enfin, il sutura transversalement l'incision rectale longitudinale. Les suites opératoires furent normales et il ne survint pas de récidive. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.) — F. DE Q.

Un cas d'arthrite rhumatismale de l'articulation temporo-maxillaire, par M. HAMM.

L'arthrite rhumatismale de l'articulation temporo-maxillaire, surtout en tant que manifestation isolée, est relativement rare; aussi le cas relaté par M. Hamm n'est-il pas sans présenter un certain intérêt.

Le malade, un homme de quarante-cinq ans, éprouvait depuis huit jours environ des douleurs très violentes dans l'oreille droite, au point que le rapprochement des mâchoires était devenu très pénible et la mastication presque impossible. En examinant cette oreille, on trouva la membrane du tympan normale dans sa moitié supérieure, tandis que sa moitié inférieure était cachée par une masse bleu noirâtre qui, à la sonde, donnait une sensation de fluctuation. Une incision pratiquée en ce point permit d'évacuer une certaine quantité de sang liquide; il s'agissait donc d'une vésicule san-

guine qui s'affaissa, une fois vidée, laissant apparaître la moitié inférieure du tympan, laquelle était tout aussi normale que la partie supérieure de cette membrane. Cette petite intervention n'amena, cependant, aucune amélioration dans l'état du patient et, quoique l'examen objectif pratiqué à l'aide d'index introduits dans les deux conduits auditifs n'eût révélé aucune différence entre les deux articulations, l'auteur n'en prescrivit pas moins du salicylate de soude, dont une dose totale de 2 grammes suffit pour assurer une guérison rapide et complète.

On se trouvait évidemment en présence d'une arthrite temporo-maxillaire dont le diagnostic était d'autant plus difficile qu'il n'existait aucun signe objectif du côté de l'articulation elle-même, et que la plupart des symptômes subjectifs étaient de nature à faire croire plutôt à une affection auriculaire. Aussi M. Hamm conseille-t-il d'examiner attentivement l'articulation temporo-maxillaire toutes les fois qu'on a affaire à des malades se plaignant de douleurs et de bourdonnements d'oreilles, sans altération de l'ouïe ni modification de la membrane du tympan. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 novembre 1901.) — S. J.

De l'étranglement récidivant au niveau du trou obturateur, avec torsion de l'intestin grêle, par M. A. von Meer.

Les résultats du traitement des hernies obturatrices étant, en général, fort peu satisfaisants, l'observation suivante nous paraît digne d'être résumée.

La patiente, une femme de soixante-six ans, fut reçue pour la première fois dans le service de M. Bardenheuer en 1899; elle présentait alors les symptômes d'une occlusion intestinale et déclarait avoir été atteinte déjà une fois d'étranglement herniaire. Ne trouvant aucune hernie à la palpation, on porta le diagnostic d'étranglement interne et on pratiqua la laparotomie; on reconnut ainsi l'existence d'une hernie obturatrice gauche étranglée, qu'il fut facile de réduire par simple traction; l'intestin était en bon état de nutrition. La malade étant très faible, on renonça à la cure radicale et on se borna à refermer la paroi abdominale. Les suites opératoires furent normales, mais cette femme refusa une nouvelle intervention, destinée à la débarrasser de sa hernie.

Elle revint dans le service de M. Bardenheuer un an et demi plus tard, souffrant derechef d'occlusion intestinale. La palpation ne décela encore aucune hernie, et, par suite, on admit la probabilité d'une récidive de la hernie obturatrice, diagnostic qui fut confirmé par la laparotomie. Il s'agissait, comme la première fois, d'un pincement latéral de l'intestin, avec torsion à 360° de l'anse afférente; il n'y avait pas trace de gangrène. L'état général très compromis empêcha de nouveau de faire la cure radicale, et la malade, après guérison, refusa pour la seconde fois de subir une intervention radicale: M. Bardenheuer se proposait de former un lambeau périostique emprunté à la face interne du pubis, et d'en couvrir le trou obturateur. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — F. de Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

L'excès de sel dans l'alimentation comme cause probable du cancer, par M. J. Braithwaite.

D'après les recherches auxquelles s'est livré M. Braithwaite, le cancer serait excessivement rare chez les israélites. C'est ainsi que sur le très grand nombre de juives reçues, pendant dix ans, à la consultation de la « Leeds General Infirmary », on n'a enregistré qu'un seul cas de cancer de l'utérus, et qu'au London Hospital, on a compté, pour une période quinquennale, une seule juive sur 179 femmes atteintes de cancer de la matrice. Il en est à peu près de même au Metropolitan Hospital et à l'Hôpital juif pour les incurables, où M. A. Tunstall n'a jamais observé de cas de cancer parmi les israélites. Cherchant à se rendre compte des causes de cette immunité, l'auteur estime qu'on ne saurait invoquer ici que deux facteurs, à savoir une particularité de la race ou bien une différence dans le régime alimentaire. Cette dernière hypothèse paraît la plus plausible; or, ce qui distingue surtout l'alimentation des juifs, c'est qu'ils ne mangent pas du jambon; mais, comme d'après M. J. McFadyean, le porc est le seul animal domestique qui soit exempt de cancer, il est évident que ce qui importe ici, c'est le sel contenu dans le jambon.

D'autre part, M. Braithwaite attire l'attention sur ce fait que, dans les cas de cancer de l'estomac, les vomissements ne contiennent pas d'acide chlorhydrique, contrairement à ce qui s'observe dans les vomissements de toute autre nature. Par contre, le sang des sujets atteints de cancer, pauvre en phosphates, contiendrait un excès de chlorures (Moraczewski).

Enfin, l'auteur mentionne également une série de constatations empruntées à la topographie des affections cancéreuses en Angleterre, à l'ethnographie et à la médecine vétérinaire, considérations sur lesquelles il serait trop long d'insister ici et qui semblent toutes plaider en faveur de l'existence d'un rapport de cause à effet entre la consommation excessive du sel et le cancer.

M. Braithwaite reconnaît cependant que l'excès de chlorure de sodium ne constitue pas la cause unique des affections cancéreuses; cet excès représenterait, en tous cas, un facteur étiologique constant qui se trouverait toujours associé à une ou plusieurs des trois circonstances suivantes: 1° hypernutrition due à une alimentation trop abondante; 2° défaut d'assimilation ou d'oxydation des substances alimentaires, qui s'observerait surtout chez des individus âgés et menant une vie peu active, et 3°, enfin, irritations locales, telles que l'usage de la pipe, l'irritation réflexe des seins sous l'influence des troubles du côté de l'ovaire, etc.

En ce qui concerne l'action du sel sur l'organisme, on sait qu'elle se traduit par une plus grande activité dans les échanges intra-cellulaires. Il se peut, par conséquent, que l'introduction dans l'économie de trop grandes quantités de chlorure de sodium ait pour résultat la prolifération désordonnée des cellules épithéliales, qui caractérise le processus cancéreux.

Quoi qu'il en soit, et sans vouloir, pour le moment, considérer l'hypothèse en question comme étant absolument prouvée, l'auteur est d'avis que, d'ores et déjà, il y aurait lieu, au point de vue pratique, de limiter autant que possible la consommation du sel chez les sujets porteurs de lésions cancéreuses; on serait de la sorte à même, sinon d'arrêter complètement le mal, du moins d'entraver son évolution et, peut-être aussi, d'éviter des récidives après les interventions chirurgicales. (*Lancet*, 7 décembre 1901.) — L. Ch.

De la possibilité de traiter le rétrécissement mitral chirurgicalement, par Sir Lauder Brunton.

La sténose de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche constitue, dans les cas graves, une des cardiopathies les plus rebelles au traitement médical. Lorsqu'on considère, à l'autopsie, cet orifice rétréci, il semble qu'on doive complètement désespérer de trouver jamais un remède susceptible de communiquer à l'oreillette l'énergie nécessaire pour faire franchir à un courant sanguin suffisant la sténose mitrale. En présence de cet état de choses, Sir Lauder Brunton se demande s'il ne serait pas possible de dilater l'orifice rétréci, pendant la vie, aussi facilement qu'on le fait après la mort. Sans doute, on ne saurait se dissimuler les risques que comporterait une telle intervention. Mais l'auteur estime que ces risques seraient compensés par les chances de guérison et se trouveraient, dans une certaine mesure, justifiés par l'état misérable des patients en question. Toutefois, avant de se livrer à un essai de ce genre sur l'homme malade, Sir Lauder Brunton a institué une série d'expériences sur des cadavres ainsi que sur des animaux, expériences dont nous allons relater brièvement les résultats.

La première question qui s'est posée devant l'expérimentateur était celle de savoir si l'opération doit consister à allonger l'orifice auriculo-ventriculaire ou bien à sectionner les valves de la mitrale. Le premier procédé serait préférable, mais le second est plus facile à réaliser et semble suffisant pour faciliter le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule. Les bistouris que l'auteur a employés dans ses expériences rappelaient, par leur forme, des ténotomes à lame tranchante, de 12 à 25 millimètres de long. La partie principale de chaque valve se laisse facilement sectionner, et seule l'extrémité épaissie offre une résistance plus ou moins sensible. La forme du bistouri doit, du reste, nécessairement varier suivant qu'on se propose d'intervenir par l'oreillette ou par le ventricule: cette dernière voie donnerait lieu à une perte de sang moins considérable, attendu qu'elle permettrait d'utiliser des bistouris très fins, à peine plus gros qu'une aiguille; or, on sait que les blessures du ventricule par instrument piquant ne sont guère suivies d'hémorrhagies.

En ce qui concerne le manuel opératoire à suivre pour mettre le cœur à nu, Sir Lauder Brunton a eu recours au procédé décrit par M. Ninni et qui consiste à mener deux incisions partant du bord gauche du sternum et longeant, l'une, le bord inférieur de la troisième côte, l'autre, le bord inférieur de la cinquième côte. Les extrémités externes de ces deux incisions sont réunies par une troisième, qui traverse les parties molles, ainsi que la quatrième et la cinquième côte. Après avoir récliné vers le sternum le lambeau ainsi formé et avoir repoussé en arrière le bord du poumon, on ouvre le péricarde et on se trouve alors en présence du ventricule gauche mis à nu. Si l'on tient à opérer par la voie auriculaire, il est préférable de faire la première incision au niveau du bord inférieur de la seconde côte, ou bien il faut attirer fortement le cœur en bas.

Au cours de ses expériences, l'auteur a eu maintes fois l'occasion de constater que les battements cardiaques ne sont que très peu gênés par les divers actes opératoires. Il importe seulement d'introduire le bistouri pendant la diastole, le risque de léser la paroi opposée du ventricule étant dans ces conditions beaucoup moins grand. Le péricarde doit être ouvert largement, afin qu'on puisse, en cas d'hémorrhagie, facilement débarrasser la cavité péricardique et éviter de la sorte un épanchement qui pourrait être fort préjudiciable à l'activité cardiaque.

En terminant, Sir Lauder Brunton fait remarquer que les excellents résultats qu'on obtient actuellement dans le traitement chirurgical des plaies du cœur permettent d'espérer que l'intervention opératoire serait également susceptible de rendre de bons services dans les cas de rétrécissement mitral. (*Lancet*, 8 février 1902.) — L. Ch.

Péricardite suppurée, suite d'appendicite; guérison après incision et drainage du péricarde, par M. Arthur Howard Mann.

Dans le présent travail, M. Mann pense devoir rattacher à l'appendicite la grave complication que présenta sa petite malade.

Une fillette de douze ans, offrant des symptômes d'appendicite aiguë, fut prise, au quatrième jour, de douleurs et de gonflement au niveau des articulations du poignet droit, du genou et du cou-de-pied gauches, avec toutes les allures d'un rhumatisme articulaire aigu, pendant que les symptômes appendiculaires disparaissaient au milieu d'une abondante débâcle intestinale. Mais, au bout de quatre jours, on put percevoir un bruit de souffle mitral, puis survinrent de la dyspnée et un malaise croissants; enfin, quatre jours plus tard, on reconnut un épanchement péricardique qu'on supposa purulent en raison de la fièvre qui l'accompagnait, de son origine et de son évolution d'apparence infectieuse. Le surlendemain, avant d'opérer, on fit une première ponction dans le cinquième espace intercostal, mais elle atteignit le cœur et ne ramena que du sang; une deuxième ponction, dans le quatrième espace, fut plus heureuse et permit d'extraire quelques gouttes d'un liquide sanieux. Sur l'aiguille comme guide, on pratiqua alors une incision de 10 centim. 1/2 de longueur, à 5 centimètres du bord gauche du sternum. On réséqua ensuite 5 centimètres de la quatrième côte et le péricarde put être ouvert sans qu'on eût rencontré la plèvre gauche, refoulée sans doute par l'épanchement péricardique. On évacua ainsi 800 c.c. environ d'un pus sanieux, qui s'était collecté en arrière du cœur et appliquait ce viscère presque immédiatement contre la paroi thoracique; le pus une fois extrait, le cœur continua à battre pour ainsi dire en l'air, au milieu du sac péricardique; celui-ci fut drainé à la gaze.

Au bout de trois jours, la gaze fut remplacée par des drains de caoutchouc qu'il fallut épingler à la peau, les contractions du cœur tendant à les

chasser. La sécrétion péricardique, très abondante au début, diminua rapidement, et après trois semaines la guérison était parfaite; il persistait cependant un léger souffle mitral. Les cultures faites avec le pus ne donnèrent que des pneumocoques. (*Ann. of Surgery*, octobre 1901.) — R. DE B.

Des rétrodéviations de l'utérus chez les jeunes filles et les nullipares, par M. HERMAN E. HAYD.

Il est couramment admis que les rétrodéviations de l'utérus sont spéciales aux femmes mariées et aux multipares. M. Hayd pense cependant que ces désordres sont beaucoup plus communs qu'on ne le croit chez la nullipare et même chez la jeune fille.

C'est ainsi que sur les 50 dernières opérations d'Alexander qu'il a pratiquées, 11 concernent des jeunes femmes n'ayant jamais eu d'enfants et 9 des jeunes filles dont une avait quinze ans seulement. Chez ces malades, la rétroflexion avec son cortège de symptômes nerveux et douloureux remonte généralement à la puberté, et on note fréquemment un certain degré d'infantilisme du côté de l'utérus; par contre, les ligaments ronds ne paraissent atrophiés que chez celles qui souffrent depuis de longues années; chez la jeune fille, ils semblent même un peu plus volumineux que chez la multipare.

Beaucoup de ces patientes, en l'absence d'un examen gynécologique, sont exposées à rester stériles ou à traîner une existence fort misérable, alors que l'intervention chirurgicale, pratiquée en temps opportun et consistant en la dilatation du canal cervical, le curettage et l'opération d'Alexander, constitue un traitement efficace. Le pessaire, au contraire, ne rend aucun service en pareille occurrence, car il s'agit de déplacements fixes s'accompagnant souvent d'une certaine hyperesthésie génitale. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, novembre 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des diverses formes de conjonctivite granuleuse par des instillations de solutions aqueuses d'ichtyol.

Préconisé, il y a six ans environ, contre le trachome, en particulier contre la variété aiguë de cette affection, par M. le docteur Eberson, l'ichtyol a été ensuite recommandé par un élève de M. le professeur Panas, M. le docteur G. Jacovidès, surtout comme moyen de traitement de la conjonctivite catarrhale et de la conjonctivite phlycténulaire, et cela sous forme soit de badigeonnages de la conjonctive, soit d'applications de pommade (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 16). Un médecin militaire russe, M. le docteur Biélévitch, a cependant obtenu, au moyen du même médicament, d'excellents résultats dans les cas de trachome, et les essais institués récemment par un autre médecin militaire russe, M. le docteur A. Popov, sont venus pleinement confirmer les observations de M. Eberson (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 214) et de M. Biélévitch, tout en montrant que l'ichtyol mérite d'être utilisé dans le traitement de *toutes les formes* de conjonctivite granuleuse.

M. Popov s'est servi d'ichtyol en solution aqueuse à 10 ou 20 %, qu'il a employée, non pas en badigeonnages des paupières, mais en guise de collyre. Après avoir retourné les deux paupières et les avoir juxtaposées, il laissait tomber quelques gouttes de solution ichtyolée, en maintenant les paupières dans la même position jusqu'à ce que la sensation de cuisson provoquée par le médicament commençât à se dissiper; puis, il enlevait l'excès du liquide médicamenteux à l'aide d'un petit tampon d'ouate hydrophile.

Notre confrère a traité de la sorte 30 malades, dont 6 étaient atteints de trachome au début, 1 de conjonctivite granuleuse sèche sans complication catarrhale, 6 de trachome compliqué de catarrhe de la conjonctive, et les 17 autres de conjonctivite trachomateuse invétérée, avec infiltration diffuse et hypertrophie du sac conjonctival et sécrétion muco-purulente très abondante. Les patients de la première catégorie ont été guéris dans l'espace de deux à cinq semaines; la conjonctivite sèche a nécessité un traitement d'un mois et demi; chez les malades du troisième groupe, la guérison complète est survenue au bout d'un à deux mois; enfin, en ce qui concerne les 17 patients avec hypertrophie des conjonctives, 4 d'entre eux se trouvaient définitivement guéris au bout de quatre mois, et chez les 13 autres on constatait, à cette époque, une amélioration sensible, se traduisant par la diminution de la sécrétion muco-purulente et de l'épaisseur des conjonctives, ainsi que par l'apparition de petits îlots de tissu sain.

Les instillations de solutions ichtyolées sont généralement bien supportées et donnent lieu à une sensation de cuisson peu durable et beaucoup moins pénible que celle que déterminent les cautérisations au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre. Toutefois, M. Popov a observé, dans un cas, une véritable idiosyncrasie à l'égard du médicament en question, se manifestant par de l'œdème conjonctival.

Emploi de l'alcool acidifié pour éviter l'infection des plaies réunies par première intention.

L'alcool ordinaire étant assez souvent employé en chirurgie à titre d'antiseptique, M. le docteur L. De Gaetano, privatdocent de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Naples, a eu l'idée d'augmenter le pouvoir bactéricide de ce produit au moyen de l'addition d'acide acétique. On sait, en effet, que cet acide est très diffusible et que, en raison de cette propriété, il est couramment utilisé, dans les recherches de laboratoire, pour la fixation des tissus (liquides de Flemming, de Zenker, etc., etc.). Notre confrère s'est servi d'un mélange contenant 100 grammes d'alcool à 70° et XX gouttes d'acide acétique. Outre son pouvoir antiseptique considérable, cette mixture présenterait encore l'avantage de mettre la plaie dans un état de sécheresse maxima, qui serait très défavorable à la pullulation des microbes.

Les recherches bactériologiques et les essais cliniques auxquels M. De Gaetano s'est livré à l'Institut de pathologie et de clinique chirurgicale propédeutique, dirigé par M. le professeur A. D'Antona, ont montré que l'emploi de l'alcool acidifié est parfaitement susceptible d'assurer l'asepsie de la plaie réunie par première intention, pourvu qu'on se conforme aux règles suivantes : le matériel de suture doit être conservé, pendant l'opération, dans de l'alcool acidifié; il est ensuite asséché au moyen de gaze stérilisée, avant d'être utilisé; en raison de la difficulté de la désinfection complète des couches profondes de la peau, il faut suturer les lèvres de la plaie en menant l'aiguille de la profondeur vers les téguments, et non pas en sens inverse, afin d'éviter le transport des germes qui pourraient se trouver au niveau des bulbes pilifères ou dans les conduits excréteurs des glandes sébacées. L'intervention une fois terminée, on lavera la région au moyen de l'alcool acidifié et on la frottera avec de la gaze imbibée du même liquide; en ce qui concerne le pansement, les premières couches de gaze, qui sont en contact immédiat avec la plaie, devront également être trempées dans de l'alcool acidifié. Au bout de deux jours, on renouvellera le pansement en procédant à un lavage à l'alcool, et, enfin, au cinquième jour, après avoir nettoyé la région à l'aide de l'alcool additionné d'acide acétique, on enlèvera tous les points de suture et on appliquera de nouveau de la gaze imbibée du même mélange.

Les injections sous-cutanées de sérum artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Employées aujourd'hui couramment dans la plupart des maladies infectieuses, les injections hypodermiques d'eau salée ne sont guère utilisées, d'une façon systématique, chez les tuberculeux. Or, à en juger d'après l'expérience de M. le docteur J. L. Barton (de New-York), ces injections seraient susceptibles de rendre d'excellents services dans les cas de tuberculose pulmonaire avec infection mixte. Notre confrère a eu l'occasion de traiter de la sorte 5 phtisiques, chez lesquels les lésions pulmonaires s'accompagnaient d'hyperthermie, de sueurs nocturnes, de quintes fréquentes de toux avec expectoration abondante, d'hémoptysie, de diminution du poids du corps et de prostration générale. Des injections de 60 à 120 grammes de solution physiologique de chlorure de sodium à 40°, répétées une fois par semaine, ne tardèrent pas à ramener la température à la normale, à faire diminuer les sueurs nocturnes et à atténuer sensiblement tous les autres symptômes morbides, en même temps que l'appétit et l'état général subissaient une amélioration correspondante.

Traitement du lupus par l'usage interne de l'urée et les rayons de Röntgen.

Les bons effets que M. le docteur H. Harper (de Nottingham) a obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'urée (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 88) ont engagé un autre confrère anglais, M. le docteur A. H. Buck, assistant de chirurgie au Sussex County Hospital, à essayer le même moyen dans un cas de lupus vulgaire : bien que la lésion datât de douze ans, la médication amena une guérison complète. De son côté, M. le docteur E. Swales, assistant du Kent County Asylum, à Maidstone, a traité avec succès deux femmes atteintes de lupus étendu de la face, par l'urée associée à l'emploi des rayons de Röntgen. Notre confrère commença par administrer 1 gr. 20 centigr. d'urée, trois fois par jour; puis il augmenta progressivement la dose jusqu'à 7 grammes par prise. En même temps, il soumettait les malades, tous les jours, à une séance de radiothérapie durant sept minutes, en ayant soin de disposer l'appareil à une distance de 50 à 75 millimètres de la face, et en le réglant de façon que la force électromotrice ne dépassât pas 12 volts et que l'intensité du courant oscillât entre 4 et 6 ampères. Dans ces conditions, il serait inutile de protéger la peau saine contre l'action des rayons X, laquelle ne se manifesterait que par la production d'une légère aréole rougeâtre autour de chaque placard lupique.

Sous l'influence de ce traitement, M. Swales a vu les lésions de la face rétrocéder rapidement, sans laisser subsister ni cicatrices déformantes, ni rétraction des téguments, comme cela s'observe à la suite des scarifications. De plus, l'usage de l'urée a influencé d'une façon très favorable les altérations pulmonaires concomitantes, ainsi que l'état général des deux patientes.

La privation de chlorures et l'intolérance à l'égard des iodures alcalins.

On se rappelle que M. le docteur Max Weisz (de Gyöngyös), se basant sur un essai qu'il avait fait dans un cas d'iodisme grave, a récemment préconisé la privation de chlorures comme moyen de rendre l'organisme plus tolérant à l'égard des iodures alcalins (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 280). De son côté, M. le docteur J. Sellei (de Budapest) a également expérimenté la même méthode chez 30 malades, dont 28 syphilitiques. Or, chez 5 de ces patients, qui offraient une idiosyncrasie à l'égard de la médication iodurée, le régime exempt de chlorures se montra complètement impuissant à remédier à cette intolérance.

Sur les 28 syphilitiques que notre confrère a soumis au régime en question, 16 avaient déjà subi la médication iodurée, tandis que les 12 autres étaient traités de la sorte pour la première fois. Parmi les patients de la première catégorie, 8 ne présentèrent aucun phénomène d'iodisme, mais chez 6 on eut à enregistrer des symptômes plus ou moins marqués d'intolérance à l'égard de la médication iodurée et les 2 derniers manifestèrent une idiosyncrasie absolue. Sur les 12 malades du second groupe, 5 seulement supportèrent le traitement sans accident; chez 5 autres on nota un léger degré d'iodisme et, enfin, 2 patients ne purent point tolérer l'iodure, malgré la privation la plus complète de chlorures. Il en fut de même pour l'un des deux malades non syphilitiques.

En s'appuyant sur l'ensemble de ces faits, M. Sellei se croit autorisé à conclure que, contrairement à l'opinion de M. Weisz, un régime alimentaire exempt de chlorures est incapable de combattre l'intolérance à l'égard des iodures alcalins. Néanmoins, notre confrère se propose de poursuivre ses essais, afin de se rendre compte si la privation de chlorures est réellement susceptible d'influencer d'une façon favorable l'efficacité même de la médication iodurée, comme la chose a été établie pour le bromure de sodium (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 404) et comme l'a également supposé M. Weisz à l'égard des iodures.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur RAYMOND.

Sur un cas de mal de Pott cervical.

Le cas de la malade qui va faire l'objet de la leçon de ce jour se rattache à un chapitre de la pathologie nerveuse qui est loin d'être élucidé, contrairement à ce que pourrait vous faire croire la lecture de vos traités classiques : je veux parler de la *compression de la moelle*.

En particulier, le mécanisme suivant lequel se produisent les désordres nerveux sensitivo-moteurs qu'on observe dans les cas de compression médullaire est encore enveloppé de bien des obscurités. Et pourtant il semble que tout ait été dit sur ce sujet, si on s'en rapporte aux ouvrages les plus récents de pathologie nerveuse. Or, il s'agit là d'une question de physiologie pathologique qui a une réelle portée pratique. Aussi bien, très variable est le pronostic des désordres qui traduisent les effets de la compression de la moelle, et ce pronostic est dans une dépendance étroite de leur mécanisme de production; j'espère vous en convaincre dans le cours de cette leçon.

Je vais d'abord vous mettre au courant de l'histoire clinique de notre malade, une jeune femme de vingt-six ans; entrée dans le service le 12 juillet 1901, elle occupe le lit n° 16 de notre salle Rayer.

Les renseignements que nous avons pu recueillir sur ses antécédents familiaux n'offrent rien d'intéressant à signaler, à cela près qu'une de ses sœurs tousse habituellement et a eu, l'an dernier, un commencement de paralysie qui a rétrocédé.

La malade est née à terme, à la suite d'un accouchement normal; elle n'a pas eu de convulsions dans son enfance et, jusqu'à ces derniers temps, elle a toujours été d'une bonne santé. Elle s'est mariée à l'âge de vingt-trois ans. En 1900, elle a donné le jour à une fille bien constituée, restée bien portante jusqu'ici. Au cours de sa grossesse, elle est devenue sujette à des douleurs dans le bras gauche, qui la prenaient le matin, vers trois heures, pour persister sans interruption durant sept heures environ, douleurs supportables; mais qui sont allées en s'accentuant jusqu'à l'époque de l'accouchement.

Au mois d'août, après l'accouchement, ces douleurs ont diminué dans le bras, mais d'autres ont fait leur apparition, au niveau des dernières vertèbres cervicales. Elles étaient permanentes, constituées par des élancements très pénibles, exaspérées par la toux, par les mouvements de la tête, des bras, etc. En même temps, une raideur avait envahi la nuque; les mouvements des bras étaient quelque peu gênés.

Au mois de janvier 1901, les douleurs de la nuque sont devenues plus violentes. Comparables à celles qu'eussent provoquées des coups de couteau, elles irradiaient dans le bras gauche. En outre, cette femme s'est aperçue que dans toute l'étendue de son membre supérieur gauche, depuis les extrémités des doigts jusqu'à l'épaule, la peau était devenue insensible au toucher, aux impressions de douleur, de chaud et de froid. Les mouvements de ce membre étaient très douloureux; la malade ne pouvait plus élever son bras gauche au-dessus de la ligne horizontale.

Trois mois plus tard, l'anesthésie envahit le membre supérieur droit; elle s'étendait depuis les extrémités des doigts jusqu'au pli du coude. En même temps, les mouvements du bras étaient devenus gênés, au point que la patiente se trouvait dans l'impossibilité de manger seule.

Dans le courant du mois de mai, la faiblesse gagna les deux membres inférieurs; il en résulta une gêne dans la marche qui devint impossible, le mois suivant; de plus, les membres inférieurs furent atteints de crampes fréquentes.

Lorsque, à quelque temps de là, cette femme est venue solliciter son admission dans le service, on a relevé l'état suivant :

A l'inspection, les membres ne paraissaient pas amaigris. Couchée sur le dos, la malade ne pouvait que difficilement soulever la jambe droite et pas du tout la gauche; elle pouvait à peine remuer les orteils du pied droit; ceux du pied gauche étaient complètement immobiles. Les jambes étaient légèrement contracturées en extension; les mouvements imprimés aux membres inférieurs développaient facilement des crampes. Les réflexes rotuliens étaient très exagérés; on parvenait aisément à provoquer de la trépidation spinale. Le réflexe plantaire se produisait en extension (signe de Babinski). Les masses musculaires n'étaient pas douloureuses au palper. Le signe de Lasègue faisait défaut. On ne découvrait pas la moindre trace de troubles trophiques ou vasomoteurs.

Dans toute leur étendue, les membres inférieurs étaient le siège d'une hypoesthésie au toucher et à la piqûre; voire que, par places, l'anesthésie était complète. Par endroits aussi, on notait de l'hyperesthésie à la chaleur; le froid était perçu comme le chaud.

Aux membres supérieurs, on constatait une parésie, plus accusée à gauche qu'à droite, qui allait en diminuant des extrémités vers la racine des membres. Les réflexes se produisaient avec plus de force à gauche. De ce même côté, les doigts étaient en flexion légère et revenaient dans cette attitude, comme des tiges élastiques, sitôt qu'on les en avait écartés. La sensibilité objective était intacte dans toute l'étendue des membres supérieurs; celui de gauche était, de temps à autre, traversé par des élancements très douloureux, comparables à des déchirures.

Depuis une vingtaine de jours environ, les mouvements de rotation et d'inclinaison de la tête étaient devenus impossibles, en raison des douleurs qu'ils déterminaient. La région cervicale était un peu douloureuse à la pression, moins que les vertèbres de la région cervico-dorsale. Très douloureuse était la compression du plexus cervical et des nerfs du plexus brachial.

Les mouvements des yeux, ceux de la langue étaient normaux. On ne constatait pas de troubles pupillaires. La malade avait de la peine à retenir ses urines, quand se manifestait le besoin de la miction; elle était légèrement constipée. Elle sentait bien le passage des urines et des matières fécales. Le réflexe cutané abdominal était aboli.

Enfin, à l'examen des poumons, on constatait, à gauche et en avant, de la submatité, ainsi que de la rudesse respiratoire. En arrière, la percussion était douloureuse, la respiration soufflante, l'expiration prolongée, la voix retentissante.

Le pouls était régulier (78). La patiente ne toussait pas. Elle transpirait un peu la nuit. L'appétit était bon.

Au mois d'octobre 1901, nous constatons l'état suivant :

Cette femme est très amaigrie et elle est constamment en sueur. Cependant, elle continue à manger avec appétit et à bien digérer; sa lésion pulmonaire n'a pas progressé.

La région cervico-dorsale est toujours très douloureuse à la palpation; mais il n'existe, à ce niveau, ni rougeur de la peau, ni empâtement.

La tête est immobilisée en extension, par suite des vives douleurs que provoquent les mouvements qu'on lui imprime. Il existe une cyphose à angle très ouvert. L'examen de la face ne dénote rien d'anormal. On ne découvre pas, notamment, de signes d'une paralysie du grand sympathique. La déglutition s'effectue sans la moindre difficulté. La malade ne présente pas le moindre trouble cérébral.

L'examen des membres et du tronc fait constater l'existence d'une tétraplégie.

Aux membres inférieurs, cette paralysie revêt les dehors de la paraplégie spasmodique. Des soubresauts et des crampes se manifestent surtout quand les jambes sont maintenues en extension. En outre, les membres inférieurs sont le siège d'une atrophie musculaire diffuse. Les masses charnues ne sont pas douloureuses à la pression. Le soulèvement des membres inférieurs, fixés en extension, ne développe pas non plus de douleur; autrement dit, le signe de Lasègue fait défaut. La sensibilité osseuse est conservée des deux côtés. La sensibilité articulaire, intacte à droite, manque à gauche. La sensibilité superficielle, également normale à droite, est totalement abolie dans toute l'étendue du membre inférieur gauche (Voir à la page suivante *fig. 1* et *2*); cette anesthésie intéresse tous les modes de la sensibilité. Elle remonte le long de la moitié gauche du tronc, jusqu'à une ligne horizontale passant par le creux épigastrique; au-dessus et en dedans de cette limite supérieure de l'anesthésie, on peut mettre en évidence une zone d'hyperesthésie de transition.

Le réflexe cutané abdominal est aboli. Les autres réflexes cutanés se produisent avec une exagération manifeste. Je vous ferai remarquer, notamment, que, malgré l'anesthésie plantaire à gauche, malgré l'abolition de la motilité volontaire des deux côtés, le moindre attouchement de la plante est suivi d'une vigoureuse rétraction des pieds et des jambes, et d'une contracture du fascia lata.

Aux membres supérieurs, la paralysie est flasque, en partie incomplète; elle se double également d'un certain degré d'atrophie musculaire diffuse. Les muscles ne sont pas douloureux à la pression. Les réflexes osseux et tendineux sont exagérés; aux poignets, on provoque facilement la trépidation épileptoïde. J'ai dit que la paralysie était en partie incomplète : la malade peut encore faire contracter faiblement les muscles du groupe radiculaire supérieur (deltoïde, biceps, brachial antérieur); les autres muscles sont frappés d'une inertie fonctionnelle absolue.

Par moments, cette femme éprouve quelques élancements douloureux, accompagnés de fourmillements, allant de la nuque aux extrémités des doigts, des deux côtés. Les racines des plexus sont douloureuses à la pression, dans le creux sus-claviculaire et dans le creux axillaire. Plus en aval, les troncs nerveux ne présentent plus trace de cette hyperalgie, ni les muscles.

L'élévation et l'abduction du bras sont passablement douloureuses des deux côtés. Cependant, on ne découvre nul indice d'une arthrite des articulations.

L'examen de la sensibilité objective (*fig. 1* et *2*) donne des résultats contradictoires. Au début d'une séance d'exploration, on relève de nombreuses erreurs de localisation, quel que soit le mode de sensibilité que l'on considère; puis, au fur et à mesure que l'examen se prolonge et que les excitations se répètent, la localisation se fait mieux pour les piqûres de l'avant-bras; elle continue d'être défectueuse pour les excitations qui portent sur la main. Tout compte fait, il existe une légère hypoesthésie, au niveau de la main gauche et des deux avant-bras, et une anesthésie de la main droite. Hypoesthésie et anesthésie intéressent la sensibilité au toucher et à la piqûre. Pour ce qui est des impressions de chaud et de froid, elles produisent de la douleur quand elles sont fortes, une sensation tactile quand elles sont faibles, mais jamais elles ne sont perçues en tant qu'impressions thermiques. Il existe, somme toute, une ébauche de dissociation syringomyélitique.

La sensibilité osseuse est conservée. La sensibilité articulaire est complètement abolie aux doigts; elle persiste aux autres jointures.

L'examen du tronc met en évidence une parésie des muscles abdominaux : la malade respire à la faveur des contractions de son diaphragme et de ses muscles cervicaux; sa cage thoracique reste complètement immobile.

Il est impossible de se renseigner sur l'état des muscles des gouttières vertébrales, car le moindre effort fait par la patiente, en vue de se

redresser sur son lit, lui occasionne d'intolérables souffrances.

Une eschare assez profonde, mais indolente, occupe la région du siège.

de la tête ou des bras — manifestations survenues en seconde date.

La compression des racines postérieures du plexus brachial, à gauche, d'abord, puis à droite,

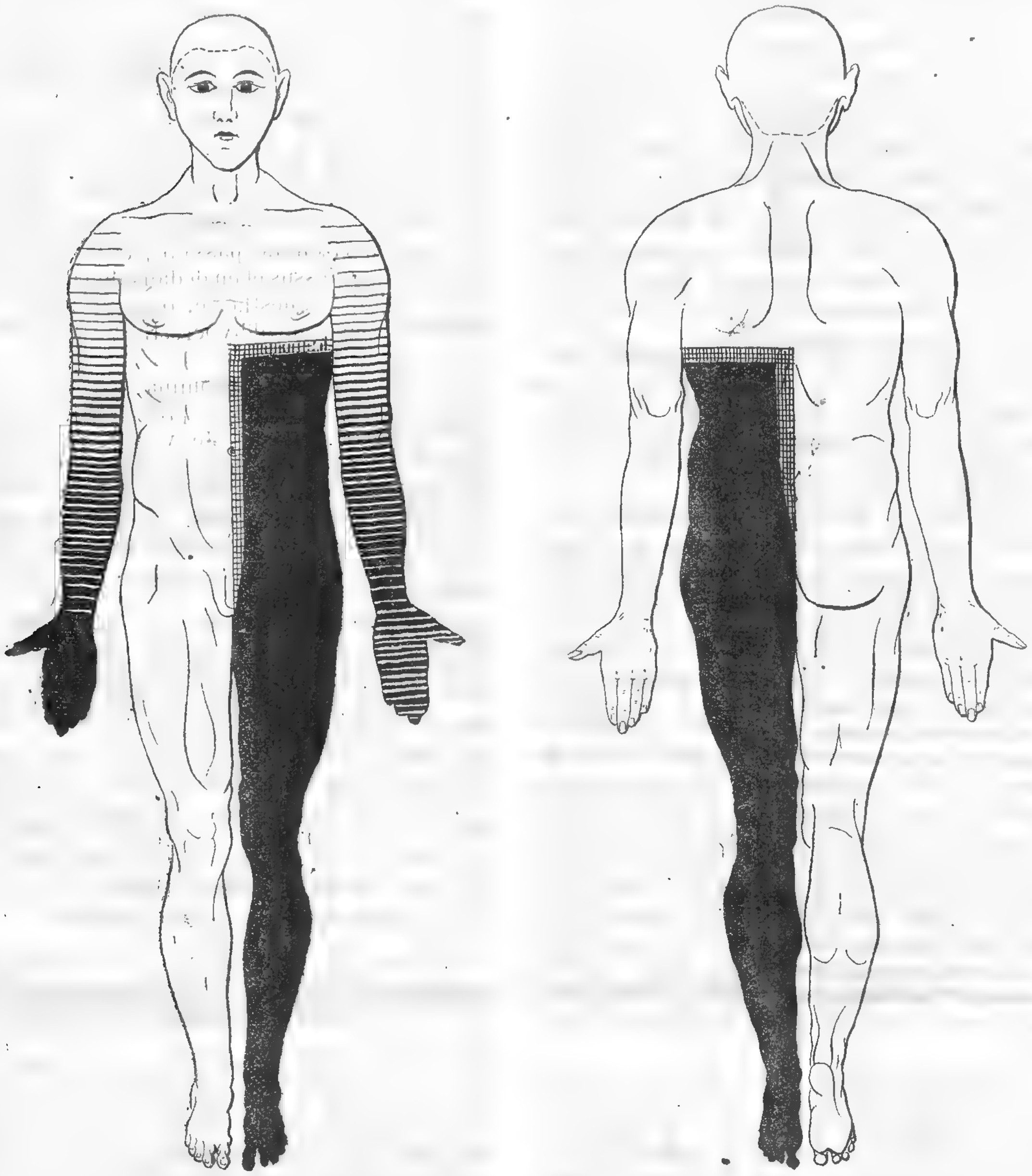


Fig. 1 et 2. — Les parties blanches ont une sensibilité normale; les parties noires sont anesthésiques; les hâchures indiquent l'hypoesthésie et le quadrillé l'hyperesthésie.

Enfin, il me reste à vous signaler la paralysie des sphincters : cette femme ne peut plus retenir ses urines ni ses matières, et elle n'a plus conscience des évacuations.

Qu'est-ce donc que cet ensemble morbide? Evidemment, il s'est passé, du côté de l'extrémité supérieure du rachis, quelque chose qui a dominé et domine encore l'ensemble des accidents dont je vous ai fait l'énumération. La malade maintient son chef dans une immobilité absolue, par crainte de réveiller les violentes douleurs que provoque le moindre mouvement de la tête. Pour la même raison, elle laisse à peu près complètement immobile la partie cervico-dorsale de son rachis. C'est donc qu'il existe une affection vertébrale. Or, cette hypothèse est à même de vous rendre compte des diverses manifestations morbides présentées par cette femme, et de leur mode d'enchaînement.

Supposez une affection vertébrale qui, à ses débuts, a occasionné une compression d'une partie des racines du plexus brachial, à gauche seulement : vous aurez l'explication des douleurs paroxystiques du bras gauche, qui ont ouvert la marche des accidents et dont l'intensité est allée en augmentant. Supposez que l'affection vertébrale ait progressé sur place : vous aurez l'explication de la raideur de la nuque et des douleurs localisées dans les dernières vertèbres cervicales, irradiant vers les membres supérieurs, exaspérées par le moindre mouvement

vous expliquera l'*anesthésie douloureuse* survenue vers la même époque, et qui a envahi successivement le bras gauche et le bras droit.

La parésie motrice qui, plus tard, s'est étendue successivement aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs, et qui, par places, a dégénéré en paralysie complète, n'est pas plus difficile à interpréter : soit qu'on admette pour la paralysie incomplète des membres supérieurs une simple compression des racines motrices du plexus brachial — on s'expliquerait alors qu'au début il y ait eu simple gêne des mouvements et que, actuellement encore, la parésie affecte avec une moindre intensité les muscles du groupe radiculaire supérieur —, soit qu'on invoque un retentissement de l'affection vertébrale sur le névraxe, ayant donné lieu à des lésions intraspinales sur la nature desquelles je reviendrai dans un instant.

Aussi bien, l'existence de lésions de pareil siège s'impose, pour rendre compte des phénomènes morbides que nous observons du côté des membres inférieurs. Il me paraît impossible, en effet, de les rapporter à une compression directe des racines du plexus lombo-sacré dont émanent les nerfs des membres inférieurs; en d'autres termes, on ne saurait admettre que l'affection vertébrale occupe, en hauteur, tout l'espace qui s'étend des vertèbres cervicales aux premières vertèbres lombaires.

Supposons donc que le foyer cervical, dont l'existence est évidente, ait entraîné à sa suite des lésions transverses, limitées, en hauteur, au segment correspondant de la moelle, au segment cervical. Premièrement, cette lésion transverse nous permettra d'attribuer les troubles moteurs, constatés au début, du côté des membres inférieurs, à la gêne qui en sera résultée dans la transmission des incitations motrices de l'encéphale aux parties de la moelle situées en aval du foyer, d'où faiblesse des membres en question; nous nous expliquerons de même les troubles urinaires du début, caractérisés par des besoins impérieux (la malade, à ce moment, n'avait pas encore d'incontinence d'urine). Secondement, une pareille lésion, par les dégénérescences secondaires qu'elle entraîne dans les faisceaux pyramidaux, nous donne la raison du caractère spasmodique revêtu ultérieurement par la paraplégie des membres inférieurs, tandis qu'aux membres supérieurs la paralysie motrice est restée flasque. En troisième lieu, elle pourra nous rendre compte de la distribution et de la modalité des troubles objectifs de la sensibilité; nous pouvons nous représenter, en effet, que ces lésions transverses de la moelle, survenues en seconde date, intéressent inégalement les deux moitiés du névraxe, de façon à occasionner une anesthésie incomplète des deux membres supérieurs et une anesthésie complète du membre inférieur gauche et de la moitié gauche du tronc.

Vraisemblablement, ces lésions intra-spinales secondaires affectent le caractère disséminé. Ainsi seulement nous pouvons nous expliquer le mode de distribution de l'anesthésie, de même que l'apparition subséquente d'une incontinence complète d'urine et des matières avec anesthésie des voies d'excrétion, manifestations qui impliquent une atteinte directe portée aux centres d'innervation de ces organes.

Nous sommes donc amenés à diagnostiquer une affection vertébrale, limitée au segment cervical du rachis, affection qui, au début, a déterminé de simples phénomènes de compression des racines des plexus cervical et brachial, tandis qu'une partie, sinon la totalité des phénomènes morbides survenus en seconde date, seraient imputables à une répercussion de l'affection vertébrale sur la moelle. Qu'est-ce que peut bien être cette affection vertébrale?

Avant de répondre à cette question, laissez-moi vous remémorer succinctement les principales circonstances étiologiques susceptibles de produire la compression médullaire.

Je vous mentionnerai d'abord les tumeurs méningées et extraméningées qui, en l'espèce, sont surtout représentées par des tumeurs malignes (sarcome, carcinome), par des tumeurs parasitaires (kystes hydatiques), par d'autres variétés de néoplasies plus rares (enchondrome, lipome, psammome, névrome).

La compression peut être effectuée par une néoplasie inflammatoire aboutissant au développement d'une pachyméningite hypertrophique, éventualité relativement fréquente lorsque la compression s'exerce sur le renflement cervical. Nous aurons à en tenir compte accessoirement tout à l'heure.

Elle peut être due à un abcès.

Elle peut être la conséquence d'une lésion vertébrale, et celle-ci peut elle-même être représentée par une exostose syphilitique, fait tout à fait exceptionnel, par une arthrite sèche, par le cancer vertébral, par le mal de Pott.

Eh bien, je ne m'attarderai pas à reprendre une à une ces diverses circonstances étiologiques, susceptibles d'intervenir comme agents d'une compression de la moelle; je ne m'attarderai pas à examiner les raisons qu'il peut y avoir de les accepter ou de les repousser, dans le cas de notre malade, pour aboutir, par voie d'élimination, à celle qui offre le plus de chance d'être en cause. Dans les circonstances actuelles l'hésitation me paraît hors de propos; c'est incontestablement à un *mal de Pott* que nous avons affaire.

Vous savez que sous ce nom on désigne l'af-

fection tuberculeuse des vertèbres. Or, notre malade présente les signes d'une tuberculose commençante du sommet gauche. Son affection vertébrale a évolué avec les allures que nous connaissons au mal de Pott. Elle a débuté à un âge où la tuberculose des vertèbres est loin d'être rare, au cours d'une grossesse, état qui, pour beaucoup de femmes, est une cause de misère physiologique, favorisant l'éclosion de la tuberculose dans un terrain prédisposé, et retentissant d'une façon spéciale, prédominante, sur le tissu osseux.

Il nous reste, dès lors, à nous demander si, à s'en rapporter aux enseignements de la clinique, le mal de Pott cervical (ou plutôt cervico-dorsal) peut donner lieu à un ensemble symptomatique comparable à celui que nous avons relevé chez notre patiente, et par quel mécanisme il aboutit à ce résultat. Ce second point, ainsi que vous allez vous en convaincre, a une réelle importance pratique; il vous éclairera sur le pronostic des accidents qui ressortissent au mal de Pott.

Voyons d'abord si ce que nous savons de la symptomatologie du mal de Pott cervical cadre avec ce que nous avons observé dans le cas présent.

Au début surviennent des douleurs sur le trajet des nerfs dont les racines naissent dans la région comprimée, en particulier sur le trajet des nerfs du membre supérieur. Plus tard, la compression des mêmes racines se traduit par l'association de l'anesthésie aux douleurs et aux phénomènes d'hyperesthésie; presque toujours, l'anesthésie affecte le caractère dissocié. La paralysie des membres supérieurs suit de près; elle est généralement flasque; tôt ou tard, elle se double d'un certain degré d'atrophie musculaire. Quand la compression s'exerce sur la moelle, il en résulte une paralysie des quatre membres et du tronc; les réflexes sont exaltés aux membres inférieurs. Il peut survenir de la contracture.

Tout cela concorde bien avec la symptomatologie présentée par la femme dont nous nous occupons.

D'autres manifestations peuvent s'ajouter aux précédentes, qui font défaut chez notre malade. Elles dénotent que la compression s'exerce sur la partie supérieure du segment cervical et sur les origines du grand sympathique. Comme telles, je vous mentionnerai les troubles pupillaires (myosis, mydriase), le ralentissement permanent du pouls, les poussées congestives du côté de la face et des yeux, la gêne de la déglutition, les vomissements, la toux, la dyspnée.

Enfin, quand la compression remonte jusqu'aux racines de l'hypoglosse, au niveau du trou occipital, il en peut résulter une atrophie de la langue, qui, souvent, n'intéresse qu'une moitié de l'organe. Je vous en ai présenté un très intéressant exemple dans une de mes précédentes leçons du vendredi (1).

Pour ce qui est des troubles de la miction ou de la défécation, ils peuvent manquer dans les cas de compression limitée au segment cervical de la moelle. Quand ils existent, ils se réduisent généralement, du côté de la miction, à de simples besoins impérieux, et, du côté du rectum, à une constipation plus ou moins opiniâtre, ainsi qu'il est arrivé chez cette femme, au début de sa maladie. Rarement, ils vont jusqu'à l'incontinence proprement dite des urines et des matières, comme cela a lieu actuellement chez notre patiente. Pour rendre compte d'une atteinte aussi grave aux fonctions de la vessie et du rectum, pour expliquer, en outre, l'anesthésie de ces réservoirs, il faut admettre, ou que la compression limitée au segment cervical de la moelle a entraîné des dégénérescences secondaires sur une étendue assez considérable de haut en bas, jusqu'aux centres ano-vésicaux, ou que ces centres ont été intéressés par un de ces foyers disséminés, éclos en seconde date et en tant que conséquences éloignées de l'affection tuberculeuse des vertèbres. Du reste, la constatation d'une eschare au siège ne peut que corroborer l'hypothèse de l'existence d'altérations intra-spinales, consécutives à la compression médullaire.

Ceci me conduit à aborder le second point que je me proposais d'examiner; il est relatif au mécanisme suivant lequel se produisent les phénomènes morbides imputables au retentissement du mal de Pott sur le névraxe.

J'ai déjà eu l'occasion d'insister sur une notion devenue classique et qui peut s'énoncer ainsi :

La paralysie motrice et les autres désordres sensitivo-moteurs, qu'on observe dans les cas de mal de Pott, ne sont pas des conséquences de la déformation de la colonne vertébrale. Pour ce qui concerne notamment la paralysie motrice, elle peut persister depuis plus ou moins longtemps, alors que le retentissement du mal de Pott sur la moelle ne se traduit encore par aucune autre lésion appréciable. Elle est susceptible de rétrocéder, dans des cas où la moelle a subi une réduction considérable de son volume, du fait de la compression.

Qu'est-ce à dire? Qu'il faut faire intervenir autre chose que l'*action purement mécanique* de la compression, dans l'interprétation des désordres nerveux qu'on rencontre au cours du mal de Pott. On admet encore volontiers, conformément à l'enseignement de mon prédécesseur Charcot, que la cause immédiate de ces désordres est représentée par la pachyméningite caséeuse qui se développe au siège de la lésion rachidienne, plus rarement par un simple amas de pus caséeux, formé au-dessous du périoste de la face postérieure du corps d'une vertèbre. Encore ne faut-il pas incriminer exclusivement la compression médullaire et radiculaire qui résulte de la présence de ces foyers morbides dans le canal rachidien. La simple compression pourra, tout au plus, nous rendre compte des paralysies motrices purement dynamiques et complètement réparables du début, des phénomènes d'irritation, tels que douleurs, fourmillements, engourdissement. Le rôle prépondérant, dans la pathogénie des désordres sensitivo-moteurs du mal de Pott, doit être attribué aux altérations intra-spinales qui se développent secondairement, et qui sont, en majeure partie, des conséquences de la compression médullaire.

Pour peu que celle-ci dure, elle entraînera d'abord une ischémie locale dans le segment médullaire correspondant, ou une stase veineuse, avec œdème consécutif, du fait de la compression des vaisseaux sanguins et lymphatiques des méninges. De ces altérations, essentiellement réparables, pourra résulter une sorte d'inhibition des fonctions spinales, qui se traduira par des troubles moteurs ou sensitifs : paralysies, anesthésies, paresthésies, susceptibles de rétrocéder au même titre que les lésions dont ils dépendent. Il en sera tout autrement si les troubles vasculaires initiaux, ischémie, stase et œdème, persistent et s'aggravent. En ce cas, ils aboutiront à la formation de foyers de ramollissement, occupant une étendue variable en longueur et en largeur. Voire que des foyers de ramollissement intra-spinaux peuvent être la conséquence de la propagation de la tuberculose vertébrale au tissu médullaire, propagation qui s'effectue par l'intermédiaire des vaisseaux.

D'autre part, si l'on s'en rapporte aux résultats des recherches, relativement récentes, de mes collaborateurs MM. Philippe et Cestan, de véritables foyers de myélite parenchymateuse subaiguë peuvent se former dans la moelle, indépendamment de toute pachyméningite, de toute altération vasculaire ou interstitielle concomitante, mais vraisemblablement sous l'influence des toxines tuberculeuses venant à imprégner la moelle.

Qu'il s'agisse de foyers de ramollissement d'origine purement vasculaire, ou de foyers de myélite parenchymateuse d'origine spécifique, tuberculeuse, pour peu qu'ils intéressent les faisceaux blancs dans une certaine étendue transversale, ils auront, pour conséquences inévitables, des *dégénérescences* secondaires : dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux, dans les cordons antéro-latéraux, imprimant à la paralysie motrice le caractère spasmodique; dégénérescence ascendante, dans les cordons postérieurs, sans caractères cliniques bien nets.

Je crois vous avoir convaincus de la véracité des prémisses que j'ai posées tout à l'heure : les effets immédiats, purement mécaniques, de la compression, sont peu de chose dans l'ensemble des manifestations morbides qui traduisent le retentissement du mal de Pott, de la tuberculose des vertèbres, sur la moelle. Ces effets se réduisent aux douleurs irradiantes du début, en rapport avec l'irritation des racines postérieures, à une paralysie motrice flasque, sans modification des réflexes ni de la contractilité électrique, qu'on observe dans les premiers temps de la maladie et qui sont essentiellement curables.

Dans la genèse des complications tant soit peu tardives du mal de Pott, un rôle plus important revient aux troubles vasculaires et nécrobiotiques que la compression du névraxe détermine au sein du tissu médullaire; sans compter que ce tissu peut subir les atteintes directes de l'infection et de l'intoxication tuberculeuses. Tant qu'il s'agit de simples altérations vasculaires, ischémie, stase veineuse, œdème, elles sont réparables, même après une durée relativement longue. Il en est tout autrement quand les troubles vasculaires du début ont abouti à des foyers de ramollissement, c'est-à-dire à la nécrobiose des éléments nerveux de la moelle, lorsque des îlots de myélite parenchymateuse se sont formés sous l'influence de l'imprégnation de la moelle par les toxines tuberculeuses, et surtout quand ces lésions circonscrites ont entraîné des dégénérations secondaires qui se propagent de plus en plus en hauteur.

Vous voilà fixés non seulement sur la nature de l'affection et sur le mécanisme des accidents présentés par cette jeune femme, mais encore sur leur pronostic. Vous avez compris que les désordres les plus graves que nous relevons chez elle — à savoir : la tétraplégie avec le caractère spasmodique qu'elle revêt aux membres inférieurs, l'insensibilité absolue qui s'étend à tout le membre inférieur gauche et à une grande partie de la moitié gauche du tronc, probablement aussi l'hypoesthésie partielle des membres inférieurs et certainement les troubles des fonctions vésico-rectales — dépendent de lésions médullaires, en majeure partie irréparables, qui intéressent à la fois la substance grise (ramollissement, myélite parenchymateuse disséminée) et la substance blanche (dégénérations secondaires).

Il se peut, toutefois, que des troubles vasculaires réparables prennent également une part à la production de ces désordres. Assurément, la compression des racines postérieures — à laquelle nous avons quelques chances de remédier — intervient dans le développement de certaines manifestations d'ordre irritatif, telles que les élancements douloureux dans les membres supérieurs, les sensations d'engourdissement et de fourmillement. Aussi, tout en n'entrevoyant pour la malade aucune chance de guérison radicale, il nous reste l'espoir d'atténuer ou de dissiper quelques-uns des désordres dont elle souffre. Dans ce but, il nous faudra d'abord chercher à enrayer le processus morbide vertébral, en combinant l'immobilisation avec la révulsion. L'emploi des révulsifs, sous la forme de pointes de feu, répondra également à l'autre indication que je vous signalais à l'instant, et

(1) F. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, année 1898-1899). 5e série. Leçon XXVIII, p. 521. Paris, 1901.

qui est d'agir sur la vascularisation des méninges et de la moelle, pour décongestionner ces parties. Nous aurons également à nous préoccuper de relever l'état général, en recourant aux agents reconstituants qu'on a coutume d'employer dans les cas de tuberculose pour rendre l'organisme réfractaire à l'infection et pour en anéantir le germe, si faire se peut : huile de foie de morue, simple ou créosotée; phosphates; sirop iodo-tannique; alimentation appropriée; plus tard, bains chlorurés sodiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mars 1902.

Prophylaxie de la diphtérie par les injections préventives de sérum.

M. Sevestre lit, à l'occasion d'un travail de MM. Netter, Bourges et Bergeron (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 39), un rapport dont voici le résumé :

Les injections préventives de sérum antidiphtérique produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie, sans donner jamais lieu à aucun accident sérieux. Quoique cette immunisation soit éphémère — elle ne dure que trois ou quatre semaines —, ces injections sont absolument indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants; cependant, lorsque ces enfants ont été séparés du milieu contaminé et que, de plus, ils sont surveillés par un médecin, on peut se dispenser de recourir aux inoculations.

Les injections préventives sont également indiquées chez les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital) dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie.

Même en l'absence de tout cas de diphtérie, ces injections peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (services de rougeole, de scarlatine, etc.); toutefois, pour la rougeole, l'action préventive paraissant moins certaine, les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées.

Plaie du crâne avec enfoncement des os et destruction du centre moteur cortical du membre supérieur gauche.

M. Routier communique l'observation d'un homme de quarante ans, qui fut atteint, à la suite d'un choc violent sur la tête, d'une paralysie complète du membre supérieur gauche, sans troubles de la sensibilité.

L'exploration du crâne ayant permis de reconnaître l'existence, au niveau de la région rolandique droite, d'une plaie contuse avec enfoncement des os, on pratiqua une trépanation qui donna accès sur des débris de substance cérébrale; ceux-ci ayant été soigneusement enlevés, on constata une perte de substance correspondant exactement au siège du centre cortical du membre supérieur. Un mois après cette intervention, le malade avait recouvré l'usage de son bras.

M. Le Dentu lit un rapport sur un travail de M. Fontan (médecin de la marine), relatif à 2 cas de plaie pénétrante du cœur, traités avec succès par l'intervention chirurgicale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 395). D'après le rapporteur, le nombre des opérations de ce genre serait à l'heure actuelle de 29, dont 8 ont été suivies de guérison.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 10 mars 1902.

Recherches expérimentales sur la vie biologique des « jumeaux chinois ».

MM. N. Vaschide et **Cl. Vurpas** adressent une note relative aux résultats de leurs expériences sur un xiphopage monomphalien, du sexe masculin, âgé de quatorze ans et connu sous le nom de « jumeaux chinois ».

Les deux sujets qui composent ce monstre sont bien constitués, et leurs fonctions s'accomplissent normalement. Mais le fait intéressant réside dans les différences que l'on observe de l'un à l'autre, au point de vue de la circulation, de la respiration, etc.

En effet, l'individu de droite (Liao-Toun-Chen) mesure 15 millimètres de plus que celui de gauche (Liao-Sienne-Chen); sa force musculaire est plus développée, sa capacité pulmonaire plus considérable, sa respiration et son pouls plus rapides; par contre, la pression radiale est un peu plus élevée chez le sujet de gauche, qui a aussi une sensibilité plus aiguisée et une habileté motrice plus grande. Néanmoins, il semble que c'est l'individu de droite qui donne généralement la note des actes à faire et qui est le « directeur » de ces deux vies biologiques réunies.

Sur la fonction lipolytique du sang.

MM. Doyon et **A. Morel** envoient une note dans laquelle ils exposent les résultats des recherches qu'ils ont entreprises dans le but d'étudier la fonction lipolytique du sang, et notamment de déterminer quelle est la partie du sang qui renferme le ferment lipolytique. Ils ont, pour cela, fait des dosages sur du sang ou du sérum recueillis aseptiquement et conservés, à l'abri de tout germe, à l'étuve à 37°.

Ces recherches leur ont montré que, dans le sang ainsi placé à l'étuve, le taux de substances solubles dans l'éther, ainsi que celui des acides gras combinés à l'état d'éther (graisses, lécithines, éthers de la cholestérine, etc.), diminue, sans augmentation correspondante de l'acidité du sang, ni de la proportion de la glycérine ou des acides gras. Cette diminution n'a lieu qu'en présence d'oxygène; elle est, en outre, liée à la présence des globules sanguins : en effet, on l'observe encore, mais à un faible degré, dans le sérum préparé par coagulation et renfermant ainsi quelques globules, tandis qu'elle ne se produit pas — ou ne se produit qu'à un degré insignifiant — dans le sérum centrifugé, c'est-à-dire complètement privé de globules.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mars 1902.

Intervention chirurgicale pour anévrysme de l'aorte.

M. Tuffier. — Je veux vous entretenir d'une tentative que j'ai faite pour extirper un anévrysme de la crosse de l'aorte. Il s'agissait d'une femme de quarante ans, sans antécédents syphilitiques, qui avait été envoyée dans mon service pour une petite tumeur faisant saillie dans le deuxième espace intercostal droit. Je constatai que cette tumeur était pulsatile et portai le diagnostic d'anévrysme de la crosse de l'aorte. M. Troisier, qui examina la malade, considéra la lésion comme localisée au niveau de la portion ascendante de la crosse, sans altérations aortiques généralisées. La radiographie montra que la poche était développée aux dépens de la face latérale droite de l'aorte. Nous fûmes enfin amenés à penser, grâce aux graphiques pris par M. Hallion, qu'il s'agissait d'un anévrysme sacciforme communiquant probablement avec l'aorte par un orifice étroit, et je me suis assuré, par l'examen d'un certain nombre de pièces du musée Dupuytren, que cet orifice de communication pouvait, en effet, être assez petit.

Le développement de la poche anévrysmale ayant pris une marche très rapide et l'ouverture à l'extérieur paraissant menaçante, je me crus autorisé, malgré la gravité de l'état de la malade, à tenter une intervention chirurgicale. La dissection de la tumeur fut relativement facile, quoiqu'il existât une adhérence intime avec la plèvre, ayant eu comme conséquence l'ouverture de la cavité pleurale. Je rencontrai seulement quelques difficultés en approchant de la portion de la paroi aortique sur laquelle s'implantait l'anévrysme. Ayant fait l'expression du contenu du sac, je plaçai une ligature sur l'orifice et serrai le fil très doucement; après cette ligature, j'en mis une seconde; néanmoins, comme je n'avais pas une grande confiance dans la solidité de mes ligatures, je ne réséquai pas le sac. Ce fut là une faute. L'opérée alla bien jusqu'au douzième jour, mais, à ce moment, la température commença à s'élever; je constatai alors, en explorant la plaie, qu'il y avait une gangrène du sac. Cette femme succomba, cinq jours plus tard, à une hémorrhagie secondaire consécutive à cette gangrène. Je suis donc en droit de penser que, si j'avais réséqué le sac, la guérison aurait pu être obtenue.

M. Poirier. — Les anatomo-pathologistes considèrent en général les anévrysmes sacciformes, qui pourraient être opérés, comme beaucoup plus rares que les anévrysmes fusiformes; en outre, ils estiment que les lésions de l'aorte sont telles, dans l'immense majorité des cas, qu'elles créent une contre-indication à toute intervention.

M. Delorme. — Il y a quelques années, j'ai étudié la question de la possibilité d'un traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte, et j'ai pu m'assurer qu'il y a des anévrysmes sacciformes pour lesquels la cure radicale semblerait pouvoir être tentée. J'avoue cependant que, depuis cette époque, le traitement des anévrysmes par la gélatine a donné de si bons résultats que je ne me croirais guère autorisé actuellement à opérer un anévrysme de l'aorte.

M. Reclus. — Je ne suis pas convaincu que le résultat de l'intervention de M. Tuffier eût été bon, même si notre collègue avait réséqué le sac. La paroi de l'aorte, au voisinage d'un anévrysme, est, en effet, tellement altérée, que la fermeture à l'aide d'une simple ligature me paraît tout à fait insuffisante.

M. Monod. — Je pense que, dans le cas où M. Tuffier ferait une nouvelle tentative opératoire sur un anévrysme de l'aorte, il serait peut-être préférable de renoncer à l'expression du contenu du sac dans l'aorte.

M. Tuffier. — L'examen histologique a montré que la lésion de l'aorte consistait en une perte de substance tout à fait localisée : autour de l'orifice de communication de la poche anévrysmale avec l'aorte, les tissus de la paroi étaient dans un état très satisfaisant et auraient permis une réparation complète après la ligature suivie de résection du sac et complétée par un capitonnage.

Des accidents de la chloroformisation.

M. Walther. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail qui nous a été adressé par M. Mougeot (de Chaumont), au sujet de la discussion récente sur la chloroformisation. Notre confrère a pu pratiquer plus de 3,000 narcoses chloroformiques sans avoir le moindre accident, ce qui témoigne de la prudence dont il a fait preuve dans l'administration de l'anesthésique.

M. Mougeot, dans son mémoire, ne s'est pas occupé de la question des troubles circulatoires. Je crois que, d'une façon générale, il faut toujours s'inquiéter de la pâleur du visage, et ne donner le chloroforme que lorsqu'on a vu la coloration normale se rétablir, sous l'action des frictions de la face. Il me paraît également indispensable, pour prévenir les accidents cardiaques, de surveiller très attentivement l'état du pouls.

Du choix du procédé dans la gastrostomie.

M. Quénu. — Partageant en cela l'avis que M. Monod a exprimé au cours de la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 84), je conserve une excellente opinion du procédé simple de gastrostomie, auquel on tend à préférer actuellement des procédés compliqués. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en constater les bons effets chez des malades que j'ai pu suivre pendant des périodes de temps assez longues.

M. Segond. — Je donne aussi, comme MM. Quénu et Monod, la préférence au procédé simple; je puis vous citer notamment le cas d'une femme chez laquelle j'ai pratiqué une telle gastrostomie, il y a dix-huit ans, et que j'ai revue ces jours derniers : j'ai pu vérifier que le résultat était toujours très satisfaisant.

Prolapsus recto-périnéal.

M. Gérard-Marchant. — J'ai eu à traiter une femme qui, à la suite d'une périnéorrhaphie, présentait un prolapsus recto-périnéal : la muqueuse rectale herniée à travers l'orifice périnéal formait une tumeur volumineuse qui s'étalait entre l'anus et la fourchette. J'ai eu recours,

pour remédier à cette infirmité, à un procédé un peu analogue à celui que M. Segond a préconisé pour les fistules recto-vaginales, et le résultat a été excellent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 7 et 14 mars 1902.

Sur les dangers du traitement mercuriel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique.

M. Marie appelle l'attention, au nom de M. Brissaud et au sien, sur les dangers du traitement mercuriel intensif chez les malades atteints de paraplégie spasmodique syphilitique. La cure hydrargyrique pourra être tentée au début, lorsque la paraplégie ne se traduit que par une gêne légère de la marche, ou encore chez un sujet qui vient d'être frappé brusquement d'une paralysie des quatre membres ou d'une paraplégie avec hémiplégie. Aux périodes plus avancées de la maladie, au contraire, lorsque, au bout de dix-huit mois ou deux ans, celle-ci a évolué vers la chronicité, on devra se tenir en garde contre les méfaits de la mercurialisation qui aggrave souvent les troubles moteurs au lieu de les atténuer; tout ce qu'il est permis de prescrire en pareil cas, ce sont des préparations hydrargyriques relativement peu actives, telles que les pilules de proto-iodure de mercure, les pilules bleues, le sirop de Gibert, l'huile biiodurée en injections, etc.

Ces observations s'appliquent également au type tabéto-spasmodique de la myélite syphilitique. Au contraire, dans le tabes et la paralysie générale, le traitement mercuriel intensif a souvent une action favorable, du moins au début de la maladie, ainsi qu'au commencement de la période d'état.

A propos de la contagiosité de la pelade.

M. Gaucher fait une communication dans laquelle il exprime l'avis que, si la pelade est très rarement et très difficilement contagieuse, c'est parce que cette contagiosité ne peut s'exercer qu'à la faveur d'un état de déséquilibration congénitale ou acquise du système nerveux. A l'appui de son opinion, l'orateur cite le fait d'une femme dont le mari avait la pelade et qui, se trouvant très déprimée à un moment donné, contracta elle-même cette maladie simplement pour s'être servie du peigne et de la brosse de son mari. M. Gaucher ajoute que l'agent pathogène de la pelade agit vraisemblablement surtout par ses toxines, et que c'est à la persistance de ces produits solubles qu'il faut attribuer les récidives que l'on voit si fréquemment survenir en l'absence de toute nouvelle contamination.

M. Vaillard (médecin militaire) relate l'observation d'une femme dont le fils contracta la pelade au régiment, et qui devint elle-même peladique après s'être coiffée à différentes reprises du képi de son fils. L'orateur rappelle, en outre, qu'il a trouvé sur un certain nombre de plaques de pelade un microbe dont les cultures, inoculées au lapin, donnaient lieu à des plaques décalvantes tout à fait comparables à celles de l'affection peladique.

M. Joffroy a vu une basedowienne qui, ayant eu un érysipèle de la face et du cuir chevelu pour lequel on dut lui raser la tête, se mit à porter une perruque ayant servi autrefois à une peladique et contracta ainsi une pelade très intense et très tenace. Partageant l'opinion de M. Gaucher sur la nécessité d'une prédisposition pour la contamination par la pelade, l'orateur admet que c'est surtout à l'état spécial de réceptivité créé par le goitre exophtalmique qu'il faut attribuer dans ce cas la transmissibilité de la maladie.

Des rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut.

M. Simonin (médecin militaire) communique une série de faits cliniques tendant à prouver que le bacille fusiforme et le spirille sont capables d'intervenir dans diverses maladies infectieuses ayant, comme caractère commun, d'altérer les épithéliums protecteurs. Parasites saprophytes des premières voies (bouche et conduits tubulés voisins), ces germes manifestent leur virulence en créant les lésions pseudo-membraneuses et ulcéreuses qui leur sont propres.

C'est ainsi qu'on les voit proliférer au cours ou pendant la convalescence des angines banales, dites idiopathiques, et que certaines nécroses pharyngées du début de la scarlatine, ainsi que les ulcérations de l'isthme secondaires à cette maladie, peuvent relever de ces mêmes bactéries, associées à un streptocoque de virulence variable.

Dans la diphtérie, le fuso-bacille et le spirille, s'ils sont prédominants dans les frottis de la pseudo-membrane, masquent parfois au début le bacille de Löffler virulent, que révèle la culture sur sérum et l'inoculation au cobaye. Les recherches de M. Babes ont montré, enfin, que dans le scorbut il existe, au niveau des gencives ulcérées, des germes rappelant le bacille fusiforme et le spirille.

Myxœdème fruste ou infantilisme.

M. Marie montre un homme de soixante-trois ans, dont l'un des testicules s'est atrophié, à la suite d'une compression accidentelle survenue il y a une trentaine d'années. Or, depuis sept ans, cet homme, qui est de petite taille mais dont les membres sont assez bien développés, a perdu complètement les poils des aisselles, du pubis et des autres régions du corps qui en sont naturellement couvertes. Il est assez difficile de dire si ce phénomène doit être rattaché à l'atrophie du testicule ou à un léger degré d'insuffisance de la glande thyroïde, en un mot s'il s'agit d'un myxœdème fruste ou d'infantilisme.

M. Widal. — J'ai observé récemment un épileptique de trente-sept ans, dont les testicules sont le siège d'une atrophie congénitale telle qu'ils ne sont pas plus gros que la moitié d'un haricot. Le développement physique de cet homme est, cependant, normal; il ne présente aucun signe d'infantilisme ni de féminisme; sa barbe est abondante et les poils sont fournis aussi bien au niveau du pubis que dans les aisselles.

Cette observation est à opposer aux arrêts de développement bien connus à la suite des castrations chirurgicales subies dans le jeune âge, de même qu'aux phénomènes de féminisme susceptibles d'apparaître chez l'adolescent et même chez l'adulte, comme conséquences d'orchites infectieuses généralisées et destructives.

Zona vrai récidivant.

M. Salomon relate, au nom de M. Hirtz et au sien, l'observation d'un homme de soixante-sept ans, qui depuis six années est atteint tous les ans, à peu près vers la même époque, d'une poussée de zona localisé à la fesse droite et précédé de douleurs névralgiques. La ponction lombaire ayant permis de constater à deux reprises que le liquide céphalo-rachidien était riche en leucocytes, il y aurait lieu de faire l'examen du liquide céphalo-rachidien dans tous les cas d'éruptions dites zostériformes, de façon à s'assurer si ces éruptions sont aussi différentes du zona vrai qu'on l'admet généralement. Quoiqu'il en soit, il semble bien résulter de ce fait que la prétendue immunité conférée par une première atteinte de zona est loin d'être absolue.

Forme fruste de la maladie d'Addison.

M. Guillain présente, au nom de M. Marie et au sien, un homme de soixante-seize ans, profondément cachectique, chez lequel on constate, au niveau du tronc, une mélanodermie très accentuée, respectant la face, les mains, les jambes et les pieds. Les muqueuses sont également indemnes. Il existe, en outre, chez ce malade, des signes de sclérose pulmonaire avec bronchectasie, mais on n'a jamais trouvé de bacilles dans les crachats. L'absence de prurit et de lésions de grattage ne permettant pas d'attribuer cette mélanodermie à la « maladie des vagabonds », on peut admettre qu'il s'agit ici, bien que le patient n'ait jamais éprouvé ni douleurs ni troubles gastriques, d'une forme fruste de maladie d'Addison.

M. Galliard communique l'observation d'un homme de soixante-trois ans, atteint d'une affection cardiaque avec œdème des membres inférieurs et hydrothorax, chez lequel se déclara d'abord une arthrite à pneumocoques du genou droit, laquelle fut traitée par des lavages de l'articulation au moyen d'une solution de sublimé, et ensuite une pneumonie mortelle du même côté.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 5 mars 1902.

Sur l'agent pathogène de la syphilis.

M. Max Joseph rend compte des recherches qu'il a faites sur ce sujet, avec M. Piorkowski.

Le fait que des syphilitiques d'ancienne date peuvent cohabiter pendant longtemps avec leur femme sans l'infecter, tandis que la contamination a lieu — soit pour la mère, soit pour l'enfant, soit pour l'un et l'autre — dès qu'une grossesse survient, permet de supposer que c'est le sperme qui est le véhicule du contage, et que celui-ci trouve dans le placenta un terrain très favorable à sa pullulation.

Se basant sur ces considérations, MM. Joseph et Piorkowski ont ensemencé des fragments stériles de placenta avec le sperme de 22 sujets syphilitiques dont l'infection était récente (de cinq semaines à trois ans et demi); ils ont vu se développer de la sorte des petites colonies visqueuses qui, d'un gris transparent et étalées en surface, au début, prenaient, au bout de trente heures, un aspect trouble et devenaient saillantes; ces colonies se composaient de bâtonnets renflés aux deux bouts, comme le bacille de la diphtérie, colorables par la méthode de Gram et ne résistant pas aux acides. Ces cultures pouvaient être transplantées sur divers milieux qui, ensemencés directement avec le sperme, restaient au contraire stériles.

Des essais de culture analogues, effectués avec le sperme de 5 individus atteints de syphylis ancienne et avec celui de 4 sujets non syphilitiques, ne donnèrent pas de résultat.

L'injection de cultures pures de ce microorganisme à la souris, au lapin et au cobaye ne détermina aucun phénomène morbide; un cochon de lait de quatre semaines, inoculé avec une culture sur bouillon, eut une éruption localisée à la partie postérieure du corps; mais, comme il mourut peu après de rouget, il est fort possible que ce soit à cette dernière affection qu'il faille attribuer les manifestations cutanées en question.

M. Jürgens croit que le microorganisme isolé par MM. Joseph et Piorkowski n'est autre que celui qui a été décrit déjà par M. van Niessen (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 199 et 447), et dont le rôle, en tant qu'agent pathogène de la syphilis, est très douteux. D'après l'orateur, on ne pourra considérer le problème de l'étiologie de la syphilis comme résolu que lorsqu'on aura trouvé un microorganisme dont tous les stades de développement se rencontrent dans la syphilis congénitale, seule forme où il ne puisse y avoir d'infection mixte.

M. Aronsohn trouve surprenant que le microbe de MM. Joseph et Piorkowski se développe si vite et si facilement sur les divers milieux, mais seulement après passage sur placenta. La rapidité même de ce développement est peu compatible avec l'hypothèse qu'il s'agit là du germe d'une affection aussi chronique que la syphilis.

M. Blaschko déclare extraordinaire qu'un microbe aussi volumineux et aussi facile à colorer ait échappé jusqu'ici aux observateurs.

M. Ritter fait observer que, si l'agent pathogène de la syphilis était transmis au fœtus par le sperme, on devrait le retrouver dans les organes des enfants atteints de syphilis congénitale; or, toutes les recherches faites dans cette voie ont échoué.

L'emploi du méta-arsinate d'aniline en dermatologie.

M. Schild fait une communication sur les bons effets obtenus avec le méta-arsinate d'aniline, dans le service de M. Lassar, contre diverses dermatoses, notamment le psoriasis et le lichen

ruber. Ce médicament doit être administré non par la bouche, car il peut déterminer des troubles gastriques, mais en injections hypodermiques ou intramusculaires : on peut injecter jusqu'à 1 c.c. d'une solution à 20 %, soit 0 gr. 20 centigr. de principe actif, mais c'est là une dose *maxima*; on suspendrait le traitement s'il survenait des signes d'intolérance (vertige, céphalée).

M. Blumenthal a fait des recherches expérimentales sur la toxicité de ce composé arsénical; il a pu s'assurer que, quand on arrive à produire des phénomènes d'intoxication, ceux-ci ressortissent à l'action propre de l'arsenic, et non à celle de l'aniline.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Nouvelles recherches sur le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, par MM. R. Polacco et E. Gemelli.

Les deux procédés les plus usuels de diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde consistent, comme on sait, dans la recherche de l'agglutination des bacilles d'Eberth par le sérum sanguin des malades qu'on suppose atteints de cette affection, et dans l'examen des fèces. On avait également proposé, dans le même but, la recherche des bacilles typhiques dans les taches rosées; mais ce moyen, ne paraissant pas donner de résultats certains, n'entra guère dans la pratique. Les expériences de M. Neufeld ont, cependant, montré qu'en employant des milieux de culture liquides, on parvient presque toujours (9 fois sur 10) à déceler facilement la présence du bacille d'Eberth dans les taches rosées. En se servant du même procédé, légèrement modifié, MM. Polacco et Gemelli ont recherché le bacille de la fièvre typhoïde dans les taches rosées, chez 50 malades traités à l'Hôpital-Majeur de Milan, et le résultat fut toujours positif. L'examen anatomique dans quelques cas, l'évolution clinique ultérieure de la maladie dans les autres, enfin la séroréaction — qui, souvent, n'a pu être obtenue que beaucoup plus tard — ont fait voir qu'il s'agissait réellement, chez tous ces patients, de la dothiénentérie.

Pour avoir un résultat positif, il est absolument nécessaire d'inoculer une parcelle du tissu qui entre dans la constitution de la tache rosée et de n'utiliser que des milieux liquides, les bacilles étant si peu nombreux dans les taches que les ensemencements sur des milieux solides restent toujours stériles. La piqûre que nécessite le procédé en question est tout à fait insignifiante; elle est très bien supportée, même par les femmes et les enfants.

MM. Polacco et Gemelli estiment que le moyen diagnostique dont il s'agit mérite d'autant plus d'être pris en considération qu'il n'est pas sans offrir certains avantages sur les méthodes bactériologiques habituellement employées en vue du diagnostic précoce de la dothiénentérie : d'une part, il serait beaucoup plus facile à réaliser que la recherche du bacille d'Eberth dans les selles et, d'autre part, il serait susceptible de donner des résultats positifs dès le début de la maladie, tandis que l'agglutination ne se montrerait que plus tardivement. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er février 1902.) — L. Ch.

La différenciation de la viande des diverses espèces animales à l'aide de sérums spécifiques, et l'application pratique de cette méthode à l'inspection des viandes, par M. Uhlenhuth.

L'auteur a institué une série de recherches en vue d'utiliser, pour l'inspection des viandes, le principe de la méthode de différenciation du sang humain d'avec celui des animaux, sur laquelle il a, le premier, attiré l'attention (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 66-67). Il a pu de la sorte obtenir, au moyen d'injections de sang chez le lapin, des antisérums spécifiques permettant de reconnaître la provenance d'une viande donnée. C'est ainsi qu'un lapin traité par le sang de porc fournit un sérum qui ne détermine la formation d'un précipité que dans un extrait de viande de porc, tandis que le sérum sanguin d'un lapin ayant reçu des injections de sang de chat n'agit que sur l'extrait de viande de chat. Comme pour la réaction biologique du sang, la parenté de certaines espèces animales se manifeste ici d'une façon très nette : le sérum d'un lapin traité par des injections de sang de cheval précipite l'extrait de viande de cheval et provoque un trouble dans l'extrait de viande d'âne. A l'aide d'injections de sang de mouton, on obtient un sérum qui détermine un trouble très marqué dans le liquide provenant de la viande de mouton, un trouble à peu près aussi intense dans l'extrait de viande de chèvre et un nuage moins accusé dans l'extrait de viande de bœuf.

Le procédé dont il s'agit présenterait une valeur particulièrement considérable dans certains pays, comme le Japon, où, la viande étant vendue en menus morceaux, il est souvent fort difficile de déterminer, à la simple inspection, l'espèce animale dont elle provient. Mais la réaction biologique peut aussi être appelée à rendre de bons services même dans nos contrées, en particulier pour ce qui concerne l'examen de la viande hachée, qui peut contenir des viandes de qualité inférieure (cheval, chien, chat). Au moyen de ses sérums spécifiques, M. Uhlenhuth a pu déceler immédiatement, dans ces sortes de mélanges, les viandes en question, toutes les fois qu'elles y entraient pour une part tant soit peu considérable.

L'auteur a fait également des recherches sur des saucissons et sur des viandes fumées. Le procédé n'est naturellement pas applicable à des saucissons préparés avec de la viande cuite, car, sous l'influence de la cuisson, les albuminoïdes susceptibles de donner la réaction s'altèrent. Mais il n'en est pas de même pour les viandes fumées, et M. Uhlenhuth parvint facilement à déterminer la provenance de jambons de cheval et de porc, dont quelques-uns dataient d'un an.

Quant à la technique de l'examen lui-même, elle est fort simple. Il suffit de racler une certaine quantité de la viande incriminée et de la mettre dans un récipient contenant de l'eau ou une solution physiologique de chlorure de sodium. Au bout d'un laps de temps plus ou moins long, et si l'on a soin d'agiter souvent et énergiquement le récipient, une partie des albuminoïdes de la viande se dissout, ce qu'on reconnaît à ce que le liquide mousse fortement quand on agite le flacon. Cette dissolution nécessite beaucoup de temps pour se faire, mais on peut abréger la durée de cette opération préliminaire en additionnant le liquide d'un peu de chloroforme, ce qui permettrait d'obtenir la réaction au bout de quelques minutes. Le liquide albumineux, ainsi préparé, étant généralement fort trouble, on doit le filtrer à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'il devienne tout à fait clair. Si la dissolution a été obtenue avec de l'eau ordinaire, il faut encore la dédoubler au moyen d'une solution de chlorure de sodium à 14 ‰, de manière à avoir, finalement, un liquide très faiblement teinté en jaune. Il suffit d'ajouter, à 3 c.c. environ de ce liquide, de 10 à 15 gouttes du sérum spécifique correspondant pour constater la production d'un trouble permettant de déterminer l'espèce animale à laquelle on a affaire.

L'auteur se propose de poursuivre ses recherches, afin d'élucider si la réaction ne serait pas plus sensible dans le cas où l'on injecterait au lapin, au lieu de sang, de l'extrait de viande de l'animal en question. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 novembre 1901.) — L. Ch.

Deux cas de corps étrangers des sinus de la face, par M. Löhnberg.

On a publié jusqu'à ce jour 6 observations seulement de corps étrangers des sinus de la face : 5 fois c'est le sinus maxillaire qui était intéressé, et une fois le sinus sphénoïdal. Or, l'auteur vient d'observer à son tour des complications consécutives à la présence de corps étrangers soit dans le labyrinthe ethmoïdal, soit dans le sinus frontal; la symptomatologie provoquée par la présence de corps étrangers variant d'un sinus à l'autre, ces deux faits peuvent être considérés comme une contribution fort intéressante à l'étude des corps étrangers des sinus de la face.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante ans, qui était atteint d'une obstruction totale de la fosse nasale droite. A l'examen, on trouva celle-ci remplie de polypes qui s'étendaient du vestibule jusque dans le naso-pharynx. Ces polypes une fois extirpés, on constata au moyen de la sonde, dans la région des cellules ethmoïdales antérieures, la présence d'un corps dur, peu mobile, dont une partie semblait dépasser le niveau de la lamelle ethmoïdale interne, tandis que l'autre, plus volumineuse, était enclavée dans les cellules du labyrinthe ethmoïdal. Après quelques tentatives, on réussit à extraire ce corps étranger à l'aide d'une pince : c'était une plaque de fer recourbé, ayant 2 millimètres d'épaisseur. Le malade déclara alors que vingt ans auparavant, étant à la chasse, son fusil avait fait explosion, et qu'une partie du canon (à cette époque les canons de fusils se faisaient encore en fer) avait pénétré dans son œil droit qui avait été complètement détruit; il est probable qu'après avoir lésé l'œil, ce fragment de métal avait perforé la lame papyracée et s'était arrêté dans le labyrinthe ethmoïdal, et c'est à l'irritation prolongée exercée par sa présence qu'il faut attribuer la formation des nombreux et volumineux polypes dont la fosse nasale droite était le siège.

Le deuxième malade avait reçu, au cours d'une rixe, un coup de tourne-vis au niveau de la région frontale droite, un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil correspondant. Quelque temps après, il eut une forte hémorrhagie buccale et nasale qui, au bout de quelques jours, fit place à une sécrétion très fétide, accompagnée d'un mal de tête violent. Lorsque, en changeant le premier pansement, on fit une injection dans la plaie frontale, l'eau s'écoula par le nez; une sonde introduite par la plaie fut également sentie dans la fosse nasale droite. L'examen rhinoscopique révéla l'existence d'un trajet fistuleux autour de la tête du cornet moyen; le méat moyen et le naso-pharynx étaient remplis de pus fétide; la percussion de la région frontale droite était douloureuse. On porta le diagnostic d'empyème du sinus frontal droit et on pratiqua l'ouverture de ce sinus par la voie externe. Une première inspection de la cavité ne montra rien d'anormal, sauf une légère tuméfaction de la muqueuse; mais un examen plus attentif permit de constater, au niveau de l'orifice frontal de l'infundibulum, dont la muqueuse avait un aspect granuleux, la présence d'un petit corps mou, qu'on retira immédiatement. C'était un lambeau de feutre qui avait été arraché du chapeau du patient au cours de la rixe et que le coup avait fait pénétrer dans le sinus à travers la plaie. Après avoir nettoyé le sinus, on introduisit dans le canal naso-frontal un drain en caoutchouc qu'on remplaça au bout de trois jours par une bandelette de gaze. Deux semaines plus tard, la guérison était complète. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 novembre 1901.) — S. J.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Infection mixte typhique et malarienne, par M. R. Fiocca.

La coexistence de la dothiénentérie et de la fièvre paludéenne chez le même sujet n'étant pas fréquente, et l'interprétation des exemples qui en ont été publiés n'étant pas univoque, nous croyons devoir résumer le cas relaté par M. Fiocca.

Il s'agit d'un jeune homme de quatorze ans qui, quatre semaines après un accès de fièvre malarique à type quotidien ayant duré quinze jours, eut une nouvelle affection pyrétique pour laquelle il dut se faire admettre une seconde fois à l'hôpital. Songeant à une rechute du paludisme, on fit la recherche de l'hématozoaire, mais en vain; par contre, la séroréaction de Widal était des plus nettes : de $1/30$ au début, elle passa à $1/100$ au trente-quatrième jour et même à $1/500$ par la suite. C'était donc à une fièvre typhoïde qu'on avait affaire. Cette maladie suivit son cours normal, et, après sept semaines environ — durant lesquelles on rechercha en vain chaque jour, sauf de très rares exceptions, le parasite du paludisme —, l'apyrexie était complète.

Huit jours plus tard, le thermomètre s'éleva brusquement, après un frisson, à 39°8, et l'on constata dans le sang de nombreux hématozoaires (formes discoïdales et annulaires); on

administra aussitôt de la quinine par voie sous-cutanée et cette médication fut continuée toute une semaine. La température se maintint au-dessous de 37° pendant les six premières journées; à ce moment, on crut pouvoir permettre une légère alimentation solide; mais aussitôt le thermomètre marqua de petites oscillations autour de 37°, pour s'élever progressivement, les jours qui suivirent, jusqu'à 39°2. Cette rechute de la fièvre typhoïde — car le sang, examiné quotidiennement, ne renfermait plus aucun hématozoaire — évolua en onze jours, puis tout rentra dans l'ordre pour plus d'une semaine; au bout de ce temps, un nouvel accès malarien, avec nombreux parasites dans le sang, vint interrompre une dernière fois la régularité de la courbe thermique; mais le traitement quinique en eut facilement raison et, dès lors, la guérison se maintint.

Comme le fait observer l'auteur, cette observation démontre purement et simplement la coexistence, chez le même individu, de la malaria et de la dothiénentérie, chacune de ces deux infections ayant conservé ses caractères propres : leur fusion en une entité morbide spéciale, le typho-paludisme, demeure entièrement hypothétique. (*Policlinico*, partie méd., septembre 1901.) — F. F.

De l'urobilinurie après la chloroformisation, par M. A. Oliari.

Nombre d'auteurs ont étudié les modifications que l'on observe dans la composition des urines à la suite de l'anesthésie chloroformique; mais si la plupart ont signalé l'albuminurie, un seul jusqu'ici, Grübe, aurait cité l'urobilinurie. Aussi M. Oliari a-t-il cru devoir reprendre l'étude de cette dernière partie de la question, en soumettant à une analyse minutieuse les urines de 25 sujets ayant subi sous chloroforme des interventions de gravité très variable, depuis l'excision d'un simple fragment de muscle, en vue de l'examen histologique, jusqu'à des laparotomies. Le dosage de l'urobiline était pratiqué au moyen du spectroscope; il était fait d'une part sur les urines émises la veille de l'opération, d'autre part sur celles qui étaient excrétées quelques heures après l'acte chirurgical, ainsi que les jours suivants.

Par ces recherches, l'auteur a pu s'assurer que non seulement l'urobilinurie augmente toujours après la chloroformisation, mais encore que cette augmentation peut persister, voire même en s'accroissant, pendant deux ou trois jours, et quelquefois plus.

Quant à la pathogénie de cette hyper-urobilinurie, M. Oliari pense qu'il faut l'attribuer à l'action destructive exercée par le chloroforme sur les globules rouges du sang; son mécanisme ne différerait pas de celui de l'hémoglobinurie qu'on observe parfois dans les mêmes conditions, et qui correspondrait seulement à la destruction d'un plus grand nombre d'hématies, ayant pour conséquence le passage direct de l'hémoglobine, sans modification, à travers l'émonctoire rénal. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, septembre 1901.) — F. F.

Une forme particulière de réaction électrique anormale, par M. V. Capriati.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un jeune homme de quinze ans, atteint d'une polynévrite se traduisant par des symptômes sensitifs et moteurs, et chez lequel l'examen électrique révélait une particularité curieuse: quand on appliquait l'électrode négative sur certains muscles présentant avec plus d'intensité que les autres la réaction de dégénérescence (deltoïde, biceps brachial, extenseur commun des doigts) — l'électrode positive étant maintenue sur le sternum ou la nuque —, les contractions, au lieu de rester de même intensité comme c'est la règle quand le courant ne varie pas, ne tardaient pas à devenir de plus en plus énergiques, au point de réaliser finalement de véritables secousses convulsives; si, à ce moment, on renversait le sens du courant, le phénomène inverse se produisait, c'est-à-dire que les contractions étaient de moins en moins fortes et finissaient même par disparaître tout à fait; on pouvait recommencer plusieurs fois de suite l'expérience, et toujours avec le même résultat.

Il s'agirait là d'une forme non encore signalée de réaction des muscles au courant galvanique, forme que M. Capriati propose d'appeler *réaction antagoniste*. L'auteur l'a rencontrée également chez un autre malade, affecté de névrite urémique, et là encore le phénomène ne se produisait qu'au niveau des muscles les plus atteints. Aussi pense-t-il que la connaissance de ce signe peut rendre des services dans certains cas graves où le diagnostic, faute d'éléments différentiels suffisants, hésite entre une polynévrite et une poliomyélite. (*Ann. di nevrologia*, XIX, 3.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

Grossesse en cas d'utérus double, par M. A. Novicov.

L'auteur relate trois observations qui mettent en évidence la possibilité de l'imprégnation d'un second œuf, en cas d'utérus double, alors que l'une des matrices se trouve déjà à l'état de gravidité, fait qui a souvent été mis en doute.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une multipare âgée de trente-quatre ans qui, immédiatement après un accouchement survenu avant terme, remarqua l'existence, dans la moitié gauche de son abdomen, d'une tumeur solide et mobile, mais reprenant toujours la même position après chaque déplacement. Une sage-femme consultée quinze jours plus tard diagnostiqua une grossesse de sept mois. Fort surprise de ce diagnostic, la patiente alla trouver un médecin, qui confirma l'existence d'une grossesse. Cette femme objectant qu'elle avait récemment accouché, le médecin lui déclara qu'elle s'était certainement trompée et qu'elle n'avait pu accoucher quelques semaines auparavant, puisqu'elle était enceinte. Au bout de deux mois, elle mit au monde un enfant bien portant et à terme, et la tumeur abdominale disparut.

La seconde observation a trait à une multipare de quarante ans chez laquelle Mme S. V. Nikolska, accoucheuse du semstvo, diagnostiqua une présentation des fesses. La patiente ne tarda pas à accoucher spontanément d'un enfant vivant et à terme; on vit ensuite se dégager, en entier, un œuf avec un fœtus de trois mois, puis un placenta normalement développé.

Enfin, M. Novikov a eu lui-même l'occasion d'observer et d'examiner une femme qui vint le consulter, un mois environ après avoir accouché d'un enfant ayant vécu neuf jours, et qui avait, trois ans auparavant, mis au monde d'abord un enfant mort-né, mais à terme, puis, quarante-sept jours plus tard, un garçon également à terme et qui est resté en vie. Cette femme se plaignait d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre avec douleurs et prurit au niveau des organes génitaux externes. A l'examen, on constata l'existence, sur les parois vaginales antérieure et postérieure, de larges replis proéminents insérés sur la ligne médiane, dans toute l'étendue du tiers inférieur du vagin. Ces replis représentaient évidemment des vestiges de la cloison vaginale qui s'était déchirée pendant un accouchement. Sur un col utérin unique on apercevait, d'une façon très nette, deux orifices externes correspondant à deux canaux cervicaux distincts, et dont l'un laissait sourdre du sang, tandis que par l'autre, légèrement exulcéré, s'écoulait une sécrétion purulente. A l'exploration bimanuelle, le corps de la matrice située dans la moitié droite du bassin se montra augmenté de volume, comme s'il s'agissait d'un utérus gravide au troisième mois. Cet utérus se laissait amener vers la ligne médiane, mais dès qu'on l'abandonnait à lui-même, il retombait du côté droit du bassin. Dans la moitié gauche du pelvis, la palpation dénotait la présence d'une autre matrice, normale comme volume. Les corps des deux utérus étaient complètement séparés l'un de l'autre sur toute leur étendue, et cette séparation commençait à angle aigu, au niveau du col qui seul était commun. L'auteur diagnostiqua une subinvolution de l'utérus droit avec endométrite cervicale de la matrice gauche.

Ces trois faits montrent qu'une femme peut accoucher peu de temps après un accouchement à terme ou après un avortement, et qu'en pareille occurrence il y a lieu de soupçonner l'existence d'un utérus double, hypothèse qui fut vérifiée dans la troisième observation et qui, même en l'absence de toute exploration directe, paraît cependant la seule plausible pour les deux premiers cas.

En ce qui concerne les diverses combinaisons qui peuvent se présenter dans ces conditions, M. Novikov estime que si, à l'époque du premier accouchement, le second utérus se trouve dans un état de gravidité assez avancée et possède déjà un placenta, cette grossesse peut être menée à terme; par contre, dans les cas où le placenta n'a pas encore eu le temps de se former, l'accouchement qui se produit pour l'une des matrices entraîne en même temps l'avortement de l'œuf fixé dans la seconde. (*Journ. akouch. i. jensk. boliézn.*, septembre 1901.) — L. CH.

Pemphigus congénital syphilitique sans lésions de la paume des mains et de la plante des pieds, par M. V. Joukovsky.

La localisation du pemphigus des nouveau-nés aux régions palmaires et plantaires est généralement considérée comme un signe pathognomonique de la syphilis héréditaire précoce; par contre, toute éruption bulleuse généralisée, mais qui respecte la paume de la main et la plante du pied, est d'habitude rattachée à ce qu'on appelle le *pemphigus simple des nouveau-nés*. Or, à en juger d'après l'observation publiée par M. Joukovsky, cette distinction n'aurait pas la valeur absolue qu'on lui attribue, de sorte qu'on ne saurait baser toujours le diagnostic de la spécificité des lésions dont il s'agit uniquement sur leur siège.

Le cas relaté par l'auteur a trait à une fillette bien conformée, mais chez laquelle on constata, dès la naissance, la présence d'une éruption cutanée constituée par des bulles à contenu épais et puriforme, dont les unes, mesurant jusqu'à 1 centim. 1/2 de diamètre, occupaient surtout l'abdomen, le dos et la région tibio-tarsienne, tandis que d'autres, plus petites, recouvraient à peu près toute la peau du front, des tempes et de la nuque. Les régions palmaires et plantaires étaient indemnes de tout exanthème, et la peau n'y présentait pas la moindre altération, sauf deux ou trois petits abcès siégeant, sur le membre inférieur droit, tout à fait à la limite de la plante et du dos du pied. On nota, en outre, l'existence d'une hypertrophie de la rate et d'une alopécie très étendue et particulièrement marquée dans le voisinage du front et du vertex.

Les bulles ne tardèrent pas à s'ulcérer et à donner lieu à des hémorrhagies punctiformes, en même temps que se déclaraient une aphonie complète accompagnée de coryza et un ictère à évolution très rapide. De plus, il se montra bientôt, autour de la bouche, des rhagades syphilitiques typiques. La petite malade finit par succomber au bout d'une dizaine de jours et l'autopsie ne fit que confirmer le diagnostic clinique de syphilis congénitale. La mère avait déjà eu, du reste, deux fausses couches, et, sur ses 4 autres enfants, 3 étaient morts peu après leur naissance; dans les antécédents de cette femme, on notait l'existence d'une « éruption sur le corps, accompagnée d'un mal de gorge », sur la nature de laquelle il n'y avait pas à se méprendre. Il s'agissait évidemment d'une syphylis maternelle ancienne, qui n'avait pas empêché l'enfant de naître à terme et bien conformée, tout en compromettant fortement la résistance vitale de ses organes, dont l'insuffisance se déclara dès le premier jour de la vie extra-utérine.

Quoi qu'il en soit, le caractère spécifique du pemphigus chez la fillette en question ne saurait faire l'objet d'aucun doute, malgré sa localisation anormale. Le fait mérite d'autant plus d'être retenu que, dans la littérature médicale, l'auteur dit n'avoir trouvé qu'un cas analogue, publié par Labat; et encore dans cette dernière observation l'autopsie ne décela-t-elle aucune lésion caractéristique dans les viscères, et le diagnostic de syphilis fut-il établi uniquement sur les antécédents de la mère, une syphilitique avérée, ayant auparavant accouché, deux fois, d'enfants mort-nés. (*Méd. Obozr.*, octobre 1901.) — L. CH.

L'agglutination comme procédé de diagnostic de la morve, par M. N. Pokchichevsky.

Le diagnostic clinique précoce de certaines formes de la morve étant souvent très difficile, et la valeur que présente, à cet égard, la réaction aux injections de malléine paraissant depuis quelque temps moins absolue qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici, l'auteur a entrepris, sous

l'inspiration de M. Diatropov, à l'Institut bactériologique d'Odessa, une série de recherches en vue de déterminer jusqu'à quel point il convient de compter sur le sérodiagnostic de la morve (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 61). A cet effet, il a examiné le sérum sanguin de 16 chevaux sains et de 8 chevaux morveux, dont 2 reçurent des injections de malléine.

En ce qui concerne les chevaux sains, M. Pokchichevsky a constaté que l'agglutination ne se produit pas avec des dilutions de sérum à 1 pour 300. Par contre, le sérum sanguin des chevaux atteints de morve donnait, à l'examen microscopique, une agglutination très nette, alors même que la dilution était poussée jusqu'à 1 pour 1,000. Macroscopiquement, l'agglutination restait encore facile à percevoir, tant que le titre de la dilution ne dépassait pas 1 pour 500.

D'autre part, des examens du pouvoir agglutinant du sérum sanguin, répétés sur 2 chevaux morveux avant et après injection de malléine (au moment de l'intensité maxima de la fièvre réactionnelle), ont montré que, sous l'influence de ces injections, le pouvoir agglutinant augmente du simple au double, de sorte qu'on peut obtenir l'agglutination avec une dilution à 2 pour 1,000, voire même parfois à 3 pour 1,000. Ce fait semble parfaitement cadrer avec l'opinion d'après laquelle l'agglutination serait une des expressions de la défense de l'organisme. Il paraît, en outre, résulter des expériences de M. Pokchichevsky que l'introduction de malléine dans l'économie est susceptible d'augmenter la quantité d'agglutinines, même en l'absence de toute réaction thermique. (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, octobre 1901.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La cautérisation étoilée de la cornée comme moyen de traitement conservateur des hydrophtalmies.

Si l'énucléation du globe oculaire ne s'impose pas toujours dans les cas d'hydrophtalmie, il n'en reste pas moins que l'augmentation pathologique du volume de l'œil, qu'il s'agisse d'hydrophtalmie congénitale proprement dite ou bien de staphylômes, nécessite d'autres interventions sanglantes, telles que l'iridectomie avec ou sans extraction du cristallin, voire l'amputation du segment antérieur de l'œil. Or, comme ces amputations ne donnent pas des résultats tout à fait satisfaisants, qu'elles exposent à l'ophtalmie sympathique et exigent, dans la suite, le port d'un œil de verre, M. le docteur Dianoux, professeur de clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine de Nantes, a eu l'idée de leur substituer un procédé qui, tout en étant exempt de ces inconvénients, est beaucoup plus facilement accepté par l'entourage du malade : il consiste à ramener le volume de l'œil à peu près à la normale en n'agissant que sur la cornée, et exclusivement au moyen du thermocautère.

Notre confrère fait d'abord une cautérisation très superficielle, en dessinant, avec la pointe chauffée au rouge sombre, une étoile dont tous les rayons commencent un peu en deçà des limites de la cornée et convergent vers le centre de cette membrane. Le nombre de ces lignes varie naturellement selon l'étendue de la surface de l'ectasie; en tout cas, il faut laisser entre elles un espace d'au moins 1 millimètre, afin d'éviter la nécrose. Ces premières cautérisations effectuées, on repasse par les mêmes raies jusqu'à ce qu'on ait traversé les deux tiers, au moins, de l'épaisseur de la cornée. On trace alors, au centre, un cercle d'environ 2 millimètres de rayon (ou même plus si la dilatation est très considérable), que l'on évide progressivement en cône; puis, avec la pointe du thermocautère portée brusquement au rouge vif, on en perfore le centre et on laisse s'écouler l'humeur aqueuse. Pour terminer, on saupoudre la cornée de bismuth et on place un bandeau compressif qu'on ne renouvelle qu'au bout de trois jours; on change ensuite le pansement matin et soir, en ayant soin de procéder, chaque fois, à un nettoyage à l'eau bouillie et d'instiller quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine et à la cocaïne.

Dans le cas où le volume de l'œil est encore excessif trois mois après l'intervention, M. Dianoux fait une seconde cautérisation et assure, au besoin, l'évacuation de la chambre antérieure pendant plusieurs jours, en introduisant un stylet mousse au centre du cône. En outre, s'il y a un excès de tension, il est bon de pratiquer, deux fois par jour, le massage de l'œil.

On ne doit pas réduire par trop, d'emblée, le volume du globe oculaire, de crainte que l'atrophie ultérieure ne dépasse le but, et cela surtout lorsqu'on a affaire à une hydrophtalmie congénitale de date ancienne, le coussinet cellulo-graisseux rétrobulbaire étant, en pareille occurrence, définitivement atrophié par suite de la pression du globe ectasié. Chez l'adulte, l'atrophie trop considérable de l'œil est beaucoup moins à craindre que chez l'enfant; aussi peut-on ramener, dès la première opération, le globe à la dimension voulue.

L'intervention dont il s'agit sera ultérieurement complétée, à l'occasion, par un tatouage artistique; mais il va sans dire que celui-ci ne sera pratiqué que lorsque toute trace d'irritation aura disparu.

Tétanos à la suite d'injections sous-cutanées de gélatine.

Dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux de Budapest, MM. les docteurs Ch. Hochhalt et M. de Herczel ont communiqué l'observation d'une femme atteinte de maladie de Banti et à laquelle on fit une splénectomie. Cette malade ayant antérieurement présenté des hémorrhagies fréquentes, l'opération fut précédée et suivie d'une injection hypodermique d'une solution bouillie de gélatine à 2 %, pratiquée à titre préventif. Les suites opératoires furent d'abord normales; mais, au septième jour, la patiente éprouva une sensation de raideur à l'endroit sur lequel avaient porté les piqûres, et dans le courant de la même journée on vit se déclarer tous les symptômes caractéristiques du tétanos (trismus, opisthotonos, emprosthotonos, etc.). Malgré une injection de sérum antitétanique, la mort survint le lendemain.

Ce fait cadre bien avec les recherches bactériologiques qu'ont récemment instituées, d'une part, MM. les docteurs E. Levy, professeur extraordinaire de bactériologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, et H. Bruns, assistant à l'Institut d'hygiène de ladite Faculté, et, d'autre part, M. le docteur Schmiedicke (médecin militaire allemand), recherches qui ont démontré que la gélatine du commerce pouvait contenir des bacilles du tétanos.

De son côté, M. le docteur Laszlo Deutsch (de Budapest) a étudié, au point de vue bactériologique, la gélatine dont on s'était servi dans le cas relaté par MM. Hochhalt et de Herczel. Quoiqu'il l'eût fait bouillir pendant cinq minutes, il y constata, au bout de quelques jours, la présence de colonies opaques d'anaérobies sporifères. M. Deutsch en conclut que l'ébullition, durant cinq minutes, ne suffit pas à stériliser la gélatine et qu'il faut maintenir celle-ci, pendant un quart d'heure environ, dans l'autoclave à la température de 105° ou 106°. Pour plus de sûreté, notre confrère recommande, avant de procéder à la stérilisation, d'ajouter à la solution de gélatine une petite quantité de culture du *Bacillus subtilis*: ce microorganisme étant plus résistant que l'agent pathogène du tétanos, on pourrait employer sans crainte la gélatine qui, après un séjour de deux à trois jours à l'étuve, n'aurait donné lieu à la formation d'aucune colonie microbienne.

Malheureusement, le mécanisme de l'action hémostatique de la gélatine étant encore loin d'être complètement élucidé, on ne saurait, pour le moment, affirmer que les propriétés coagulantes de ce produit ne se trouveraient point modifiées sous l'influence du chauffage au-dessus de 100°.

La pyoctanine bleue contre les ascites d'origine cardiaque ou rénale.

Un médecin russe, M. le docteur E. Loustverk, s'est très bien trouvé, dans les cas d'ascite d'origine cardiaque ou rénale, de l'emploi de la pyoctanine bleue à la dose quotidienne de 0 gr. 03 centigr., divisée en trois cachets. Sur 11 malades traités de la sorte, 2 ne tardèrent pas à renoncer à l'usage de la pyoctanine, en raison des nausées que provoquait chez eux ce médicament; mais chez les 9 autres — pour lesquels on avait auparavant essayé en vain les moyens habituellement utilisés en pareille occurrence (digitale, strophantus, etc.) — on constatait déjà, au bout de quelques jours, une amélioration sensible, se traduisant par la disparition des œdèmes et de la dyspnée, ainsi que par l'atténuation des bruits anormaux du cœur. D'après notre confrère, les bons effets de la pyoctanine s'expliqueraient par l'influence favorable que cette substance semble exercer sur la diurèse et sur l'activité des glandes sudoripares.

Afin d'éviter les troubles gastriques, M. Loustverk recommande de n'administrer la pyoctanine que trois heures, au moins, après le repas.

L'ulcère de la face postérieure de la cornée et son traitement.

On admet généralement que l'ulcère de la cornée a toujours pour point de départ les couches antérieures de cette membrane et que l'accumulation du pus dans la chambre antérieure n'est que la conséquence du processus destructif. Or, en étudiant l'anatomie pathologique de la kératite purulente, M. le docteur Elschnig est arrivé, au contraire, à la conclusion que, s'il existe un rapport de cause à effet entre ces deux phénomènes, c'est non pas l'ulcération de la cornée, mais l'hypopyon, qui joue le rôle primitif, le contact du pus contenu dans la chambre antérieure amenant une altération des cellules épithéliales de la membrane de Descemet et déterminant ainsi une perte de substance du côté de la face postérieure de la cornée.

Cette conception, basée exclusivement sur des constatations anatomiques, s'est trouvée justifiée cliniquement dans 2 cas qu'a eu l'occasion d'observer un oculiste autrichien, M. le docteur S. Klein (de Vienne), et dans lesquels il existait un ulcère de la face postérieure de la cornée, sans que la face antérieure de cette membrane eût subi la moindre altération destructive.

Il va sans dire que la plupart des moyens de traitement qu'on emploie habituellement contre l'ulcère cornéen, tels qu'instillations d'atropine ou de cocaïne, lavages antiseptiques, applications d'iodoforme, cautérisation ignée, etc., ne peuvent pas avoir de prise sur la lésion qui débute par la face postérieure de la cornée. La kératotomie de Sämisch, à laquelle on ne se décide généralement qu'en dernier lieu dans les cas d'ulcère ordinaire, s'impose ici d'emblée. Le pus une fois évacué, il faut encore, dans la suite, rouvrir la plaie à plusieurs reprises pour donner issue au liquide purulent nouvellement formé; puis, dès que la suppuration est tout à fait tarie, la cicatrisation ne tarderait pas à s'établir. Après avoir pratiqué l'opération de Sämisch, M. Klein a eu recours, avec succès, à la faradisation, pour calmer les douleurs ciliaires, qui persistaient malgré la paracentèse de la cornée.

Traitement de la scarlatine par l'usage externe et interne du sublimé.

Un médecin de Costa-Rica, M. le docteur F. J. Rucavado (de San José), s'est très bien trouvé, au cours d'une épidémie de scarlatine, de lotions pratiquées sur tout le corps avec une solution de bichlorure de mercure à 1 ‰, employée chaude ou froide, suivant les circonstances. Notre confrère ordonne ces lotions dès le début de la maladie et les fait continuer même pendant la première quinzaine de la convalescence. Sous l'influence de ce moyen, qui semble agir d'une façon très favorable sur l'état général des patients, la desquamation se trouverait réduite au minimum, et parfois même elle ferait complètement défaut, sans compter que l'épiderme exfolié serait de la sorte soumis à une désinfection énergique, ce qui est loin d'être indifférent au point de vue prophylactique.

Outre les lotions, M. Rucavado prescrit aussi le sublimé à l'intérieur, mais à des doses qui nous paraissent trop élevées pour que nous puissions les recommander (il fait prendre, toutes les trois heures, jusqu'à 0 gr. 008 milligrammes de sublimé). Le traitement en question aurait pour résultat d'abréger considérablement la durée de l'affection, tout en atténuant la gravité de celle-ci et en rendant les complications moins fréquentes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Les suppurations de la zone sous-phrénique.

Un homme de cinquante-trois ans, grand, vigoureux et jusqu'alors de santé parfaite, est pris subitement d'une douleur aiguë à la base droite du thorax, de fièvre, de frissons; on croit d'abord à une pleurésie diaphragmatique, puis à une fièvre typhoïde, puis à une cholécystite. Cependant, les accidents s'aggravent et se prolongent, et quand nous voyons le malade, avec notre collègue, M. Launois, la fièvre reparaît chaque soir, souvent accompagnée de sueurs profuses; le facies est amaigri, terreux; la base du thorax, manifestement évasée, est le siège d'une douleur diffuse, surtout marquée au niveau du rebord costal; sous ce rebord, on sent mal, à travers la paroi contracturée, une masse irrégulière qui se continue dans le flanc; la matité remonte, en avant, jusqu'à la cinquième côte, en arrière, jusqu'à l'angle de l'omoplate; au-dessus de cette vaste zone, la respiration s'entend, presque normale. Nous pensons à un abcès sous-phrénique, et l'intervention a lieu le 5 janvier 1901.

J'incisai d'abord en avant : sur cette voussure épaisse et douloureuse, qui débordait largement le rebord costal, je fis une incision verticale au milieu du muscle droit, j'entrai dans le péritoine, je trouvai libres le bord antérieur et la face convexe du foie. Pour remonter plus haut, j'excisai en coin les neuvième et huitième cartilages costaux, sur une longueur de 4 centimètres. J'avais ainsi facile accès jusque sous la voûte diaphragmatique : en arrière et en haut, très loin, hors d'atteinte, je reconnus au doigt une sorte de cloison hépato-diaphragmatique; c'était le foyer, mais trop éloigné, trop profond, pour être accessible par voie antérieure.

Je refermai la plaie et j'incisai, sur la ligne axillaire postérieure, le long de la neuvième côte ; 10 centimètres de cet os sont réséqués; le plan sous-jacent est, à son tour, prudemment sectionné; la plèvre est ouverte, mais elle se réduit à une fente, grâce au relief de la moitié droite du diaphragme; aussi est-il relativement aisé de réunir les deux feuillets pleuraux par une couronne de catguts en anse, et, dans la zone ainsi délimitée, d'inciser le diaphragme : un flot de pus noirâtre jaillit, et l'on évacue une vaste poche inter-hépato-diaphragmatique, close de toutes parts, qui est lavée à l'eau bouillie, puis drainée, après que les deux lèvres de la brèche diaphragmatique ont été, pour plus de sûreté, réunies à la peau.

Ce premier fait nous servira d'exemple et de préambule : on y retrouve les bizarreries d'évolution, les difficultés de diagnostic et d'intervention, qui caractérisent ces collections profondes des hypocondres, incluses dans la base du thorax, et pourtant abdominales, par leur siège et leur origine.

On ne saurait discuter longuement la formule thérapeutique qui convient seule à ces suppurations : *il faut les ouvrir le plus tôt possible et les drainer*; et, s'il était besoin de démonstration, les statistiques de M. Lauenstein (1) et de M. Martinet (2) suffiraient à la donner : sur 104 cas non opérés, le premier de ces auteurs relève 98 morts (94 %); sur 63 cas traités médicalement, M. Martinet signale 56 morts (89 %); ajoutons que les rares exemples de guérison spontanée se rapportent presque tous aux évacuations par le poumon, aux vomiques.

Mais pour ouvrir l'abcès, il faut savoir qu'il existe et où il existe, et les *voies d'accès* varieront avec la topographie, reconnue ou présumée, de la collection.

Or, la *zone sous-phrénique* figure une vaste région, qui a pour plafond le diaphragme, pour parois latérales les côtes inférieures et l'épigastre, et qui, en bas, se continue librement avec le reste du ventre; le foie, la rate, l'estomac, le duodénum, le pancréas l'occupent tout entière, et la situation respective de ces viscères et des ligaments qui les suspendent ou les relient entre eux, crée une série de cloisonnements, de loges ébauchées, qui seront fermées et complétées par les adhérences : la loge *inter-hépato-diaphragmatique droite* que limite, à gauche, le ligament falciforme; la loge *inter-hépato-diaphragmatique gauche*, de l'autre côté de la grande faux, entre la moitié gauche du diaphragme, le lobe gauche du foie et une portion variable de la face antérieure de l'estomac; la loge *péri-splénique*, que M. Martinet distingue avec raison de la précédente, et que limitent, en dedans, la grosse tubérosité de l'estomac et le pancréas, en dehors, le diaphragme et les côtes, en haut, le diaphragme encore et l'extrémité du lobe gauche du foie, en bas, le coude gauche du côlon; une dernière loge enfin, plus rarement « habitée », la loge *rétro-stomacale*, l'arrière-cavité des épiploons. Il faut répéter encore que, si ces divisions sont fondées et représentent assez bien la topographie habituelle des suppurations sous-phréniques, elles n'ont rien de nécessaire ni de constant, car les barrières qui les séparent sont tout artificielles.

Enfin, très en arrière, au devant du rachis et des attaches verticales du diaphragme, la zone sous-phrénique répond à l'espace celluleux sous-péritonéal, et, par lui, se continue avec la gaine périnéphrétique, jusque dans les fosses iliaques et le bassin. Il y a là une longue traînée conjonctive et vasculaire, toute prête à conduire les infections ascendantes, réalisant un autre type de suppuration sous-phrénique, *rétro-péritonéale*.

Pour l'étude clinique et la discussion des indications et des procédés opératoires, nous grouperons sous trois chefs les abcès de la zone sous-phrénique : 1° *abcès non gazeux*; 2° *abcès gazeux*, variété toute spéciale, le *pyopneumothorax subphrenicus* de M. von Leyden; 3° *abcès rétro-péritonéaux*.

I

Dans les *abcès sous-phréniques non gazeux*, comme dans les autres variétés, on peut dire, dans un certain sens, que le facteur principal de la guérison, c'est le diagnostic. Hormis quelques faits où les lésions originelles sont d'emblée irrémédiables, les suppurations sous-phréniques, pour être toujours graves, n'en sont pas moins curables, sous la réserve que l'intervention soit précoce et suffisante. Elle ne saurait l'être sans un diagnostic posé de bonne heure et bien posé; et les deux questions sont étroitement connexes.

Ce diagnostic est toujours difficile, et cette difficulté dérive, pour une part, de la diversité et souvent de l'obscurité étiologiques.

Et, de fait, en suivant à peu près la classification de M. Maydl (1), on reconnait les catégories suivantes, parmi les abcès non gazeux sous-phréniques :

1° Abcès d'*origine traumatique*, consécutifs à une plaie des hypocondres (plaie par armes à feu, coup de couteau), ou à un traumatisme sans plaie. Il se peut, dans cette dernière hypothèse, que la suppuration ne survienne qu'à une date relativement éloignée de l'accident; il arrive aussi, et M. Maydl y insiste, que le choc initial ait été peu intense et hors de proportion avec de pareilles conséquences; malgré tout, la notion de traumatisme est un appoint considérable pour le diagnostic;

2° Abcès *d'origine osseuse*, costale; ici, ce sont d'ordinaire des suppurations froides, et le foyer de carie costale est « révélateur »;

3° Abcès *d'origine hépatique* ou *splénique*, kystes hydatiques suppurés, abcès du foie ou de la rate, infarctus suppurés, cholécystite et angiocholite suppurées : affections multiples, d'allures fort diverses et souvent indécises;

4° Abcès *d'origine appendiculaire* (nous parlerons plus loin des abcès rétro-péritonéaux) : il s'agit, ici, d'abcès à distance, sans traînée intermédiaire, ou encore de ces longues fusées de péritonite enkystée, qui se prolongent jusqu'aux bords du foie; cette fois encore, la localisation iliaque primitive est un élément de grande valeur;

5° Abcès *métastatiques*; c'est dans ce dernier groupe surtout — et il est nombreux — que rentrent les faits les plus obscurs, et l'on trouve, dans leur étiologie, depuis la dysenterie et la fièvre typhoïde jusqu'à la furonculose, aux angines, à la gastro-entérite (1); la suppuration sous-phrénique traduit alors une infection propagée, à longue distance, par voie lymphatique. Toujours est-il qu'en pareil cas, les commémoratifs seront, d'ordinaire, fort peu « indicateurs »; les débuts n'ont rien de caractéristique; ils remontent loin, parfois, au moment où vous êtes appelés à voir le malade, et les hypothèses les plus diverses, les plus étranges même, auront été successivement émises.

Pourtant, quelques traits manquent rarement, à ces débuts de l'affection, et se retrouvent, si l'on sait les rechercher : les accidents ont commencé *brusquement*, par une douleur, un point de côté, dans l'un des hypocondres, accompagné de *réactions abdominales*, météorisme, vomissements, etc.; cette brusquerie de l'entrée en scène est plus marquée et plus constante encore dans les abcès gazeux, qui ne sont, en somme, que des péritonites par perforation, enkystées.

D'autre part, l'analyse des accidents généraux et fonctionnels permettra assez souvent de conclure à la probabilité d'une suppuration profonde de la base du thorax, de la *zone-frontière abdomino-thoracique* : empyème sus-phrénique, abcès sous-phrénique, abcès du foie, nous ne savons encore, mais il y a du pus, là, dans la profondeur. L'état général devient vite inquiétant, le facies est terreux, émacié, jaunâtre; dans certains faits anciens, longtemps méconnus, l'aspect est si mauvais qu'il suscite les pires hypothèses : on pense au cancer ou à la tuberculose. La fièvre ne manque jamais, sinon très élevée, à 40°, 39°5, comme elle l'est souvent dans les premiers jours et les formes aiguës, du moins rémittente, à grandes oscillations irrégulières, cessant parfois durant plusieurs jours pour reparaître par accès. Les frissons sont fréquents, et aussi les *sueurs profuses*, qui, par leur répétition et leur abondance, sont toujours un important indice de suppuration.

Mais c'est la douleur, c'est la gêne fonctionnelle, qui serviront surtout à « localiser » le processus.

Il y a un point de côté, ou de la douleur diffuse, à la base du thorax, un point de côté souvent de siège anormal, très bas et en arrière, vers l'angle des côtes, ou à l'épigastre. Au palper, on réveille et on localise mieux cette douleur, et c'est là une exploration toujours utile : suivez du doigt le rebord costal, d'avant en arrière, en appuyant sur cette masse irrégulière et dure qui le sous-tend; suivez les espaces intercostaux, un à un, de bas en haut : il est rare que la pression profonde, méthodique, ne révèle pas, au milieu de la sensibilité générale de toute la région, une zone « de douleur maxima ».

Il y a de la dyspnée, une respiration superficielle, pénible, parfois des crises d'oppression, et la douleur y prend, de toute évidence, une large part. On constate peu d'autres accidents thoraciques; quant aux signes « diaphragma-

(1) D. Lauenstein. De l'abcès sous-diaphragmatique et de son traitement. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 301.)

(2) A. Martinet. Des variétés anatomiques d'abcès sous-phréniques. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(1) K. Maydl. Ueber subphrenische Abscesse. Vienne, 1894.

(1) M. W. J. Gold (*Méd. Obozr.*, fév. 1899) ouvrit un abcès sous-phrénique, chez un enfant de onze ans, deux mois après une gastro-entérite; il fait remarquer, à ce propos, que l'abcès sous-phrénique parait rare chez l'enfant.

tiques », on ne devra pas trop y compter : le hoquet, signalé par M. Sachs (1), n'a rien de constant; pas plus que la névralgie phrénique, avec bouton diaphragmatique et bouton cervical, notée dans quelques faits.

C'en est assez, d'ailleurs, pour attirer et retenir l'attention du clinicien *sur la base du thorax* : à l'examen physique et à la ponction exploratrice de fournir les renseignements définitifs.

Cette *exploration physique* est capitale; elle seule éclaire et guide l'intervention. Elle exige une méthode rigoureuse.

Elle doit se faire successivement sur le malade couché et sur le malade assis.

Parfois, dès la première inspection, vous apercevrez un relief plus ou moins accusé, une voussure, soit à l'épigastre, soit à la partie antérieure de l'hypocondre, sous le rebord costal, soulevé et déjeté en dehors. Il arrive même qu'au niveau de cette intumescence, la peau soit œdématiée, et la fluctuation nette; nul doute ne persiste plus sur l'existence d'une collection et sur le point où vous devrez l'attaquer.

Plus souvent, vous ne trouverez aucun relief « indicateur », qui « localise » la collection profonde.

Regardez ce thorax, de côté, à jour frisant; vous remarquerez tout de suite que l'une de ses moitiés « respire mal », les côtes inférieures étant presque immobilisées, la paroi abdominale se soulevant à peine : la respiration est devenue costale supérieure. Est-ce le résultat de la parésie des intercostaux, de l'élargissement consécutif des espaces, de la moindre obliquité des côtes, ou plutôt de la réplétion et de la distension profonde de la région, ou encore de ces diverses causes réunies? Toujours est-il que cet hémi-thorax, qui ne fonctionne plus ou presque plus, semble *élargi* à sa base et dans toute sa moitié inférieure; l'amplexation en témoigne, et la mensuration reconnaît souvent au demi-périmètre plusieurs centimètres de plus.

Sous le rebord costal, par une palpation douce, lente, longue, progressive, qui « amadoue » la paroi contracturée et douloureuse, et finalement déprime et pénètre, vous reconnaîtrez une masse dure, épaisse, se prolongeant plus ou moins bas : le plus souvent, c'est le foie, abaissé et basculé, dont vous réussirez à délimiter les contours et le bord inférieur; ailleurs, cet organe est masqué, recouvert, sous-tendu par une sorte de gangue irrégulière, de tumeur bosselée, qui peut figurer effectivement le relief antérieur du foyer sous-phrénique. Pourtant, et nous en donnerons bientôt des preuves, il conviendra d'y regarder à deux fois et de chercher un supplément d'informations, avant d'intervenir, d'emblée, en avant, sur la voussure sous-costale.

Cette voussure est mate, et la matité remonte en avant jusqu'à une hauteur variable, à la quatrième, à la troisième côte parfois. Faites asseoir le malade, et complétez alors la percussion, dans l'aisselle et en arrière : vous obtiendrez, de la sorte, une vaste zone mate, analogue à celle que nous avons schématisée (*fig. 1*); à droite, elle englobe la matité hépatique, qu'elle dépasse largement en haut et en bas; à gauche, elle efface l'espace de Traube.

Sur toute sa hauteur, on ne perçoit pas de vibrations thoraciques, pas de murmure respiratoire; *immédiatement au-dessus*, et souvent sans transition, la sonorité pulmonaire et la respiration reparaissent. Il n'en est plus de même si la collection sous-phrénique se complique d'un épanchement pleural abondant, et le diagnostic en devient plus obscur.

Que recèle, en effet, ce bloc épais et mat, qui distend l'hypocondre, abaisse le foie et remonte haut dans le thorax? Qu'il s'agisse d'abcès du poumon, de pleurésie purulente enkystée, d'abcès du foie ou de la rate, de kyste hydatique suppuré, d'abcès sous-phrénique proprement dit, ce qui nous intéresse, en pratique, c'est de savoir si le foyer siège *au-dessus* ou *au-dessous* du diaphragme.

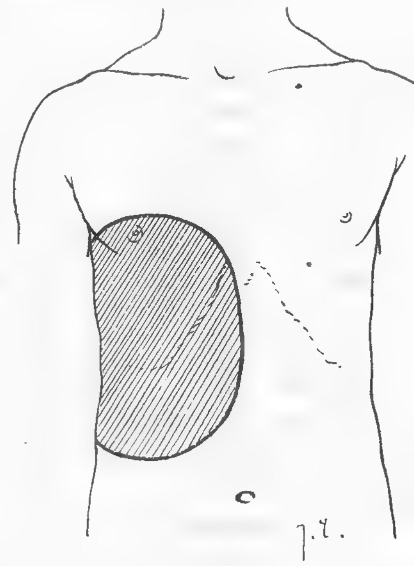


Fig. 1.
Abcès sous-phrénique : zone de matité.

Je sais bien que la matité sous-phrénique se termine par une ligne convexe en haut et celle des collections pleurales par une ligne concave, mais vraiment le signe est mince et de peu de valeur « usuelle »; je sais encore que, si le cœur peut être déplacé dans l'une ou l'autre hypothèse, il est refoulé latéralement, lors d'épanchement pleural, verticalement soulevé, lors de collection sous-phrénique (Voir *fig. 8* et *9*). Enfin, l'auscultation fournit souvent des résultats qui contrastent avec ceux de la percussion, et, par là même, sont importants : sur les confins supérieurs de cette énorme matité, le poumon respire presque bien, et, lors des grandes inspirations, le bruit respiratoire s'entend très bas, au-dessous du niveau de la zone mate; de même, s'il y a des signes pleurétiques, du souffle, de l'égophonie, ils cessent brusquement, sans intermédiaire, à ce niveau. Une collection pleurale de pareil volume réagirait autrement sur les phénomènes respiratoires, et l'on ne manquera pas de rapprocher cette apparente anomalie et le début, toujours abdominal, des accidents.

Tout cela est utile à enregistrer, et l'analyse clinique trouvera parfois, dans la recherche et la comparaison de ces détails, des éléments précieux de diagnostic. En général, ils ne suffisent pas.

L'examen radioscopique, lorsqu'il est utilisable, pourra fournir un précieux appoint, comme l'a montré M. E. Loison (1). Il existe normalement un certain degré de dénivellation entre les deux moitiés du diaphragme; une ligne tangente au sommet de la coupole droite se trouve à un niveau moyen de 3 à 4 centimètres plus élevé que la ligne semblable tracée du côté gauche.

Lors de collection sous-phrénique « le sujet étant placé devant l'écran fluorescent, si la plèvre est libre, nous voyons immédiatement apparaître le dôme diaphragmatique, mais la coupole droite est située à un niveau plus élevé que la gauche et présente, par rapport à cette dernière, *une dénivellation pouvant aller jusqu'à 7, 8, 10 centimètres*. En outre, la moitié gauche continue à se mouvoir par l'effet de la respiration; et le cul-de-sac costo-diaphragmatique reste libre, surtout pendant l'inspiration; à droite, au contraire, le diaphragme est immobilisé à peu près complètement, et le cul-de-sac costo-diaphragmatique est supprimé en partie... Lorsque la plèvre est remplie par du liquide, on ne voit plus le contour du dôme diaphragmatique, et l'on aperçoit plus ou moins haut une ligne horizontale ou à légère concavité supérieure, qui indique le niveau de l'épanchement. »

Il reste enfin une dernière méthode de recherche, à laquelle nous devrons presque toujours recourir : *la ponction exploratrice*. Bien faite et faite de bonne heure, elle peut rendre des services indiscutables, en démontrant la présence du pus, à une date où l'examen clinique reste, en somme, toujours douteux, et en permettant l'intervention précoce, gage primordial du succès. Ce qui est illusoire et périlleux, c'est le coup de trocart, d'un trocart mal préparé, qu'on donne à la hâte, à l'aventure, dans la zone mate, et qu'on répète une fois, deux fois, pour s'en tenir là, si rien ne sort, et remettre à plus tard une nouvelle exploration.

La ponction exploratrice doit être une intervention réglée et méthodique. Lavez donc et savonnez doucement toute la zone mate, lavez-la à l'alcool et préparez-la tout entière; servez-vous d'une aiguille dûment stérilisée. Ce sera toujours une ponction *aspiratrice*, que vous utilisiez l'aiguille n° 2 de Dieulafoy, ou encore une longue aiguille, montée sur la seringue de Pravaz.

Avez-vous trouvé quelque indice local, un point saillant, une zone de douleur maxima, c'est là que vous ponctionnerez d'abord; autrement, s'il faut aller à la découverte, les ponctions successives seront pratiquées dans la ligne axillaire postérieure, de bas en haut, en commençant par le dixième ou le neuvième espace.

Il est inutile de plonger d'emblée l'aiguille très loin; faites-la pénétrer progressivement, par étapes, en aspirant « à chaque pas », et poursuivez dans la profondeur; si vous n'obtenez rien, recommencez dans l'espace voisin, en remontant, puis à côté, puis en arrière; ne craignez pas de multiplier ces percées de l'aiguille, inoffensives, en réalité, si celle-ci est fine et stérilisée. « La première ponction est-elle négative, écrit fort justement M. Beck (1), il faut ponctionner ailleurs, et ne pas perdre patience, même si, une douzaine de fois, on retire la seringue vide. »

Mais il faut encore interpréter les résultats de cette ponction exploratrice. Je suppose donc que, dans un espace bas, vous retiriez du pus. C'est bien; votre conduite est toute tracée; il y a une collection, vous allez l'ouvrir, et la voie à suivre est jalonnée par l'aiguille. Mais vous voudriez savoir plus : le foyer est-il sus ou sous-diaphragmatique? Sans doute le niveau déclive de la ponction positive, la profondeur à laquelle vous avez dû pénétrer, sont autant de présomptions; mais, ailleurs et plus haut, il en sera tout autrement.

Fürbringer a indiqué le signe que voici : lorsque l'aiguille a traversé le diaphragme de part en part, elle en suit les mouvements, et sa portion extra-thoracique les traduit en sens inverse : autrement dit, elle s'abaisse lors de l'expiration, elle se relève pendant l'inspiration. Bien entendu, dans les faits que nous étudions, les mouvements du diaphragme peuvent être fort entravés, et les oscillations de l'aiguille fort restreintes; malgré tout, le signe de Fürbringer est important, et, lorsque vous avez ramené du pus, et que, la seringue retirée, vous constatez ce va-et-vient régulier de l'aiguille libre, vous aurez de bonnes raisons de conclure que le foyer est sous-phrénique.

Le signe de Pfuhl est beaucoup moins utilisable; il suppose la ponction avec une aiguille de fort calibre, qui laisse librement couler le pus : si la collection est au-dessous du diaphragme, l'écoulement augmente pendant l'inspiration et diminue à l'expiration; et l'inverse se produit, lors de collection pleurale.

(1) W. Sachs. Der subphrenische Abscess im Anschluss an die perityphlitische und perinephritische Eiterung. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, L, 1, p. 16.)

(1) E. Loison. Des suppurations intra et péri-hépatiques d'origine typhlo-appendiculaire. (*Rev. de chir.*, avril 1900, p. 523, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 349.)

(1) C. Beck. Beitrag zur Litteratur der subphrenischen Abscesse. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, LII, 3, p. 516.)

Autre chose : une ponction basse vous a donné du pus; vous ponctionnez plus haut, et, cette fois, c'est du liquide séreux qui remplit la seringue : le pus venait d'un foyer sous-phrénique, le liquide séreux vient de la plèvre, et c'est là un autre signe excellent (Scheuerlen).

Autre chose encore; vous ponctionnez et aspirez : liquide séreux; vous faites pénétrer l'aiguille plus profondément : pus. S'il n'y a pas de certitude, car certaines pleurésies cloisonnées peuvent donner des résultats analogues, il y a une probabilité grande, que vous ayez d'abord traversé la plèvre, puis le diaphragme, audessous duquel vous avez, à la seconde reprise, aspiré le pus (1).

Enfin, si la ponction positive est un appoint utile, il faut savoir aussi *passer outre à la ponction négative*, et d'emblée inciser dans la zone « désignée » par les résultats de l'exploration.

Autant, du reste, la ponction-diagnostic peut être, ici, une méthode précieuse, autant la ponction-traitement serait malfaisante : cela n'a plus besoin d'être démontré.

Il faut *inciser* — inciser bas, largement — et *bien drainer*. Ce sera parfois une besogne assez simple, et toute semblable à une opération d'empyème : je veux parler des abcès, anciens déjà, qui «pointent» à la paroi, et qui se dénoncent par une voussure œdémateuse et fluctuante, à l'épigastre, sous le rebord costal, dans un espace.

Plus souvent, le siège de la collection est tel, qu'on ne saurait l'aborder qu'en se frayant une voie à travers la ceinture ostéo-cartilagineuse de la base du thorax, et la brèche à ouvrir portera sur tel ou tel point, suivant les indications fournies par l'examen physique et par la ponction.

Supposons, d'abord, une suppuration *sous-phrénique droite*. Comme les kystes, ces abcès reconnaissent deux types « topographiques » : les abcès *postéro-supérieurs*, profonds, inclus sous le diaphragme; les abcès *antéro-inférieurs*, qui se dessinent plus ou moins nettement en avant, sous le rebord costal ou à l'épigastre.

Je rappelle ici que, même lors de collections sus-hépatiques, hautes et profondes, on relève souvent, au palper sous-costal, une voussure épaisse et douloureuse, qui forme tumeur et dans laquelle le foie, abaissé, se distingue mal; on a toute tendance à inciser là, d'emblée, et souvent l'on tombe dans le péritoine libre et sur la face convexe du foie; à peine découvre-t-on, très loin et en arrière, les confins antérieurs d'un foyer, tout à fait inaccessible par cette voie.

Pareille méprise m'arriva dans le fait que je citais au début de cet article; en voici un autre exemple, d'ailleurs fort instructif. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, que je vis à Rueil, avec MM. Lavie et Launay, en décembre dernier, et dont l'histoire était celle-ci : quinze jours avant, à la suite d'un refroidissement, l'affection avait débuté par des accidents gastro-intestinaux et du subictère, rappelant l'embarras gastrique; cependant la température restait élevée, à 39° ou 40°, et l'on put craindre un instant la fièvre typhoïde; enfin, se montrèrent, à la base droite, des signes pleuro-pulmonaires, et, la fièvre ne cédant pas, l'existence d'une suppuration profonde, sus ou sous-diaphragmatique, devint de plus en plus probable. L'hémithorax droit était, à la base, manifestement élargi; on réveillait de la douleur tout le long du rebord costal, et même, à la pression profonde, dans les neuvième et huitième espaces; le foie débordait d'au moins trois travers de doigt l'arcade costale, mais il était mal délimité, de surface irrégulière, semblait-il, de contours indécis, et figurait une sorte de masse diffuse, épaisse et douloureuse; la matité remontait jusqu'à la cinquième côte en avant, et jusqu'à la pointe de l'omoplate, en arrière; au-dessus, la respiration était à peu près normale, et c'est à peine si quelques râles témoignaient d'une légère congestion de la base pulmonaire. Nous portâmes le diagnostic d'abcès sous-diaphragmatique, et l'opération fut pratiquée le lendemain par notre collègue M. Launay. L'incision fut d'abord faite en avant, vers le bord externe du droit, au niveau de la voussure sous-costale : on découvrit le foie libre d'adhérences, la vésicule biliaire saine; du bout des doigts, on parvint à sentir, très loin, au point le plus élevé de la face convexe, un relief résistant, large comme la paume de la main, mais qui resta tout à fait inaccessible, même après l'excision du rebord cartilagineux. Il fallut inciser en arrière et réséquer la neuvième côte d'abord, puis la septième, pour aborder, par voie transpleurale, l'abcès : c'était une volumineuse collection intra-hépatique.

Donc, si la pseudo-tumeur sous-costale n'est pas très saillante et fluctuante, on ne se contentera pas de l'apparente localisation qu'elle semble indiquer, et l'on interviendra, d'emblée, en arrière et latéralement, *par voie transpleurale*. Vous ferez une incision de 10 à 12 centimètres le long de la côte sous-jacente — la neuvième ou la huitième le plus souvent — qui sera soigneusement dénudée sur ses deux bords et sa face profonde, sectionnée aux deux extrémités de la plaie, et enlevée.

Incisez maintenant, dans le lit de la côte réséquée, le plan pariétal, à petits coups, mais sans hésitation inutile, car vous devrez être conscient des diverses éventualités que vous pourrez rencontrer et des manœuvres qu'elles vous imposeront.

Il arrive que le *cul-de-sac costo-diaphragmatique soit comblé par des adhérences;* les deux feuillets de la plèvre sont soudés, il n'y a plus de cavité, et vous n'avez qu'à poursuivre, droit devant vous, pour traverser le diaphragme et ouvrir l'abcès (1).

Ailleurs, après la section d'une mince paroi, vous voyez jaillir le pus, et vous êtes dans un vaste foyer purulent : c'est *un pyothorax;* videz-le, et cherchez la *perforation diaphragmatique:* elle vous conduira dans l'autre foyer, le foyer primitif, sous-phrénique; vous l'élargirez suffisamment pour réaliser un bon drainage de cet énorme abcès en bouton de chemise : dans ce but, il sera utile souvent d'établir une ou plusieurs contre-ouvertures, en avant, dans un espace ou le long du rebord costal (2).

Vous incisez la mince paroi thoracique, et c'est *du liquide séreux* qui s'écoule d'abord, du liquide pleurétique; laissez-le couler, et poursuivez l'intervention, comme nous allons le dire.

Vous pénétrez dans *la plèvre libre*, vide, ouverte. En pareille occurrence, le pneumothorax a été longtemps un épouvantail : il est, en réalité, dans la majorité des cas, facile à prévenir; tout au moins, s'il passe un peu d'air, on pourra d'ordinaire, sans trop de peine, éviter le brusque et abondant afflux, qui affaisse le poumon. Et, de fait, vous n'ouvrez pas d'emblée la grande cavité pleurale, mais le cul-de-sac costo-diaphragmatique, un diverticule, un recessus étroit, que le relief du diaphragme, soulevé et distendu, réduit à une fente presque virtuelle; les deux parois en sont accolées. Si vous avez soin de ne pas les écarter et d'appliquer les doigts sur la lèvre supérieure de la plaie, vous aurez tout le temps de réunir, par une série de points en anse ou par un surjet, les deux feuillets pleuraux, et d'obturer la brèche. Ceci fait, le diaphragme est incisé, et la collection ouverte; et, le premier flot passé, on fera bien de compléter tout de suite la marsupialisation, en suturant aux lèvres de la paroi les deux lèvres de la brèche diaphragmatique.

Le pus est souvent brunâtre, fétide, mêlé de caillots ou encore d'hydatides : on se rendra compte du siège et de la topographie de la poche, sans trop insister, pour ne pas rompre les adhérences et ne pas faire saigner le tissu friable du foie, dans l'épaisseur duquel elle se prolonge parfois; on l'évacue tout entière, avec les mêmes précautions, en se servant de compresses montées ou d'un courant d'eau bouillie chaude, à faible pression; et l'on draine, avec de gros drains.

C'est là, pourrait-on dire, l'opération-type de l'abcès sous-phrénique, inclus et profond, de la variété postéro-supérieure.

Lorsque la collection se présente *en avant*, qu'elle s'y accuse par une tuméfaction fluctuante, qu'elle y est « démontrée » par la ponction, c'est en avant, bien entendu, qu'on devra l'ouvrir : par une incision pure et simple, le long du bord costal — ou encore, s'il faut remonter plus haut, par l'excision du rebord cartilagineux.

M. Lannelongue (1) a montré depuis longtemps que la résection des neuvième, huitième et septième cartilages costaux, libres de plèvre à leur face profonde, donnait beaucoup de jour et ouvrait un accès relativement large à la partie antérieure de la zone sous-phrénique. Ce sont surtout les collections froides sus-hépatiques qui ont été abordées par cette voie, mais elle est utilisable aussi pour les kystes antérieurs et certains abcès. La *figure 2* donne une bonne idée du mode opératoire. Une incision verticale est menée jusqu'à la hauteur de la sixième côte; on découvre le rebord cartilagineux du thorax, et, le long et en dedans de ce bord, on incise les attaches musculaires; on poursuit la dissection à la face profonde des cartilages, en s'aidant du bistouri et surtout du doigt, qui refoule et décolle; puis on les sectionne en coin. Ceci fait, on incise le plan musculaire profond, au milieu de l'aire ainsi dénudée, et l'on peut, en sectionnant à petits coups le diaphragme de bas en haut, et en refoulant le cul-de-sac pleural, qui se laisse décoller, agrandir encore la brèche par en haut et pénétrer plus loin sous le diaphragme.

Les suppurations *sous-phréniques gauches* se prêtent, suivant leur siège, à des interventions semblables : incision antérieure tangente au rebord costal, ou épigastrique; incision transpleurale; incision postérieure, combinée à l'excision des dernières côtes. Chez un malade de M. Duflocq, un homme de cinquante ans, dont l'histoire était, d'ailleurs, fort obscure, la tumeur faisait relief à l'épigastre et donnait l'impression d'un kyste hydatique suppuré : je fis une incision épigastrique médiane; dès que la paroi, infiltrée d'œdème, fut traversée, j'ouvris une poche purulente, entièrement adhérente, de cavité irrégulière et parsemée de brides, qui se prolongeait en arrière et paraissait occuper le lobe gauche du foie; je drainai. L'opéré guérit sans autre incident.

---

(1) Ajoutons que les caractères même et l'examen bactériologique du pus pourront fournir quelques indices : s'il n'est pas fétide, s'il est stérile, on aura lieu de penser à un abcès intra-hépatique; dans un fait de M. Martinet (*Loc. cit.*, obs. I), une ponction pratiquée à la région splénique donna issue à un litre environ « d'un pus horriblement fétide, rougeâtre, ayant l'aspect de la pulpe splénique ramollie, mélangée à du pus ». On conclut à un abcès de la rate, et l'incision transpleurale, au niveau de la huitième côte, réséquée, ouvrit, en effet, un vaste foyer sous-phrénique, dans lequel flottait un lambeau « sphacélé, noir, infect, mesurant 13 centimètres sur 6 », et qui représentait le tiers supérieur de la rate, détruit par un infarctus.

(1) Cette fois encore, c'est une opération d'empyème, rien de plus, et il n'est pas douteux qu'un certain nombre de faits de ce genre aient été opérés, effectivement, comme des empyèmes, et soient restés méconnus. Toujours est-il qu'on fera toujours bien de s'assurer, avant de passer outre, de la valeur et de la continuité de la barrière pleurale.

(2) Voir : MAUCLAIRE. Des abcès sous-diaphragmatiques (simples ou gazeux); phréno-péritonite. (*Gaz. des hôpit.*, 16 mars 1895.)

(1) LANNELONGUE. Les abcès tuberculeux péri-hépatiques et leur traitement. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 31 mai 1887, p. 1489, et *Semaine Médicale*, 1887, p. 235.)

Voir aussi : CANNIOT. De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. (*Thèse de Paris*, 1891.)

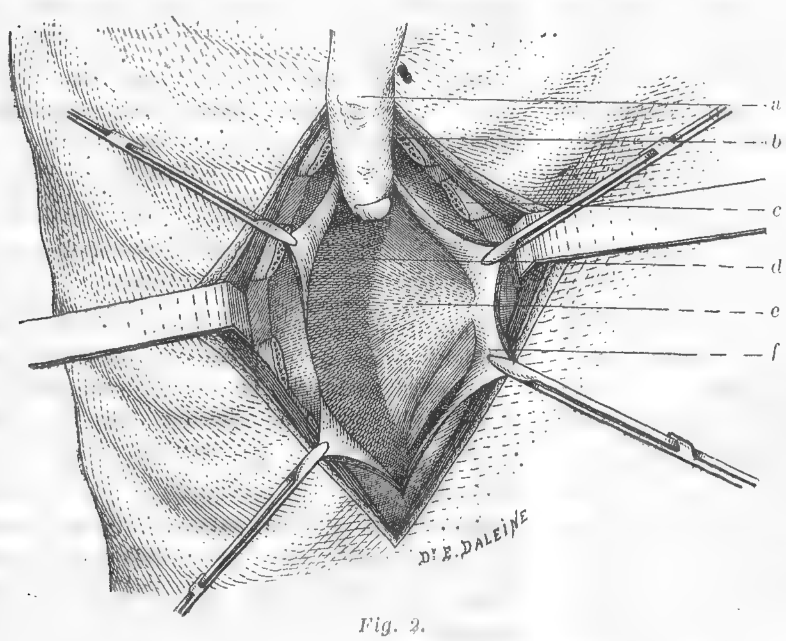


Fig. 2.

Abcès sous-phrénique; *voie d'accès antérieure*, par excision du rebord cartilagineux.

a, doigt réclinant le diaphragme et le cul-de-sac pleural; *b*, section du sixième cartilage; *c*, septième cartilage; *d*, face convexe du lobe droit du foie; *e*, ligament falciforme; *f*, paroi abdominale, rétractée

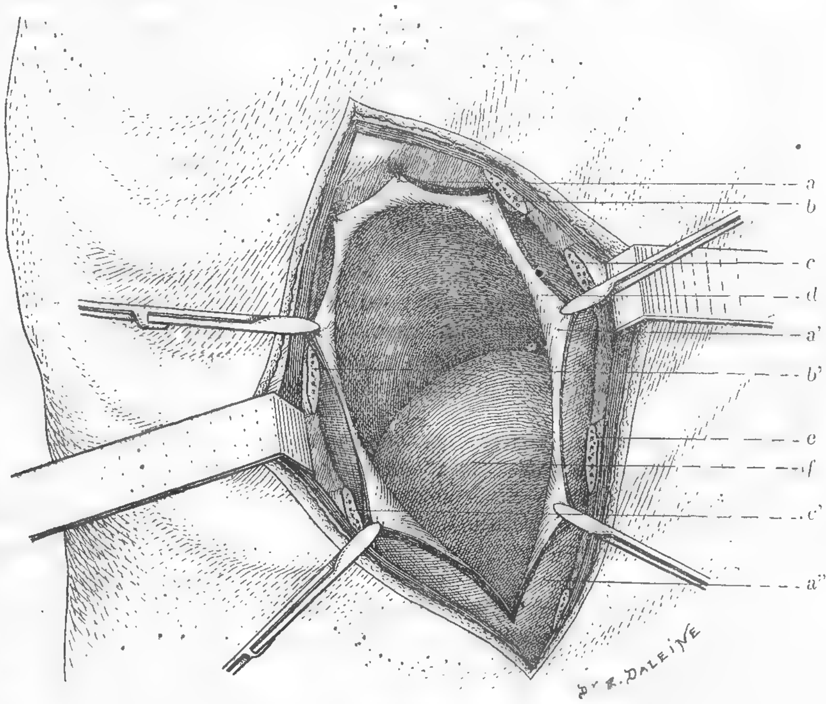


Fig. 4.

Abcès péri-splénique : *voie d'accès postéro-latérale*.

a, *a'*, diaphragme incisé, relevé et suturé à la paroi; *b*, *b'*, neuvième côte; *c*, *c'*, dixième côte; *d*, cul-de-sac spléno-diaphragmatique; *e*, onzième côte; *f*, extrémité supérieure de la rate; *a''*, paroi abdominale profonde.

Dans un cas plus récent, il s'agissait d'un abcès splénique et péri-splénique, consécutif, selon toute probabilité, à un infarctus; une ponction, pratiquée par M. Bourcy dans le huitième espace, sur la ligne axillaire antérieure, avait ramené du pus et confirmé le diagnostic. J'incisai au point ponctionné, et, sans voir le cul-de-sac pleural, j'ouvris l'abcès, contenant du pus rougeâtre. Le malade, atteint d'une myocardite des plus avancées, et tellement dyspnéique que je l'opérai à la cocaïne, fut pourtant soulagé et survécut quelques jours. La pièce, représentée *figure 3*, montre l'abcès occupant la rate, au niveau de son bord antérieur.

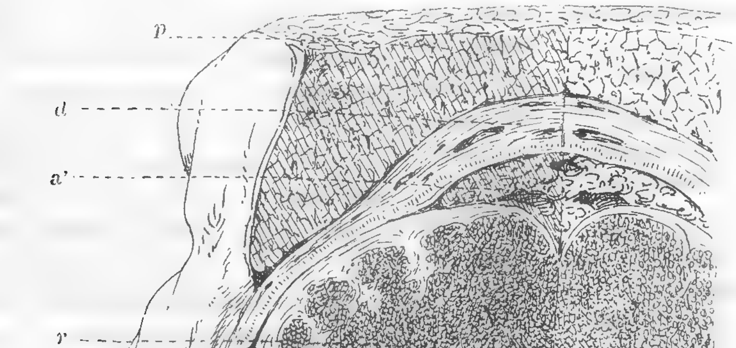


Fig. 3.

Abcès splénique et péri-splénique (la rate et le rein ont été fendus en deux).

p, base du poumon gauche; *d*, diaphragme; *a'*, prolongement sous-diaphragmatique de l'abcès; *r*, rate; *a*, abcès, occupant le devant de la rate et remontant sous le diaphragme; *r'*, rein gauche.

Les volumineuses collections péri-spléniques, qui remplissent l'hypocondre et débordent, en bas, les dernières côtes, pourront être attaquées par l'incision postérieure basse, comme l'indique la *figure 4*. Cette incision croise un peu obliquement les onzième, dixième, neuvième côtes, qui sont dénudées et réséquées sur une longueur de 8 à 10 centimètres; puis la paroi musculaire est incisée, et le diaphragme refoulé en haut avec le cul-de-sac pleural et maintenu par un écarteur, ce qui donne accès dans la loge péri-splénique et le cul-de-sac spléno-diaphragmatique.

II

Ce que nous venons de dire des abcès sous-phréniques non gazeux s'appliquera en partie aux *abcès sous-phréniques gazeux*, mais ceux-ci constituent, de par leur origine, leurs caractères cliniques, leur évolution, une variété si spéciale, qu'il faut les étudier à part.

La pathogénie de ces collections pyo-gazeuses est multiple, d'ailleurs: si, le plus souvent, elles succèdent à une perforation gastrique ou intestinale (1), elles peuvent être dues, dans quelques cas, à l'ouverture dans le côlon transverse d'un abcès d'abord simple, à une communication bronchique, secondaire aussi, ou même au développement spontané de gaz dans un foyer de virulence particulière.

Quoi qu'il en soit, la forme la plus commune est celle qui reconnaît pour origine la perforation d'un ulcère de l'estomac (2), d'un ulcère qui, souvent, ne se traduisait jusqu'alors que par des accidents dyspeptiques assez vagues; et ce dernier point vaut d'être signalé, car il explique la soudaineté inattendue des débuts et commande l'analyse minutieuse des commémoratifs.

Nous avons opéré trois de ces abcès gazeux par perforation gastrique: deux ont guéri. Ils nous serviront d'exemples.

Le premier malade, pour lequel l'intervention date de cinq ans, est, depuis lors, resté bien portant. Il était entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Courtois-Suffit (1), avec des accidents abdominaux qui firent d'abord penser à l'occlusion intestinale. Dans les jours qui suivirent, les vomissements cessèrent, les selles reparurent, le ventre s'aplatit dans la région ombilicale, et, ballonné au-dessous, ballonné à l'épigastre, il prit un aspect bilobé des plus étranges. La voussure épigastrique était sonore, d'une sonorité tympanique, qui se prolongeait dans toute la région hépatique; il y avait un peu d'œdème de la paroi. M. Courtois-Suffit ayant porté le diagnostic d'abcès gazeux sous-phrénique, je pratiquai une incision médiane sus-ombilicale de 25 centimètres environ : le tissu cellulaire sous-péritonéal était épaissi et infiltré, et dès que je l'eus traversé et qu'une boutonnière fut faite au péritoine, une abondante quantité de gaz, d'une fétidité extrême, s'échappa brusquement, mêlé de pus; par l'incision agrandie, il sortit au moins 1 litre de ce pus grisâtre et nauséabond; nous étions dans une vaste cavité fermée de toutes parts, dont la paroi supérieure était figurée par le diaphragme, l'inférieure, par le foie et l'estomac refoulés et abaissés, et qui se prolongeait en arrière, entre le diaphragme et le foie, jusqu'aux extrêmes limites que le doigt pût atteindre; une sorte de membrane d'un jaune grisâtre tapissait toute cette cavité; aucune perforation n'était visible. Après un abondant lavage à l'eau bouillie chaude, je laissai deux gros drains dans la cavité béante. Celle-ci se ferma peu à peu; deux mois après, le malade quittait l'hôpital. (2)

Le second fait est relativement récent, l'opération datant du 21 novembre 1901. Ici encore, le diagnostic d'abcès gazeux sous-phrénique avait été posé par notre collègue M. Bourcy. La malade, une femme de quarante et un ans, amaigrie, cachectique et de l'aspect le plus misérable, souffrait depuis longtemps de l'estomac; les accidents s'étaient aggravés depuis deux mois; et subitement, le 17 novembre, elle avait été prise de douleurs extrêmement vives dans l'étage supérieur du ventre, de ballonnement, de vomissements, de fièvre. On trouvait, deux jours après, une volumineuse voussure épigastrique, sonore dans toute son étendue, et *dont la sonorité masquait entièrement la matité hépatique;* au même niveau, on percevait

(1) Sur 13 cas d'abcès sous-phréniques par perforation intestinale, relatés par M. Maydl, la perforation siégeait 8 fois sur le duodénum (ulcère perforé), 4 fois sur le côlon, 1 fois sur l'iléon.

(2) Ou d'un cancer, exceptionnellement.

(1) Courtois-Suffit. Note sur trois cas d'abcès gazeux sous-diaphragmatique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 12 nov. 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 429.)

(2) Il a été présenté à la Société de chirurgie le 27 octobre 1897.

le bruit d'airain, et tous les signes du pneumothorax. A l'incision médiane épigastrique, je pénétrai dans une énorme cavité, remplie de gaz et de pus, qui se prolongeait très loin sous le diaphragme, surtout à gauche; je lavai et je drainai. Durant les premiers jours, tous les liquides ingérés passaient par la plaie, puis l'alimentation redevint peu à peu meilleure; il ne reste plus aujourd'hui qu'une étroite fistulette.

Dans notre troisième cas, les lésions causales, comme nous le verrons plus loin, étaient telles, qu'elles pouvaient passer pour irrémédiables.

Toujours est-il que ces abcès gazeux sous-phréniques se présentent avec des caractères cliniques suffisamment nets, pour qu'on puisse les reconnaître, et les reconnaître de bonne heure; et, là encore, c'est la condition essentielle, le premier terme, pourrait-on dire, d'une thérapeutique efficace.

La brusquerie du début est si fréquemment signalée, qu'elle devient un précieux appoint pour le diagnostic : les accidents éclatent soudain et se traduisent par une douleur aiguë à l'épigastre ou dans l'un des hypocondres, une douleur en coup de poignard, bientôt suivie de ballonnement du ventre, de nausées, etc.; c'est le tableau des perforations internes, mais les accidents tournent court, la généralisation ne s'achève pas, et au bout d'un nombre variable de jours, *une voussure* se dessine *à la région épigastrique*.

Cette voussure est le plus souvent considérable (1); elle se détache en relief et «fait bosse» sur le reste du ventre (*fig. 5*); d'autres fois,

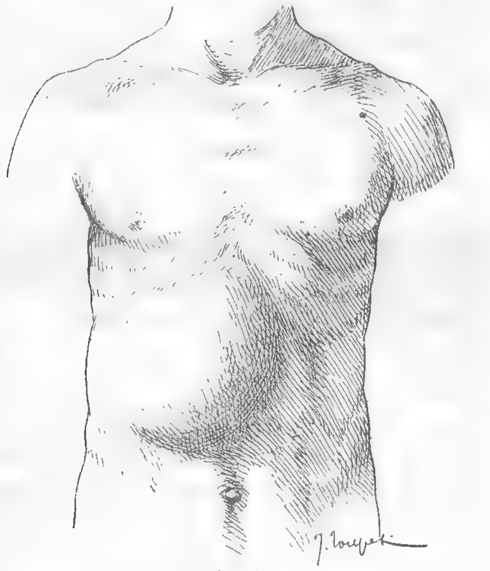


Fig. 5.
Abcès gazeux sous-phrénique : *bosse épigastrique.*

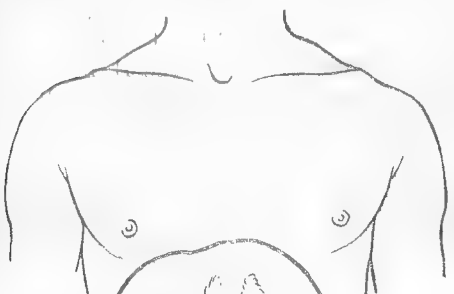


Fig. 6.
Abcès gazeux sous-phrénique : zone de sonorité, *sur le malade couché.*

(1) Elle l'était, en particulier, chez l'opéré de M. Pierre Delbet, dont M. Rabé a publié l'histoire. — Voir : Rabé. Abcès gazeux sous-diaphragmatique par perforation d'ulcère stomacal ou duodénal (pyo-pneumothorax subphrenicus de Leyden). (*Presse méd.*, 28 avril 1897.)

comme chez les 2 malades que nous avons observés avec M. Courtois-Suffit, le ballonnement sous-ombilical est aussi très accusé, et l'abdomen semble bilobé.

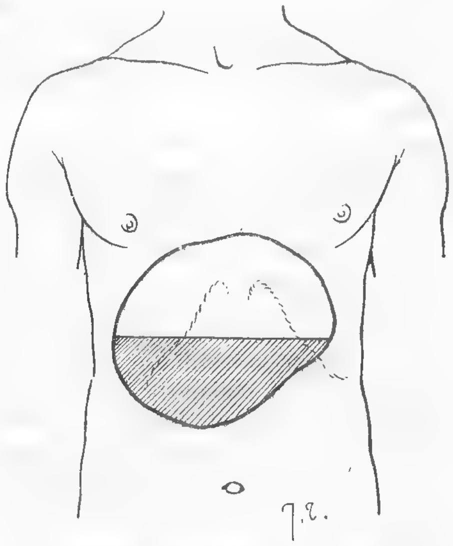


Fig. 7.
Abcès gazeux sous-phrénique : zone sonore en haut, zone mate en bas, *sur le malade assis.*

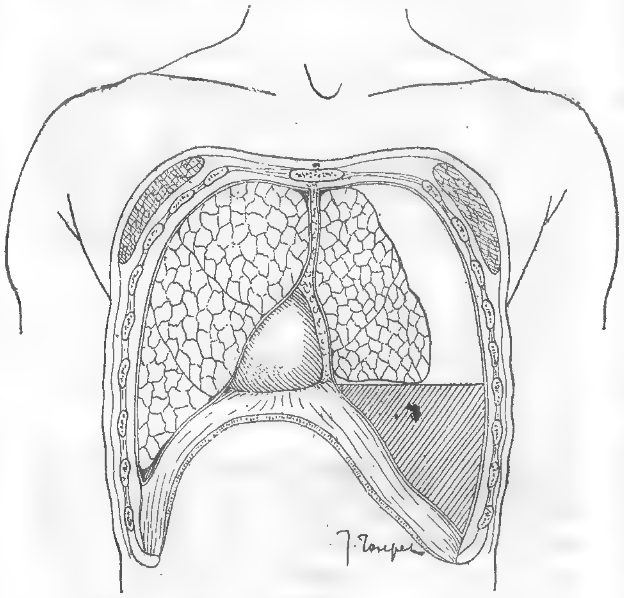


Fig. 8.
Pyopneumothorax gauche (d'après Maydl). Refoulement du cœur à *droite.*

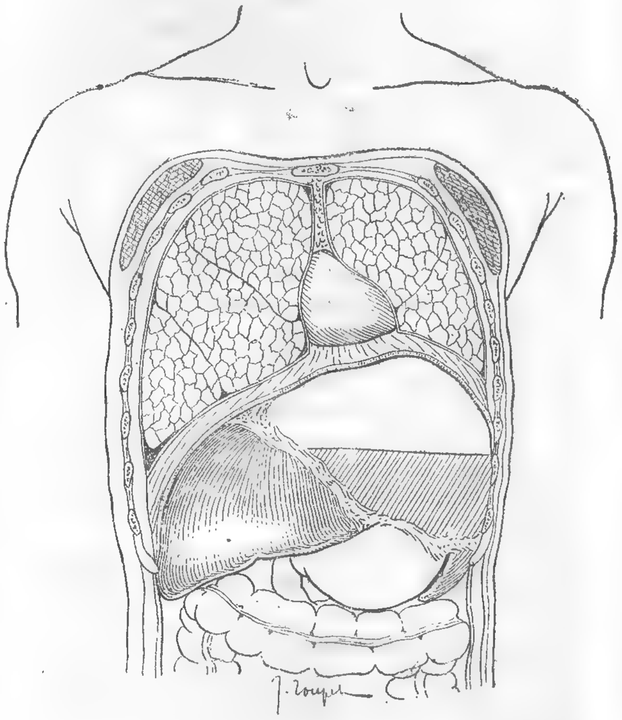


Fig. 9.
Abcès gazeux sous-phrénique gauche (d'après Maydl). Refoulement du cœur *en haut.*

Au niveau de la tuméfaction épigastrique, la paroi est dure, contracturée, douloureuse, et résiste au palper : si l'on réussit à la déprimer, on y sentira parfois une sorte de clapotement, de fluctuation hydro-aérique, qui donne une sensation toute particulière, et qui existait notamment chez notre dernière opérée.

Mais c'est la percussion qui fournit les principales données, et qui, bien analysée, permet de faire le diagnostic de nature et de siège, et, par suite, de fixer le lieu de l'intervention.

Le patient couché, on trouve sonore, et d'une sonorité tympanique, toute la zone voussurée, (*fig. 6*) et ce tympanisme remonte plus ou moins haut dans l'un et l'autre hypocondre, couvrant et *masquant la matité hépatique*. De matité, vous n'en relevez nulle part sur toute cette grosse tumeur, et c'est là un premier signe.

Faites asseoir le malade; les résultats de la percussion sont changés : à la limite inférieure de la voussure, une zone mate, plus ou moins haute, se dessine maintenant; au-dessus, le tympanisme persiste (*fig. 7*).

Dans la même zone sonore, vous pourrez retrouver le bruit de pot fêlé, et, à l'auscultation, le bruit d'airain, le tintement métallique. Enfin secouez doucement le sujet et souvent vous constaterez un clapotis, une *succussion*, caractéristique du mélange liquide et gazeux.

Ce sont là des indices de premier ordre : sont-ils associés au début brusque, péritonitique, aux accidents gastriques antérieurs, à la persistance de la fièvre, au rapide affaissement de l'état général, il faut conclure à l'abcès gazeux sous-phrénique, et se hâter d'intervenir; la ponction exploratrice n'a guère de raison d'être.

Mais la collection pyo-gazeuse n'est pas toujours épigastrique, et, suivant le siège de la perforation initiale, elle peut rester incluse dans la profondeur des hypocondres, au-dessus du foie ou de la rate, sous le diaphragme, dans la région péri-splénique. Ce n'est plus alors à la percussion de l'épigastre, c'est à la percussion du thorax que l'on retrouvera le tympanisme, remontant à une hauteur variable, et sous-tendu par une zone mate quand le patient est assis; là encore, tympanisme et matité se déplacent et changent de rapports avec les attitudes et les mouvements du tronc. En un mot, l'on constate, à la base droite ou gauche, tous les signes du pyo-pneumothorax; ce qui le caractérise, c'est qu'il descend très bas, jusqu'à masquer le foie, jusqu'à se prolonger dans l'épigastre, et, d'autre part, qu'à sa limite supérieure, et sans transition, l'auscultation pulmonaire est à peu près normale (*fig. 8* et *9*). *Il y a là un pyopneumothorax*, cela n'est pas douteux, *mais il est dans le ventre*, et tel est le sens qu'il convient d'attribuer au terme de *pyopneumothorax subphrenicus* de M. von Leyden.

Ailleurs, la plèvre correspondante est le siège d'un épanchement, et, sur le malade assis, la percussion donnera successivement, de bas en haut : de la matité (le foie et le liquide déclive de la collection pyo-gazeuse), de la sonorité tympanique (la zone gazeuse), de la matité encore (l'épanchement pleural), enfin la sonorité pulmonaire.

Existe-t-il une communication pleurale ou pleuro-pulmonaire, les résultats de l'examen physique s'en trouveront encore modifiés.

Voilà donc un ensemble de signes suffisants — et la ponction exploratrice s'y joindra, dans les cas obscurs — pour permettre le diagnostic et la mise en pratique, aussi précoce que possible, de la seule formule thérapeutique rationnelle : l'*ouverture et le drainage du foyer pyo-gazeux* (1).

Lorsqu'il existe une « bosse » épigastrique, ce sera sur elle — naturellement — qu'il faudra inciser, et l'on fera la laparotomie sus-ombilicale, médiane ou latérale. Il convient de s'entendre,

(1) Le premier cas de guérison appartient à M. Debove : une ponction ayant ramené des gaz fétides et du pus, on fit une incision transversale, sur le relief de la poche qui fut vidée et drainée; six semaines après, elle était fermée. — Voir : Debove et Rémond. Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 24 octobre 1890 et *Semaine Médicale*, 1890, p. 398.)

d'ailleurs, sur ce terme de laparotomie : c'est bien une collection intra-péritonéale que l'on devra ouvrir, mais l'incision sera toujours faite *dans l'aire de la zone adhérente*, qu'elle ne dépassera pas, et cette réserve est capitale, nous allons y revenir.

Si la distension est à peu près uniforme sur toute la région épigastrique, l'incision médiane reste indiquée; mais la collection est souvent plus développée à gauche, et l'incision latérale, sur le bord du droit, aura l'avantage d'ouvrir un accès plus direct sur le foyer originel.

Le point important, c'est de porter le bistouri *en pleine voussure*, de ne pas descendre trop bas, autrement dit, de ne pas franchir la barrière adventice, souvent fragile, qui circonscrit l'abcès. Or, le fait peut se produire dans certains cas, où la limite inférieure de la collection se distingue mal du ballonnement sous-jacent : s'il arrive qu'en bas l'on pénètre dans le péritoine libre, au-dessous du niveau inférieur des adhérences, on n'aura rien de plus pressé que de fermer et de protéger tout de suite la grande cavité; dans notre dernière opération, nous nous sommes servis de l'épiploon, d'ailleurs adhérent en partie à la poche, comme d'un tampon, en le suturant au péritoine pariétal antérieur.

En général, on tombe en plein foyer, et, dès qu'une boutonnière est faite au péritoine, des gaz fétides et du pus s'échappent avec bruit; il ne reste plus qu'à agrandir l'incision, de bas en haut, et à vider l'abcès.

Ceci fait, il sera utile d'en déterger doucement les parois avec les tampons montés, et, au besoin, de faire un lavage à l'eau bouillie chaude, lent et sans trop de pression : on pourra, de la sorte, bien examiner la vaste poche, reconnaître parfois et ouvrir des collections diverticulaires, ou même apercevoir la perforation gastrique, duodénale ou côlique.

Ici, d'ailleurs, une remarque s'impose : ce qu'il est urgent de faire, en pareil milieu, c'est une évacuation complète, et un large drainage; on se méfiera de toute manœuvre susceptible de rompre ces adhérences tutélaires, qui ont sauvé le malade jusqu'ici et qui le protègent encore d'une péritonite généralisée, hyperseptique et infailliblement mortelle. Il serait encore plus irrationnel de vouloir à tout prix chercher et suturer la perforation causale, dans ce foyer, que de s'acharner à trouver l'appendice, dans certaines appendicites suppurées.

Si la perforation se présente aisément, qu'elle soit petite et accessible, il sera naturel de la suturer, sans oublier toutefois que la besogne de réunion sera souvent malaisée et précaire, sur ces tissus malades et infectés. Autrement, on se bornera à ouvrir, à déterger, à drainer l'abcès; et ceci fait, et bien fait, on aura rempli toutes les indications.

Le drainage sera toujours assuré par de gros drains, en nombre suffisant, auxquels on fera bien d'adjoindre quelques lamelles, mollement tassées dans les culs-de-sac et les diverticules de la vaste poche, et qui préviendront les accolements hâtifs des parois et la formation d'abcès secondaires. On laissera béante la plaie, sans réunion primitive.

Quant à la *perforation gastrique*, sa destinée ultérieure varie avec ses caractères anatomiques et ses dimensions. Il arrive qu'elle soit fermée déjà, au moment où l'on ouvre l'abcès gazeux, et que non-seulement on n'en découvre aucune trace, mais que, dans les jours qui suivent, on ne voie rien sourdre, par la plaie, des liquides ingérés. Souvent elle est assez petite pour s'obturer seule, au bout d'un laps de temps qui varie de quelques semaines à quelques mois (1).

Mais il n'y a là, évidemment, rien de constant, et, à côté des perforations spontanément curables, qui sont fréquentes, il faut ranger aussi :

1° Les perforations *uniques*, mais *trop larges pour se prêter à une oblitération complète;* elles laissent une fistule « alimentaire » et peuvent nécessiter une intervention réparatrice ultérieure;

2° Les perforations *multiples*, heureusement exceptionnelles, et qui deviennent l'origine d'*abcès multiples*. Chez une malade de M. Courtois-Suffit, une jeune femme de vingt-neuf ans que j'opérai en 1897, j'ouvris, sur le bord externe du droit, un volumineux abcès gazeux sous-phrénique. A la fin du quatrième jour, la patiente, dont l'état s'était grandement amélioré, fut reprise de fièvre, et très rapidement tomba dans le collapsus et succomba; à l'autopsie, on trouva, au fond de la poche que j'avais ouverte, une perforation de la face antérieure de l'estomac, de la largeur d'une pièce de un franc, et l'on découvrit dans l'hypocondre gauche, près de la rate réduite en bouillie, *une seconde poche*, de dimensions presque égales à celles de la première, et correspondant à *une seconde perforation*, de la largeur d'une pièce de vingt centimes, sur la face postérieure de l'estomac (1);

3° Les *destructions véritables* de la paroi gastrique, où la perte de substance, déchiquetée, irrégulière, et de bords ramollis et friables, affecte de telles dimensions que toute réparation est impossible; ainsi en était-il chez une de mes malades de l'hôpital Beaujon : la grosse tubérosité était occupée par un vaste trou béant, qui s'ouvrait dans un foyer putride, péri-splénique.

Il y a donc certains cas où les lésions originelles sont *d'emblée irrémédiables*, et sans qu'on puisse, d'avance, soupçonner leur gravité; mais les règles générales de l'intervention n'en restent pas moins les mêmes.

Ce ne sera pas toujours, d'ailleurs, par la voie épigastrique que l'on devra intervenir, et les voies d'accès que nous avons étudiées plus haut trouveront aussi leur application : l'examen physique et la ponction serviront à localiser le siège de la collection et à fixer le meilleur « point d'attaque ». Lorsque la collection pyogazeuse sous-phrénique s'est ouverte dans la plèvre, l'opération deviendra souvent une opération d'empyème, que l'on complétera par une contre-ouverture abdominale. Chez une malade de M. Ch. Monod (2), il existait une tuméfaction sus-ombilicale, sonore, grosse comme une tête de fœtus. Le lendemain, la tumeur s'était affaissée; elle avait dû s'ouvrir dans la plèvre, à travers le diaphragme. On opère : une ponction dans le dixième espace intercostal gauche ayant donné du pus et des gaz très fétides, on incise à ce niveau et l'on pénètre dans une vaste cavité, d'où s'échappe du pus fétide mélangé de gaz; dans la profondeur, on sent nettement une ouverture irrégulière en forme d'éperon, qui sépare les deux départements, thoracique et abdominal, de cette cavité; après résection de la neuvième côte, on draine dans les deux sens, en haut et en bas, par le thorax et par l'abdomen. Grand lavage à l'eau bouillie; aucune réunion. La malade guérit complètement.

Ces guérisons des abcès gazeux sous-phréniques, même dans leurs formes compliquées, se sont, d'ailleurs, multipliées dans ces dernières années. M. Maydl, en 1894, sur 35 faits d'abcès gazeux sous-phréniques, d'origine stomacale, donnait les résultats suivants : 25 cas non opérés, 25 morts; 10 cas opérés, 3 guérisons, soit la proportion, bien faible encore, de 30 %; M. Martinet, en 1898, réunit 22 opérations, avec 9 morts et 13 guérisons, soit 60 %, et, depuis 1898, il n'est pas malaisé de trouver encore, dans la bibliographie, une dizaine de cas heureux.

III

Or, les statistiques ont aussi démontré que la gravité n'est pas la même, pour les diverses variétés d'abcès sous-phréniques : les abcès gazeux, dus à une perforation du tube digestif, sont les plus graves, les *abcès rétro-péritonéaux*, d'origine péri-cæcale le plus souvent, sont « les meilleurs (1) ».

Ce qui atténue la gravité de ces abcès sous-phréniques rétro-péritonéaux, c'est précisément leur siège. Ils se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal postérieur, derrière le foie, au-devant des attaches verticales du diaphragme; ils sont plutôt rétro-hépatiques que sous-diaphragmatiques. Toutefois, la barrière du ligament coronaire n'est pas infranchissable; il arrive qu'elle se laisse forcer, et que la collection se prolonge et s'étale entre le diaphragme et la face convexe du foie.

Ces suppurations rétro-péritonéales élevées reconnaissent des origines diverses, et l'on doit réserver une place à quelques éventualités exceptionnelles : abcès ou kyste hydatique suppuré du bord postérieur du foie; abcès rétro-hépatique, d'origine dysentérique; pancréatite suppurée, etc.; mais, en règle, c'est à l'*appendicite*, quelquefois à l'*abcès périnéphrétique*, qu'elles succèdent.

L'abcès sous-phrénique d'origine périnéphrétique est très rare, en somme : M. Maydl en signale 10 exemples, M. Sachs en ajoute 4 autres, et fait remarquer fort justement que le pus de la sphère péri-rénale fuse plus volontiers jusque dans le thorax, par l'hiatus costo-lombaire, qu'il ne stagne et ne forme poche sous le diaphragme.

Tout l'intérêt se concentre donc autour des collections sous-diaphragmatiques *d'origine appendiculaire*. Elles non plus, d'ailleurs, ne sont pas d'observation courante, et M. Julius Weber (2) y insiste : sur 350 cas d'appendicite suppurée, émanant de la pratique du professeur Sonnenburg, il ne trouva que 9 exemples d'abcès sous-phréniques (3). Toujours est-il que le nombre des observations aujourd'hui recueillies vaut la peine qu'on s'y arrête et que l'attention des cliniciens soit attirée sur cette complication : M. Maydl en relatait 25 cas, M. Sachs en ajoute 4 autres, inédits, et 12 colligés dans la littérature depuis 1894; à ces 41 faits, il convient de joindre encore ceux de MM. Jalaguier (4), Berger (5), Spillmann (6), Krohne (7),

(1) Chez notre dernière opérée, tous les liquides ingérés passaient d'abord par la plaie, et, durant la première semaine, l'alimentation rectale resta seule possible; peu à peu, la « perte » épigastrique devint moins abondante, à mesure que la cavité se comblait; aujourd'hui, après trois mois, un petit pertuis, qui se rétrécit de jour en jour, et qui laisse à peine échapper un peu de liquide séreux, persiste seul, à l'angle supérieur de la cicatrice. C'est la même évolution — plus ou moins rapide — que l'on relève dans la plupart des cas qui ont guéri.

(1) Lejars. Abcès sous-phrénique. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 8 décembre 1897, p. 735, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 460.)

(2) Ch. Monod. Pyothorax sous-phrénique; perforation du diaphragme; incision du dixième espace intercostal; guérison. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 8 déc. 1897, p. 735, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 460.)

(1) Les chiffres de M. Maydl en fournissaient la preuve : 35 faits d'abcès gazeux d'origine stomacale donnaient 91.5 % de mortalité; 13 faits semblables d'origine intestinale, 100 % de mortalité; la proportion des décès tombait à 56 % dans 25 cas d'abcès non gazeux d'origine « pérityphlitique ».

(2) J. Weber. Zur Casuistik der subphrenischen Abscesse nach Appendicitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1900, LIV, 5-6, p. 423, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 405.)

(3) Dans un article plus récent, M. J. Weber publie 11 nouveaux cas d'abcès sous-phrénique, dont 6 d'origine appendiculaire. — Voir : J. Weber. Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der subphrenischen Abscesse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1901, LX, 1-2, p. 127.)

(4) Jalaguier. Abcès sous-phrénique. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1er déc. 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 453.)

(5) Berger. Abcès sous-phréniques. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 17 nov. 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 436.)

(6) Spillmann. Appendicite perforante avec abcès sous-diaphragmatique consécutif. (*Presse méd.*, 7 sept. 1898.)

(7) Krohne. Beitrag zur Kenntnis der subphrenischen Abscesse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er nov. 1900, p. 708.)

Umber (1), et 13 observations de M. J. Weber (2), ce qui donne un ensemble de 59 cas.

On aurait tort de croire, d'ailleurs, que les abcès sous-phréniques d'origine appendiculaire soient toujours rétro-péritonéaux, et succèdent à la progression lente du pus, le long de la paroi abdominale postérieure : ils peuvent aussi gagner la zone sous-phrénique par la voie intra-péritonéale, par une longue traînée ascendante que limitent les adhérences. D'autre part, si la collection sus-hépatique n'est parfois que le prolongement du foyer péri-appendiculaire, si même la situation haute et remontante de l'appendice devient une prédisposition à de pareilles fusées, il arrive également que le foyer sous-phrénique et le foyer iliaque n'aient aucune continuité, et même que le foyer iliaque soit éteint, lorsque s'allume le foyer supérieur.

Et c'est pour cela précisément que ces complications revêtent, en clinique, des allures fort diverses, qu'on peut, en somme, ramener à quelques types.

Parfois, dès le début, *tout est cantonné à la zone sous-phrénique;* on ne reconnaît l'appendicite que plus tard, au cours de l'intervention : le petit malade opéré par M. Jalaguier, un garçon de onze ans et demi, était entré dans le service de M. Comby avec des accidents qui firent croire à une pleurésie purulente diaphragmatique; on réséqua la neuvième côte dans la ligne axillaire et l'on dut inciser le diaphragme, adhérent à la paroi thoracique, pour pénétrer dans la cavité purulente : il en sortit d'abord des gaz, puis une grande quantité de pus bien lié, fétide, d'odeur fécaloïde; « l'exploration digitale montra que la cavité de l'abcès, limitée en haut et en avant par la voûte diaphragmatique, en bas et en arrière par le foie refoulé, se dirigeait en bas vers la fosse iliaque en suivant le côlon ascendant. »

Ailleurs, c'est *à une date variable après le début des accidents iliaques* qu'apparaissent les premiers indices de la complication sous-phrénique : dès les premiers jours, et d'assez bonne heure pour masquer en partie l'affection originelle; plus souvent, du dixième au vingtième jour; enfin, cette complication peut être *lointaine* et ne se montrer qu'au bout de trois semaines, de six semaines, ou plus (3).

Qu'elle soit précoce ou tardive, la suppuration sous-phrénique s'annoncera par une douleur haut située, un point de côté, par la dyspnée, par le retour de la fièvre et des frissons, si la période aiguë de l'appendicite est déjà passée, par les résultats du palper et de la percussion.

La douleur se prolonge, en arrière et latéralement, *dans le flanc et la région lombaire*, jusqu'aux confins de la fosse iliaque; à ce même niveau, on sent une tuméfaction profonde, « descendante », et la percussion révèle aussi une matité qui prolonge, en bas, le long de la paroi postéro-latérale, la matité de la base du thorax. Un autre signe, moins fréquent toutefois qu'on ne le dit, c'est *l'œdème de la région lombaire;* il était considérable chez un opéré de M. J. Weber et s'étendait de l'angle inférieur de l'omoplate à la crête iliaque; il est toujours de signification fort précieuse.

Enfin, là encore, la ponction exploratrice conserve son utilité et ses indications; elle devra être pratiquée avec la méthode que nous exposions plus haut.

L'intervention suivra, sans tarder; on ne saurait oublier, en effet, que, si le pronostic de ces collections rétro-péritonéales est, en général, meilleur que celui des abcès intra-péritonéaux, cette bénignité relative suppose l'incision précoce. Sur les 59 malades que nous signalions plus haut, 16 n'ont pas été opérés : de ce nombre, 5 ont guéri (dont 4 par vomique), et 11 sont morts, soit 68.75 % de mortalité; 43 ont été opérés, et l'on relève 25 guérisons et 18 morts, soit 58.13 % de guérisons; enfin M. Sachs fait observer que 8 malades opérés après trois semaines ont donné 4 morts (50 % de mortalité), et 13 autres, opérés avant trois semaines, une seule mort (7,6 % de mortalité).

C'est, du reste, en moyenne, dans les trois semaines que la mort survient, quand l'affection est méconnue ou non traitée; et c'est aussi à la même date que se produisent les vomiques, parfois salutaires.

On aurait tort, toutefois, de compter sur cette évacuation par vomique, et, le plus souvent, la communication pleuro-pulmonaire doit être tenue pour une aggravation. Or, elle est fréquente; sur les 41 faits de M. Sachs, elle a été relevée 22 fois, soit 53.6 %; des 9 premiers cas de M. J. Weber, 6 étaient compliqués de pyothorax droit. Et cet envahissement du thorax complique aussi l'intervention.

Celle-ci, d'ailleurs, a été fort diverse, dans les observations publiées, depuis l'incision iliaque prolongée jusqu'à l'incision transpleurale, et la localisation du foyer peut commander, en effet, telle ou telle voie. Mais ce que nous tenons à bien établir, c'est qu'il est possible, dans un grand nombre de cas, de faire toute la besogne *par la voie lombaire*, et M. Winkelmann (1) y a insisté de son côté. L'incision figurée ci-dessous (*fig. 10*) suit le bord externe de la masse sacro-lombaire, dans son tiers supérieur, et remonte, un peu obliquement, à hauteur variable, sur les dernières côtes : elle permet d'ouvrir l'abcès sans résection costale, lorsqu'il déborde suffisamment la base du thorax; s'il faut remonter plus haut et se faire du jour, on résèque un segment des deux ou trois dernières côtes, et l'on refoule en haut, sous le doigt ou un écarteur, le diaphragme détaché et le cul-de-sac pleural.

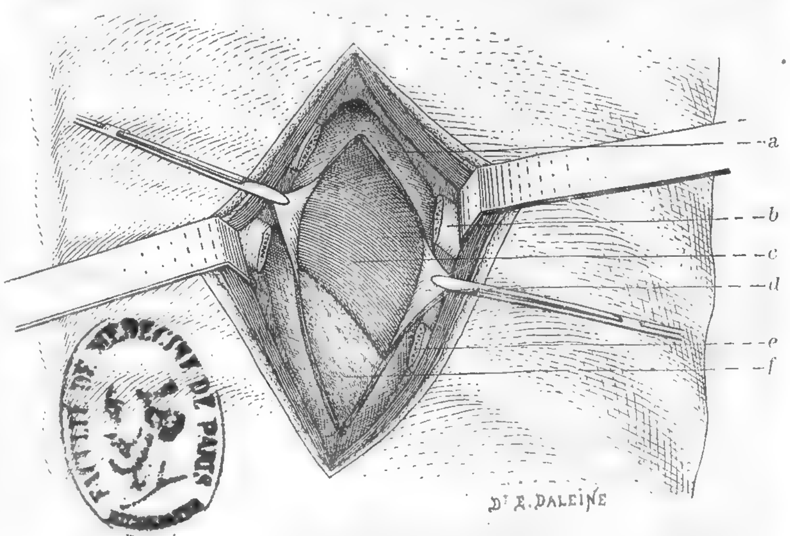


Fig. 10.

Abcès sous-phrénique rétro-péritonéal : *voie d'accès lombaire.*

a, diaphragme; *b*, neuvième côte excisée; *c*, bord postérieur du foie; *d*, paroi rétractée; *e*, dixième côte excisée; *f*, atmosphère graisseuse périrénale.

Enfin, lors de pyothorax, on devra combiner, à cette première voie, l'incision pleurale, et drainer dans les deux sens.

Quels qu'en soient les variétés et le siège, les suppurations de la zone sous-phrénique sont donc toujours accessibles; elles sont, de plus, curables, en dehors de quelques formes exceptionnelles, si l'on intervient à temps : on peut en conclure que le sort du malade dépend d'un diagnostic posé de bonne heure, confirmé par les diverses méthodes d'exploration, et immédiatement suivi de l'opération nécessaire.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

Le diagnostic différentiel entre la pyurie d'origine vésicale et la pyurie due à la pyélite.

S'il est relativement aisé de déterminer le point de départ d'une pyurie qui n'apparaît qu'à titre de complication d'une affection rénale (lithiase, cancer, kyste hydatique, etc.) se traduisant par d'autres symptômes assez caractéristiques pour qu'on puisse facilement faire le diagnostic, il est loin d'en être de même lorsque, en l'absence de pareils signes, la question se pose de savoir si le pus provient de la vessie ou du bassinet. En effet, la polyurie trouble (Guyon), que les traités classiques décrivent comme un symptôme cardinal de la pyélite, tient surtout à l'abondance du pus et, partant, peut faire défaut dans les cas de pyélonéphrite légère, tandis qu'on la retrouvera chez des malades atteints de cystite chronique très intense et très ancienne, avec infection profonde de la vessie et suppuration abondante.

On a, il est vrai, signalé une réaction soi-disant particulière au pus rénal (Bouchard) et qu'on obtient de la façon suivante : dans un tube à essai contenant de l'urine à examiner, on verse quelques gouttes de liqueur de Fehling, jusqu'à ce qu'on ait une coloration verdâtre. Puis on agite le tube à petits coups secs, ce qui donne lieu à la production de globules d'air qui — au lieu de se porter rapidement vers la surface du liquide, comme cela s'observe lorsqu'il n'y a pas de pus — montent très lentement ou bien restent en suspension dans l'urine à des hauteurs variables, emprisonnés qu'ils sont par les leucocytes. Si l'on chauffe ensuite progressivement le liquide, en évitant l'ébullition, on voit se former un magma qui se condense en englobant les vésicules d'air restées en suspension. On a prétendu que ce magma, qui monte vers la surface du liquide et ressemble à un crachat nummulaire, serait caractéristique du pus rénal, tandis que le pus provenant de la vessie ne se condenserait pas de la même façon. Or, en se basant sur un très grand nombre d'examens, personnels ou autres, M. le docteur Marcel Deschamps arrive à conclure, dans sa thèse inaugurale faite sous l'inspiration de M. le docteur Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris, que cette réaction, tout en présentant une valeur incontestable au point de vue du diagnostic de l'infection urinaire, n'indique nullement l'origine rénale de la suppuration, car on la retrouve dans des cas de cystite simple, voire même dans l'uréthrite. M. Deschamps a, du reste, pu obtenir très nettement cette réaction avec de l'urine rendue purulente d'une manière artificielle, par addition de pus provenant d'un phlegmon de la main.

D'autre part, un médecin allemand, M. le docteur G. Rosenfeld (de Breslau), s'est également appliqué à trouver dans les caractères mêmes de l'urine purulente les éléments du diagnostic causal de la pyurie. Notre confrère estime qu'il faut tenir compte de trois points principaux, à

(1) Umber. Pyo-pneumothorax subphrenicus (von Leyden) auf perityphlitischer Basis ohne Perforation. (*Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, VI, 4-5.)

(2) Les deux premières observations de M. J. Weber figurent, en effet, déjà dans la statistique de M. Sachs.

(3) Dans un fait de M. J. Weber, le malade avait été opéré, six mois auparavant, d'une appendicite, puis d'un empyème droit à colibacille; il avait guéri complètement, ne gardant qu'un peu de douleur au côté droit de la poitrine, lorsque, après cette longue période, la collection sous-phrénique se développa et fut ouverte, à son tour, au niveau de la onzième côte réséquée.

(1) Winkelmann. Beiträge zur Casuistik der operativ behandelten subphrenischen Abscesse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 fév. 1899, p. 109.)

savoir : la réaction de l'urine, la forme des leucocytes et des globules rouges renfermés dans le pus et, surtout, le rapport qui existe entre la teneur de l'urine en albumine et la quantité de pus.

En ce qui concerne le premier point, on sait aujourd'hui que la réaction de l'urine est acide dans les cas de pyélite, sans qu'on puisse cependant affirmer qu'elle soit toujours alcaline dans la cystite; il est, en effet, des inflammations de la vessie (cystite tuberculeuse, cystite par calculs uratiques) où l'urine reste acide. Quoi qu'il en soit, on peut, tout au moins, poser en principe qu'une urine purulente non acide permet d'exclure l'hypothèse de pyélite pure, non compliquée de cystite.

Les globules blancs à contours nettement arrondis proviennent généralement de la vessie, tandis que dans les cas où l'on a affaire à des leucocytes altérés et irrégulièrement crénelés, le diagnostic doit pencher en faveur de l'origine pyélitique du pus. Il en serait à peu près de même pour les hématies : les tumeurs mises à part, les affections de la vessie ne donneraient guère lieu à des altérations des globules rouges entraînés avec l'urine, alors que les hématies provenant des bassinets présenteraient non seulement des modifications morphologiques très marquées, mais auraient encore perdu, en tout ou en partie, leur matière colorante.

Par contre, les formations épithéliales seraient, d'après M. Rosenfeld, loin d'avoir la valeur qu'on est porté à leur attribuer pour le diagnostic de la localisation de la suppuration.

Le caractère différentiel le plus important serait fourni, selon notre confrère, par l'étude du rapport entre la teneur en albumine et la quantité de pus. A en juger d'après les recherches auxquelles il s'est livré à cet égard, la proportion d'albumine dans l'urine décantée ne dépasserait jamais 1 à 1.5 ‰ dans les cas de cystite, et cela alors même qu'après sédimentation on trouve un dépôt purulent de plusieurs centimètres de hauteur. Il en serait tout autrement chez les malades atteints de pyélite : même avec une quantité de pus tout à fait insignifiante (dépôt de 1 à 2 millimètres), le taux de l'albumine atteindrait des chiffres au moins aussi élevés que dans les cystites avec suppuration très abondante; et en cas de pyélite avec dépôt purulent considérable, la teneur de l'urine en albumine dépasserait de beaucoup la proportion maxima qu'on trouve dans la cystite et atteindrait 3 ‰.

La valeur diagnostique de ce rapport entre le taux de l'albumine et la quantité de pus a été confirmée par des examens cystoscopiques ainsi que par des constatations anatomiques. Depuis ses premières recherches, qui datent de 1898, M. Rosenfeld a eu, en outre, l'occasion d'observer un cas de pyélite survenu dans des conditions particulières, qui ont fourni la preuve en quelque sorte expérimentale du bien fondé de l'opinion de notre confrère. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, chez lequel M. le docteur P. Sackur (de Breslau) retira, par la ponction d'une hydronéphrose gauche, 700 c.c. d'urine ne contenant ni albumine, ni éléments figurés. On fit ensuite une pyéloplication, puis on introduisit une mèche de gaze jusque dans le voisinage immédiat de l'endroit sur lequel avait porté la ponction. Les jours suivants, le patient élimina une urine acide et qui donna lieu à la formation d'un dépôt de 1 à 2 millimètres, constitué presque exclusivement par des leucocytes crénelés et quelques hématies décolorées et altérées. Or, cette urine, si pauvre en sédiment, renfermait 1.75 ‰ d'albumine! On retrouvait, par conséquent, ici tous les signes susmentionnés de pyélite, à savoir : la réaction acide, la forme amiboïde des globules blancs, la destruction des hématies et surtout la teneur considérable de l'urine en albumine. La pyurie et l'albuminurie ne tardèrent pas à cesser dès qu'on eut retiré la mèche de gaze.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars 1902.

Sur la recherche médico-légale de l'origine du sang à l'aide des sérums précipitants.

M. Linossier. — Jusqu'à ces derniers temps, une tache de sang étant donnée, le seul moyen applicable à la détermination de son origine consistait à la délayer dans un liquide approprié, et à mesurer le diamètre des globules restés intacts.

Dans la pratique, ce procédé ne permet guère de différencier que les globules nucléés et elliptiques des oiseaux d'avec les globules discoïdes des mammifères; à la rigueur, dans un cas très favorable, il peut autoriser une distinction entre les globules de l'homme et ceux du chevreau, qui sont particulièrement petits, mais jamais il ne peut permettre de distinguer le sang de l'homme d'avec celui de chien ou de lapin. Aussi la méthode de différenciation des diverses espèces de sang proposée par M. Uhlenhuth, d'une part, et par MM. Wassermann et Schütze, d'autre part (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 66-67), et fondée sur l'emploi des sérums précipitants de Tchistovitch et Bordet, a-t-elle été accueillie avec une grande faveur.

Ayant étudié ces sérums précipitants à un tout autre point de vue, avec M. Lemoine, nous avons été amenés à faire un certain nombre d'observations intéressantes au point de vue médico-légal.

La plus importante est relative à la spécificité de ces sérums précipitants. Tous les auteurs admettent que, sauf quelques exceptions pouvant créer une confusion entre les sangs d'animaux très voisins, ces sérums sont strictement spécifiques; que le sérum précipitant du sang humain ne précipite, par exemple, que le sang humain et le sang de singe, mais ne précipite aucun des autres sangs que l'on pourrait confondre avec celui de l'homme : c'est sur cette spécificité même qu'est fondé l'emploi des sérums précipitants.

Or, il résulte de nos recherches que cette spécificité n'existe pas (Voir plus loin, p. 106) : le sérum précipitant soi-disant spécifique vis-à-vis du sang humain précipite aussi les sérums de bœuf, de cheval, de chien, de mouton, de porc, de cobaye, de poulet; mais la réaction est incomparablement plus sensible avec le sang humain. Aussi est-il possible d'éviter à l'avenir la cause d'erreur qui résulte de cette non-spécificité, en ne pratiquant la réaction que sur des solutions sanguines étendues. C'est ainsi qu'une solution de sérum au millième nous a paru toujours précipiter par le sérum actif correspondant, et jamais par un autre sérum actif.

A la condition d'être prévenu de la cause d'erreur que nous signalons, la méthode nouvelle peut donc rendre à la médecine légale d'importants services, et permettre des distinctions impossibles avant son emploi.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mars 1902.

De l'arsenic et du phosphore organiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. A. Mouneyrat. — Ayant pu constater que le méthylarsinate disodique est impuissant à obvier à lui seul à la phosphaturie des tuberculeux, j'ai eu l'idée d'associer à ce médicament un composé phosphoré organique; dans ce but, j'ai utilisé l'acide nucléinique provenant de la laitance de harengs. Je me suis servi d'une solution dosée de telle sorte que 30 c. c. (dose journalière à administrer en deux fois) continssent 0 gr. 05 centigr. de méthylarsinate disodique et 0 gr. 20 centigr. d'acide nucléinique.

J'ai expérimenté cette médication sur un certain nombre de tuberculeux au premier ou au second degré, pyrétiques, chez lesquels divers moyens de traitement (repos au lit, cacodylate de soude, lécithine, créosote, etc.), n'avaient produit aucun effet. Chez ces malades, la solution arsénio-phosphorée a déterminé assez rapidement (en un mois environ) une amélioration de l'état général avec augmentation de l'appétit, disparition des sueurs nocturnes et de la fièvre, diminution de la toux; en même temps, l'expectoration perdait son caractère de purulence; parfois même, les bacilles de Koch ont disparu des crachats; enfin, le nombre des globules rouges augmentait, ainsi que celui des leucocytes, notamment des grands mononucléaires à noyaux polymorphes qui sont de puissants « toxicophages ».

Recherches expérimentales sur la vie mentale des « jumeaux chinois ».

MM. N. Vaschide et **H. Piéron** adressent une note relative aux résultats de leurs recherches sur les phénomènes psychologiques que présente le xiphopage chinois (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 92).

Les deux sujets qui composent ce monstre peuvent s'endormir et se réveiller isolément ; mais, dans la majorité des cas, leurs sensations internes sont suffisamment coordonnées pour qu'ils n'aient pas besoin de se mettre verbalement d'accord ; les sensations générales, telles que la faim, la soif, etc., s'esquissent d'ordinaire presque simultanément.

En ce qui concerne la respiration, il existe de l'un à l'autre des différences de fréquence, d'amplitude et de rythme assez considérables ; quand on empêche l'un d'eux de respirer, on observe chez l'autre une diminution remarquable de la respiration.

Au point de vue sensoriel, on note une sensibilité plus aiguisée chez Lia-Sienne-Chen (l'individu de gauche), qui est aussi plus émotif que son frère ; celui-ci, Lia-Toun-Chen, a, par contre, des temps de réaction plus rapides ; sa mémoire et ses diverses facultés psychiques sont également plus développées.

Enfin, on constate, sur la membrane d'union, l'existence d'une zone large d'un millimètre environ, insensible à toute espèce d'excitation tactile.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1902.

Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux, traité par le sérum gélatiné.

M. Reynier. — A propos du fait relaté par M. Tuffier dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 92), je désire vous communiquer une observation d'anévrysme où le sérum gélatiné a exercé la plus heureuse influence.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, qui, au mois de juin 1901, s'était fait dans une chute une fracture de la base du crâne, à la suite de laquelle apparurent tous les signes d'un anévrysme artério-veineux du sinus caverneux.

Je pratiquai la ligature de la carotide primitive droite, deux mois environ après l'accident. Cette intervention eut tout d'abord un résultat satisfaisant, mais bientôt le bruit de souffle anévrysmal reparut, en même temps qu'il survenait des troubles cérébraux imputables à la ligature de la carotide primitive.

Je songeai à tenter la ligature de la carotide primitive gauche, mais, reculant devant la gravité de cette opération, je conseillai au médecin qui soignait la malade de lui faire régulièrement des injections de sérum gélatiné. Après une amélioration passagère, les troubles reparurent, puis, sous l'influence du sérum gélatiné, le souffle anévrysmal cessa de nouveau pendant quelque temps, pour se reproduire ensuite. Il y eut ainsi une série d'alternatives de disparition et de retour du souffle; enfin, celui-ci s'atténua progressivement, et finit par disparaître.

Appendicite herniaire compliquée de phlegmon gangreneux du scrotum.

M. Legueu. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Morestin, relative à un cas de gangrène scrotale d'origine appendiculaire. Lorsque le malade dont il s'agit fut amené à l'hôpital, il présentait, avec un état général grave, tous les signes d'un phlegmon gangreneux du scrotum, phlegmon qui paraissait être la conséquence

d'une hernie ancienne siégeant au niveau du canal inguinal du côté droit.

Dans une première intervention, notre confrère se borna à inciser largement le scrotum, au thermocautère; il trouva l'appendice adhérent à la paroi du sac herniaire, et perforé; une fistule appendiculaire stercorale persista. Ultérieurement, M. Morestin compléta la guérison en pratiquant une cure radicale, après résection de l'appendice.

M. Walther. — J'ai observé, il y a sept ou huit ans, un cas tout à fait analogue d'appendicite herniaire perforante, compliquée de phlegmon gangreneux du scrotum. C'est dans les faits de ce genre qu'on peut croire à un étranglement ou à un pincement latéral.

M. Bazy. — Qu'il s'agisse d'un pincement latéral de l'intestin ou de l'étranglement d'une anse intestinale, la suppression absolue des gaz s'observe en général de la même façon.

M. Schwartz. — Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le signaler l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 244), il est cependant des cas insidieux de pincement latéral, où les gaz ne sont pas supprimés.

M. Potherat. — J'ai observé aussi un exemple d'appendicite herniaire qui peut être rapproché de ceux qu'on vient de nous citer.

Pseudo-appendicite.

M. Schwartz. — Je désire vous communiquer un cas intéressant de pseudo-appendicite. Une infirmière de l'hôpital Cochin, après avoir été opérée d'urgence, à l'hôpital Necker, pour des accidents d'appendicite, avait ultérieurement subi une seconde intervention, à la Pitié, pour une éventration consécutive à la première opération. Cette femme fut prise à nouveau d'accidents douloureux développés dans la fosse iliaque droite, avec élévation de la température et point de McBurney tout à fait typique; on sentait dans la fosse iliaque une petite masse très nettement appréciable. Je fis une laparotomie latérale, au cours de laquelle je pus vérifier l'absence de l'appendice, représenté seulement par un moignon parfaitement sain en apparence; par contre, je trouvai sur l'intestin grêle, au voisinage de l'angle iléo-cæcal, une petite tumeur que j'enlevai et qui était constituée par une masse fibreuse développée, comme l'examen histologique le montra plus tard, autour des débris d'un fil de soie. Ignorant, au moment de l'intervention, la cause qui avait déterminé l'apparition de cette masse fibreuse, j'ai suturé l'intestin avec de la soie; j'espère que cette suture ne deviendra pas le point de départ d'un nouveau fibrome.

M. Pauchet (d'Amiens) lit une observation d'anus vaginal consécutif à une hystérectomie vaginale pour cancer, et traité par une entéro-anastomose et l'exclusion de l'anse fistuleuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 mars 1902.

Ascite lactescente et cirrhose atrophique.

M. Souques. — Un homme de soixante et un ans entre à l'hôpital avec tous les signes d'une cirrhose atrophique. Deux ponctions abdominales, pratiquées à quelques jours d'intervalle, donnent issue respectivement à 13 et à 15 litres de liquide lactescent. Sur ces entrefaites, le malade succombe. A l'autopsie, on trouve dans la cavité abdominale 10 litres environ de sérosité lactescente. Le péritoine est lisse et brillant, le volume des ganglions mésentériques n'est pas augmenté, les chylifères ne sont pas dilatés et on n'y constate pas trace de perforation. Cependant, la citerne de Pecquet est remplacée par une poche remplie de sang coagulé, communiquant avec le canal thoracique. Le foie est petit, résistant, parsemé de granulations et offre une coloration jaune chamois.

La sérosité ascitique n'est pas modifiée par la centrifugation et ne s'éclaircit qu'incomplètement par le liquide d'Adam. Au microscope, on y voit un grand nombre de mononucléaires et de lymphocytes, ainsi que quelques globules de graisse. L'examen chimique y décèle la présence d'une certaine quantité de nucléo-albumine, ainsi que 3 gr. 20 centigr. de graisse par litre.

Etant données ces constatations, comment peut-on comprendre l'association de cette cirrhose avec une ascite lactescente? L'absence de toute lésion péritonitique rend vraisemblable l'hypothèse, émise par M. Jousset, de l'existence d'une radiculite des chylifères intestinaux, radiculite qui favorise la diapédèse des leucocytes dans le péritoine; ceux-ci subissent alors des phénomènes de fragmentation et de dissolution, et la graisse ainsi mise en liberté forme une émulsion qui donne lieu à la lactescence.

M. Achard. — J'ai observé avec M. Laubry, au cours d'une cirrhose atrophique, une ascite qui nécessita 8 ponctions en trois mois, parce qu'elle menaçait de s'ouvrir à l'ombilic. D'abord limpide, le liquide devint opalin, puis franchement laiteux. Il renfermait, comme la plupart des épanchements ascitiques, des lymphocytes et des mononucléaires. L'analyse chimique montra que la lactescence était due en partie à la graisse (1 gr. 60 centigr. par litre), en partie aux albumines : parmi ces dernières se trouvaient des nucléo-albumines, dont la solution était presque aussi lactescente que le liquide péritonéal lui-même.

Au cours de la maladie survint une légère poussée inflammatoire du côté de la plèvre droite; un peu de sérosité put être retirée; elle était opalescente, mais moins que l'épanchement ascitique. Il est vraisemblable qu'il s'agissait d'une filtration de ce dernier dans la plèvre à travers les lymphatiques du diaphragme.

Au contraire, le sérum du sang n'était pas opalescent, ce qui se conçoit sans peine, car les particules qui engendrent l'opalescence passent plus difficilement dans le système sanguin : il leur faudrait, en effet, ou bien traverser les parois des capillaires, qui ne sont pas perméables aux solides, ou bien cheminer par les lymphatiques sous-péritonéaux, où elles rencontreraient des ganglions qui les arrêteraient.

Le sérum agglutinait fortement les globules rouges des sujets sains, tandis que la sérosité ascitique était dépourvue de cette propriété.

Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme.

M. Petit montre un sujet âgé de vingt-trois ans, mais ne paraissant pas en avoir plus de quinze, qui a été inscrit à sa naissance sur les registres de l'état civil comme appartenant au sexe féminin; depuis, cet état civil a été rectifié et actuellement cet individu est inscrit comme sujet du sexe masculin. Or, quand on examine les organes génitaux, on constate la présence d'une verge longue de 4 à 5 centimètres, mais imperforée, au-dessous de laquelle se voit un petit pertuis situé entre deux replis cutanés simulant assez bien un orifice vulvaire. C'est par ce pertuis que s'écoule l'urine et aussi, tous les mois environ, une certaine quantité de sang, pouvant être évaluée à 150 ou 200 grammes. On perçoit, en outre, au niveau des canaux inguinaux, deux saillies mollasses qui peuvent être aussi bien des testicules que des ovaires; une opération permettra seule de trancher la question. Il semble donc impossible, actuellement, de décider si l'on est en présence d'un homme ou d'une femme; il est à noter, cependant, que jusqu'à présent cet individu, dont les seins sont très développés, ne présente aucun appétit pour les sujets du sexe masculin; il éprouve, au contraire, des désirs très impérieux lorsqu'il se trouve en présence d'une femme et émet à ce moment, par le pertuis sous-jacent à la verge, une petite quantité d'un liquide blanchâtre dans lequel on n'a pas pu déceler de spermatozoaires.

Paralysie spinale antérieure aiguë.

M. Londe présente, au nom de M. Phulpin et au sien, deux malades : une jeune fille de seize ans et un homme de quarante-neuf ans, qui ont été atteints tous deux, à la suite d'une grippe, d'une paralysie intéressant les quatre membres, surtout les membres inférieurs, ainsi que la moitié gauche de la face et le nerf moteur oculaire externe du même côté. Cette paralysie semble devoir être rattachée à une altération de la totalité du neurone moteur périphérique, la participation évidente des nerfs au processus morbide empêchant de la considérer comme relevant d'une simple poliomyélite antérieure aiguë.

M. Merklen. — Les paralysies dont M. Londe vient de nous montrer deux exemples sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit; en ce qui me concerne, je me souviens d'en avoir vu au moins 3 cas. Le dernier que j'ai observé concernait une jeune fille de quinze à seize ans, qui fut prise, quelques jours après un simple mal de gorge, d'une sensation d'agacement dans les jambes. Le lendemain elle était paraplégique, et la température s'élevait à 39°; le surlendemain la paralysie avait envahi les quatre membres et le tronc. Il existait, en même temps, des douleurs très vives sur le trajet des nerfs sciatiques. Ces accidents, qui ne datent que d'une vingtaine de jours, sont aujourd'hui très atténués, et dans quelques semaines ils auront, je l'espère, complètement disparu. Ces paralysies, en effet, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, sont bénignes et ne persistent généralement pas au delà d'un mois ou un mois et demi.

Un cas d'angine goutteuse vraie.

M. Lermoyez. — Un homme de cinquante ans, n'ayant jamais eu d'accès de goutte, est pris brusquement, pendant la nuit, d'une violente douleur de gorge avec fièvre intense. Le pharynx présente un gonflement diffus, rouge sombre. Peu à peu, les phénomènes locaux s'accentuent au point que la déglutition devient impossible. Le huitième jour, croyant à un phlegmon péri-amygdalien, on propose une intervention chirurgicale que le malade refuse. Le lendemain, au réveil, le mal de gorge a complètement disparu, sans qu'il y ait eu expectoration de pus ni de sang, mais un accès typique de goutte s'est déclaré au niveau du gros orteil gauche.

Ce fait prouve qu'en regard des angines aiguës quelconques, survenant chez les goutteux, il y a lieu d'admettre l'existence d'angines goutteuses vraies, qui peuvent se reconnaître aux caractères suivants : début brusque, évolution rapide, fièvre vive avec atteinte profonde de l'état général, douleur excessivement intense, diffusion des lésions qui dépassent les limites du pharynx, nature exclusivement fluxionnaire de ces lésions sans trace d'exsudat et, enfin, intégrité des ganglions.

En présence d'une angine goutteuse vraie, provoquant des douleurs intolérables, il est indiqué d'avoir recours au colchique qui peut amener un réel soulagement et rendre inutile une trachéotomie jugée indispensable quelques instants auparavant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 8, 15 et 22 mars 1902.

De la coloration du sérum dans les néphrites interstitielles et dans la ligature expérimentale des uretères.

MM. Gilbert et Herscher. — Dans la néphrite interstitielle, le sérum a presque toujours (dans 27 cas sur 32) une coloration jaune marquée et donne le plus souvent la réaction de Gmelin. En même temps, la peau présente une teinte jaunâtre, d'ordinaire légère, quelquefois plus accusée. Les urines, au contraire, sont pâles, mais, à la vérité, surabondantes.

Il y a là un syndrome particulier dont l'interprétation est malaisée dans l'état actuel de nos connaissances, c'est-à-dire dans l'ignorance où nous sommes de la nature véritable du *sérochrome* et de ses relations avec les pigments biliaires.

L'on peut supposer qu'il s'agit ou bien d'une cholémie véritable avec subictère, et en rattacher la production à l'action des poisons urémiques sur le foie, ou bien de la rétention dans l'organisme, par le fait de l'imperméabilité rénale, de la matière colorante normale du sérum.

Cette seconde manière de voir est celle qui nous séduit le plus, étant données l'imperméabilité rénale avérée des sujets atteints de néphrite interstitielle et la décoloration de leurs urines. Dans la néphrite parenchymateuse, où nous avons plusieurs fois recherché l'état du sérum, nous ne l'avons pas trouvé surcoloré, et l'on sait, d'autre part, d'après les recherches de M. Bernard, que dans cette affection les reins ont une perméabilité normale ou même exagérée.

Enfin, nous avons déterminé chez deux chiens, par la ligature des uretères, une surcoloration du sérum analogue à celle que nous avions observée dans la néphrite interstitielle.

Mais de quelle nature est le sérochrome? Est-il identique aux pigments biliaires et faut-il admettre ici, par conséquent, une *cholémie* et un *ictère d'origine rénale?* ou bien le sérochrome, tout en ne pouvant être différencié d'avec les pigments biliaires au moyen des réactions dont nous disposons, est-il différent de ces pigments, ainsi qu'on le pense communément, et faut-il parler d'une *pseudo-cholémie* et d'un *pseudo-ictère hypersérochromique?* Ce sont là des questions auxquelles les études que nous poursuivons actuellement nous permettront, nous l'espérons du moins, de répondre prochainement.

Sur la concentration du sang après la suppression de l'élimination rénale.

MM. Achard et **Lœper.** — La concentration moléculaire du sang, lorsqu'on la modifie artificiellement par des injections anisotoniques, se rétablit promptement. Si, avant l'injection, on a supprimé la sécrétion de l'urine par la ligature du pédicule rénal, on observe, après une modification plus ou moins considérable de la concentration du sang — qui peut aller jusqu'au double de la normale —, un retour vers un taux plus voisin de l'état physiologique. Il est vrai que, dans le cas d'injection hypertonique, la concentration reste alors un peu plus élevée qu'avant la ligature; mais il en est de même lorsque, sans injecter aucune solution, on lie simplement le pédicule rénal.

En somme, la suppression de l'élimination rénale n'abolit pas l'action régulatrice qui tend à rétablir l'équilibre osmotique artificiellement troublé par les injections anisotoniques.

De l'élimination des phosphates dans la pneumonie et dans la fièvre typhoïde.

M. Gouraud. — Pendant la période fébrile de la pneumonie et de la fièvre typhoïde, on constate une diminution du taux des phosphates, diminution qui porte surtout sur les phosphates terreux. Après la défervescence, au contraire, il existe une crise phosphaturique, due principalement, elle aussi, à l'augmentation des phosphates terreux; il y a, en outre, inversion de la formule des phosphates et le coefficient monte à 50 et 70 %.

Ces notions peuvent servir à différencier la pneumonie et la fièvre typhoïde d'avec les processus aigus tuberculeux, où l'on trouve de la phosphaturie pendant la période d'état.

Etude du sang d'un fœtus humain à la onzième semaine de la vie intra-utérine.

MM. Sabrazès et **Muratet** (de Bordeaux) adressent une note sur les éléments figurés du sang d'un fœtus humain à la onzième semaine.

Le rapport des leucocytes aux globules rouges, dans le sang du cœur, était de 1/400 environ. En ce qui concerne les hématies, il y avait 11 fois plus de globules anucléés que de nucléés; les mégaloblastes étaient presque aussi abondants que les normoblastes. Quant aux leucocytes, ils étaient représentés par des lymphocytes de dimensions variables (de 7 μ à 11 μ) et par de grands leucocytes mononucléés.

Sur la diazoréaction d'Ehrlich.

MM. Deléarde et **Hautefeuille** (de Lille). — En étudiant l'action des divers antiseptiques intestinaux sur la diazoréaction d'Ehrlich, nous avons constaté que, seuls, le phénol, le salol, le benzo-naphtol et le bétol diminuent ou suppriment la diazoréaction; c'est grâce à leur fonction phénol que ces substances possèdent cette propriété.

On peut conclure de ces faits que la diazoréaction n'est pas en rapport direct avec l'intensité des putréfactions intestinales.

Le voile du palais et la voix de « fausset ».

M. Gellé. — Par l'étude des résonnances des cavités et des os de la face pendant la phonation, j'ai pu constater le rôle important joué par la tension extrême du voile du palais dans la production de la voix de fausset: le voile du palais surtendu ne transmet plus aucune vibration à l'air des cavités nasales, d'où l'absence de la résonnance grave qui est propre à ces cavités. Le son laryngé émis seul prend alors le caractère suraigu qui constitue la voix de fausset.

Recherches sur les lésions spécifiques de la peau, du poumon et du foie dans la variole.

M. F.-J. Bosc (de Montpellier). — L'examen histologique des principaux organes de 2 enfants non vaccinés ayant succombé à une variole d'intensité moyenne, compliquée d'accidents pulmonaires, nous a montré, comme altération essentielle, une hypertrophie et une prolifération désordonnée des cellules épithéliales et conjonctivo-vasculaires des organes lésés, surtout au niveau de la peau, du poumon (bronchopneumonie épithéliale) et du foie (adénome).

Sur l'immunité vaccinale.

M. Rehns. — On sait qu'il est facile de déterminer une éruption vaccinale typique chez le lapin en frottant simplement la peau préalablement rasée avec de la pulpe vaccinale. Le vaccin prend également, dans les mêmes conditions, sur le cobaye et sur le rat blanc. Le sérum des lapins ainsi vaccinés ne possède aucune propriété immunisante ou virulicide à l'égard du virus-vaccin. Il en est de même du sérum des sujets réfractaires à la vaccination ou convalescents de variole. En outre, l'injection, dans le sang, d'une certaine quantité de lymphe variolique fraîche ne met pas le lapin à l'abri d'une vaccination ultérieure.

L'influence de l'anticytase sur les animaux qui reçoivent des hémolysines spécifiques.

M. Levaditi. — Lorsqu'on injecte dans le péritoine d'un cobaye une quantité donnée de sérum hémolytique pour les hématies de cobaye, sérum qui a été préalablement rendu inactif par un chauffage à 55°, on provoque une anémie et une hémoglobinurie prononcées et l'animal ainsi traité succombe rapidement. Or, il suffit d'injecter, en même temps que le sérum hémolytique, de l'*anticytase*, pour empêcher l'hémoglobinurie et en même temps prévenir la mort.

Cette anticytase, obtenue en administrant à des lapins du sérum de cobaye, n'agit pas, dans l'expérience précitée, en neutralisant la cytase. En effet, le pouvoir cytasique du sérum des animaux ayant reçu de l'anticytase, mesuré vingt-quatre heures après l'injection, n'est pas sensiblement diminué.

Sur les précipitines.

MM. Linossier et **Lemoine** communiquent les résultats d'une série d'expériences démontrant que les précipitines qui se forment dans le sérum sous l'influence d'injections d'un sérum hétérogène ne sont nullement spécifiques à l'égard de ce dernier sérum.

Relativement aux conditions susceptibles d'entraver plus ou moins la réaction précipitante, MM. Linossier et Lemoine ont pu s'assurer que le milieu le plus favorable à cette réaction est un milieu neutre ou légèrement alcalin; un excès d'alcali est moins nuisible, à ce point de vue, qu'un excès d'acide.

Enfin, ils ont constaté que, contrairement à l'opinion de M. Wolff, la sérine et la globuline sont l'une et l'autre coagulées par les sérums précipitants, et que chacune d'elle est susceptible de faire apparaître des précipitines dans le sang des animaux auxquels on l'injecte.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 17 mars 1902.

Quelques cas de chirurgie cérébrale.

M. F. Krause fait une communication dans laquelle il relate les observations d'un certain nombre de malades chez lesquels il a pratiqué la trépanation pour des accidents cérébraux de diverses natures (épilepsie partielle, tumeurs cérébrales, corps étrangers de l'encéphale, abcès consécutifs à une otite ou d'origine nasale, thrombose des sinus, etc.).

En ce qui concerne notamment le traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonnienne, l'orateur déclare qu'il faut se tenir en garde contre les statistiques où il est fait mention de « cas améliorés », des améliorations pouvant survenir sans aucune espèce d'intervention. On ne doit tenir compte que des guérisons complètes et durables, remontant pour le moins à cinq ou six ans.

M. A. Fränkel fait observer que l'extirpation des tumeurs cérébrales offre souvent de grandes difficultés, ces tumeurs étant de consistance très molle et s'enfonçant parfois profondément dans la substance cérébrale: or, si nos moyens de diagnostic nous permettent de préciser le siège de la tumeur, ils ne nous indiquent rien, relativement à sa situation profonde ou superficielle. Enfin, il peut être difficile d'éviter la hernie cérébrale, la pression intracrânienne soulevant la plaque osseuse destinée à obturer l'orifice de trépanation.

Métastases carcinomateuses multiples.

M. Gutmann montre des préparations provenant d'une femme de trente-six ans, chez laquelle on avait procédé, il y a cinq années, à l'extirpation du sein gauche cancéreux et à l'évidement de l'aisselle correspondante. Quand cette malade se fit recevoir pour la seconde fois à l'hôpital, on constatait chez elle l'existence d'une tumeur dure dans la fosse sus-claviculaire gauche, avec troubles sensitifs et moteurs du côté du membre supérieur. La mort étant survenue au bout de cinq jours, l'autopsie permit de reconnaître que la tumeur en question était constituée par la première côte en dégénérescence carcinomateuse; il existait en outre — en l'absence de toute récidive au niveau de la cicatrice opératoire — des métastases dans les deux plèvres, dans le fémur droit, dans plusieurs vertèbres et dans la voûte crânienne; enfin l'humérus droit renfermait en son centre un noyau cancéreux recouvert par une lamelle osseuse tellement mince qu'il se produisit une fracture du bras rien qu'en déposant le corps sur la table d'autopsie.

M. Litten attire l'attention sur le long délai qui s'est écoulé, dans ce cas, entre l'intervention et l'apparition des récidives. En ce qui concerne la fracture de l'humérus sous l'influence d'un choc insignifiant, il a observé un fait analogue: une femme, atteinte d'un sarcome de l'humérus qui ne s'était manifesté jusque-là par aucune douleur, se fit une fracture du bras en soulevant un verre.

Le traitement des anévrysmes par le sérum gélatiné.

M. G. Klemperer présente un volumineux anévrysme de l'aorte, dans lequel il s'est formé, sous l'influence d'injections de sérum gélatiné, un épais dépôt fibrineux. Ce fait, d'après l'orateur, permettrait d'espérer que ce mode de traitement, s'il est impuissant à empêcher l'issue fatale dans les gros anévrysmes, est du moins susceptible de donner de bons résultats dans les petites dilatations anévrysmales.

M. Litten fait observer que l'on rencontre toujours — même en l'absence de toute intervention thérapeutique — de pareils dépôts fibrineux dans les sacs anévrysmatiques, et qu'il n'est même point exceptionnel que ces dépôts soient aussi épais que dans le présent cas.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 22 mars 1902.

Association de troubles nerveux fonctionnels et organiques.

Dans la séance du 20 mars de la Société de Médecine interne de Vienne, **M. Epstein** a présenté une femme de cinquante-six ans, artério-scléreuse et ayant un rein mobile du côté

gauche, qui a été prise pendant son sommeil d'une parésie du membre supérieur droit et d'une paralysie des nerfs facial et hypoglosse gauches. Ces manifestations paralytiques disparurent à peu près complètement au bout de quelques jours, mais elles furent remplacées par une hémi-anesthésie du côté droit, de l'anosmie, de l'acousie, du rétrécissement du champ visuel et un tremblement de la main droite. Ces derniers phénomènes ayant cédé à l'application d'un aimant, l'orateur estime qu'il s'est agi, chez cette malade, d'une association d'accidents d'origine organique (paralysie du facial et de l'hypoglosse) et de troubles purement hystériques.

Tumeur tuberculeuse de l'oreillette droite.

M. Karl Sternberg a montré des pièces anatomiques provenant d'une femme de cinquante et un ans, qui a succombé à une tuberculose miliaire consécutive à une pleurésie du côté gauche. On voit, sur la paroi postérieure de l'oreillette droite, une petite tumeur manifestement constituée par l'agglomération d'un certain nombre de granulations tuberculeuses.

Action des courants électriques de haute fréquence.

Dans la séance du 14 mars de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. S. Jellinek** a communiqué le résultat de ses recherches sur la résistance de l'organisme aux courants électriques de haute fréquence.

La résistance du corps humain varie de 30,000 à 40,000 ohms, mais elle peut tomber jusqu'au trentième de ces chiffres, à la suite du passage prolongé du courant. En outre, les divers organes étant inégalement résistants, le courant se propage suivant la ligne de moindre résistance.

Il ne faut pas oublier qu'on peut voir survenir des accidents plusieurs jours seulement après l'application des courants électriques. Quant aux lésions qu'on rencontre en pareil cas, l'orateur cite le cas d'un lapin qui, quelque temps après avoir été soumis à l'action d'un courant de 1,000 volts, fut pris d'une paralysie des membres postérieurs avec incontinence des matières; cet animal ayant été sacrifié, on constata, au niveau de la moelle lombaire, une dégénérescence des cordons postérieurs; plus haut, toutes les parties avoisinant les cornes postérieures étaient également altérées; enfin, les nerfs sciatiques étaient dégénérés.

M. Richter déclare que les hémorrhagies périrachidiennes qui, d'après M. Kratter, devraient être considérées comme caractéristiques de la mort par électrocution, sont simplement dues à la section des veines intercostales au cours de l'autopsie. A l'Institut de médecine légale de Vienne, ces hémorrhagies n'ont jamais été observées chez les sujets foudroyés par des courants électriques.

M. Topolanski dit avoir observé des hémorrhagies dans la chambre antérieure de l'œil et dans le corps vitré, à la suite de l'action des courants électriques de haute intensité.

Coexistence d'un volvulus et d'un étranglement interne de l'intestin grêle.

M. Büdinger a présenté une femme de vingt-cinq ans, qui fut prise, deux mois après une fausse couche, de tous les signes d'un étranglement interne. L'opération démontra que les accidents provenaient, d'une part, de la torsion de l'intestin grêle autour de son axe et, de l'autre, d'un étranglement causé à la fois par deux brides épiploïques et par la trompe du côté droit. La coexistence de ce volvulus avec un étranglement interne doit être attribuée, d'après l'orateur, à une péritonite circonscrite que la malade aurait eue après sa fausse couche.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De l'asystolie progressive des jeunes sujets par myocardite subaiguë primitive, par MM. E. Josserand et L. Gallavardin.

Les auteurs classiques décrivent deux types principaux de myocardite, l'un, chronique, survenant chez des artérioscléreux, c'est-à-dire chez des individus déjà âgés, l'autre, aigu, apparaissant comme complication de diverses infections. Aussi, en présence d'un sujet jeune, indemne de toute lésion valvulaire comme de tout état infectieux, et présentant le tableau de l'asystolie, est-ce en général à la symphyse péricardique que l'on songe, surtout à une symphyse tuberculeuse, pour peu que le malade offre des troubles généraux ou quelques phénomènes stéthoscopiques susceptibles de faire douter de l'intégrité de ses sommets. Or, si un tel diagnostic est bien souvent fondé, il n'en existerait pas moins un certain nombre de cas à évolution rapide et fatale, où l'autopsie révèle, en l'absence de toute péricardite adhésive, l'existence de lésions plus ou moins prononcées du myocarde. C'est précisément cette catégorie de faits que MM. Josserand et Gallavardin s'efforcent, dans le présent travail, de constituer en entité morbide distincte.

Leur description est basée sur un certain nombre d'observations personnelles dont ils ne retiennent que 3, plus particulièrement démonstratives. Toutes les 3 concernent des individus jeunes (de vingt à trente ans) et du sexe masculin. Chez un d'entre eux, le début de la maladie fut brusque, sous forme d'une embolie cérébrale. Dans les 2 autres cas, il fut plus insidieux et se manifesta par de la toux, de la dyspnée, de l'amaigrissement, de la diarrhée; mais bientôt des phénomènes emboliques survinrent dans la circulation pulmonaire, se traduisant par des hémoptysies. L'embolie serait donc un accident précoce et particulièrement caractéristique. Peu à peu, l'asystolie s'accusa; la dyspnée était considérable, l'œdème envahit les malléoles, puis les jambes, les cuisses, l'abdomen, voire les membres supérieurs et la face, pendant que le foie débordait les fausses côtes, que la diurèse devenait insuffisante, les urines étant rares, foncées, albumineuses.

A l'examen physique, on trouvait le cœur hypertrophié, avec un ventricule droit dilaté; l'auscultation permettait de reconnaître, en même temps que l'intégrité de l'appareil valvulaire, un bruit de galop qui, joint à l'albuminurie et aux œdèmes, pouvait égarer le diagnostic en faisant supposer une néphrite. Fait remarquable, malgré la gravité des phénomènes asystoliques, le pouls resta d'ordinaire normal, peu fréquent, parfois seulement un peu arythmique.

Les hémoptysies se poursuivirent durant tout le cours de la maladie, qui fut progressif, quelle que fût la médication mise en œuvre; et c'est là une particularité digne d'être notée, car le traitement a d'ordinaire pour effet, chez les asystoliques, d'amener des rémissions qui peuvent être fort longues.

Enfin, la mort survint — de quatre à huit mois après le début de l'asystolie —, et l'autopsie permit de reconnaître, en même temps que l'intégrité du péricarde et de l'endocarde, l'existence d'une hypertrophie du cœur (530 gr. à 570 gr.); le ventricule gauche — parfois aussi le droit — renfermait une masse de caillots grisâtres, intimement adhérents à la paroi qui, à ce niveau, présentait une sclérose fort intense dans deux cas, discrète dans le troisième; le microscope y décelait l'existence de bandes et d'îlots scléreux avec dégénérescence des fibres musculaires, et de zones plus franchement inflammatoires constituées par des cellules jeunes, arrondies, témoignant que le processus était encore en activité. Il n'existait, ni dans le cœur lui-même, ni dans les autres organes, de signes d'artériosclérose. Les divers viscères n'offraient, outre des infarctus, que les altérations « cardiaques » vulgaires.

Quant à l'étiologie de cette variété de myocardite, les auteurs y voient une manifestation d'une infection à localisation primitivement myocardique, « les sujets en question faisant une myocardite comme tant d'autres font des néphrites aiguës ou subaiguës dans des circonstances étiologiques tout aussi obscures ». D'ailleurs, cette infection peut, dans certains cas, être démasquée; c'est ainsi qu'un des malades dont MM. Josserand et Gallavardin relatent l'histoire eut, en même temps que sa myocardite, une adénite axillaire de nature tuberculeuse, et que, de 4 faits plus ou moins analogues aux leurs, qu'ils ont pu recueillir dans la littérature, un concerne une myocardite nettement tuberculeuse, et un autre une myocardite vraisemblablement syphilitique. (*Arch. gén. de méd.*, novembre et décembre 1901.) — F. F.

Anesthésie [par le bromure d'éthyle] dans l'exentération du globe oculaire, par M. Brunschvig.

La discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie de Paris montre bien que, malgré tous les perfectionnements apportés à la technique de la narcose par le chloroforme, ce procédé d'anesthésie n'est pas exempt de dangers; et l'on sait que l'éthérisation ne met pas non plus à l'abri de tout accident. Aussi l'auteur attire-t-il l'attention sur la possibilité de pratiquer un certain nombre d'interventions sur l'œil, et notamment l'exentération du globe, avec le secours du bromure d'éthyle, anesthésique que la brève durée de son action (une minute environ) a empêché jusqu'ici de recevoir toutes les applications auxquelles il pourrait prétendre.

Etant donné que l'exentération du globe exige plus d'une minute, M. Brunschvig commence par instiller dans l'œil quelques gouttes de cocaïne, de façon à insensibiliser la conjonctive; il dissèque alors un lambeau conjonctival, assez loin en arrière pour que sa tension ne soit pas exagérée au moment où l'on serrera le fil, et il passe celui-ci, dont il laisse les chefs pendants. Ce n'est qu'à ce moment qu'on procède à la narcose générale, en employant un masque à chloroforme ou un simple cornet formé d'un mouchoir, dans lequel on verse d'emblée 10 ou 15 grammes de bromure d'éthyle, et qu'on enlève dès que l'anesthésie est obtenue, c'est-à-dire au bout de quarante secondes environ; il ne reste plus qu'à faire la section cornéenne et le curettage du globe, qui constituent les deux temps réellement douloureux de l'exentération.

Pour démontrer l'efficacité et l'innocuité de ce procédé, l'auteur relate six exemples d'exentération opérée de la sorte, avec le meilleur résultat, pour les affections les plus diverses (staphylome antérieur total, plaie grave de la cornée, phlegmon orbitaire, etc.). (*Ann. d'ocul.*, octobre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Un signe encore peu connu des affections cancéreuses, par M. Leser.

Depuis quelques années, l'auteur a eu l'occasion de constater, chez des sujets atteints de cancer, l'existence de très petites tumeurs multiples des téguments, ayant une coloration bleu rougeâtre et augmentant de nombre au cours de l'évolution de la maladie. C'est ainsi que dans un cas de carcinome du voile du palais, avec récidive et métastases ganglionnaires survenues quatre mois après l'intervention opératoire, le nombre de ces petites tumeurs angiomateuses, qui lors de la première admission du patient à l'hôpital n'était que de 16, s'éleva rapidement jusqu'à 216.

Frappé de ce fait, M. Leser a institué, en collaboration avec son assistant, M. Müller, une série de recherches cliniques en vue de se rendre compte du degré de fréquence des angiomes cutanés chez les cancéreux. Une autre question qui se posait était de savoir si les tumeurs de ce genre ne se montrent pas chez des sujets bien portants ou, tout au moins, exempts de cancer.

A cet effet, on examina, d'une part, 50 malades porteurs de néoplasmes malins et, d'autre part, 300 individus hospitalisés pour des affections non cancéreuses et à l'égard desquels l'observation prolongée permettait d'exclure, d'une façon catégorique, l'hypothèse d'une tumeur maligne.

Sur les 50 cas du premier groupe, où le diagnostic clinique avait été confirmé par l'examen microscopique, on comptait 10 cancers de l'estomac, 3 de l'œsophage, 3 du rectum, 11 du sein, 16 de l'utérus, 5 de la peau, un du foie et, enfin, un de l'ovaire. Chez tous les patients de cette catégorie, sauf un seul (atteint de cancer de l'œsophage), on trouva les tumeurs angiomateuses susmentionnées. Leur nombre était en moyenne de 15 (18 pour les hommes et 13 pour les femmes); mais chez un homme admis pour un cancer du foie on comptait 76 angiomes; chez une femme atteinte de cancer du sein, il en existait 58.

En ce qui concerne les 300 malades du second groupe, les recherches de MM. Leser et Müller ont montré que les angiomes cutanés s'ob-

servent parfois aussi chez les individus non cancéreux, mais à un âge beaucoup plus avancé et en très petit nombre. Cela étant, M. Leser n'hésite pas à attribuer aux néoplasmes en question une certaine valeur diagnostique au point de vue de l'existence du cancer.

Les tumeurs dont il s'agit se présentent sous la forme de petites éminences, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, nettement différenciées d'avec les téguments avoisinants, et ne disparaissant pas sous l'influence de la pression du doigt. Elles siègent de préférence au niveau du tronc, plus rarement sur les membres et, d'une façon tout à fait exceptionnelle, aux mains et aux pieds. Le microscope y décèle la structure caractéristique des angiomes.

Dans la littérature médicale, M. Leser n'a trouvé que deux mentions relatives à l'existence d'angiomes cutanés chez les cancéreux : l'une appartient à M. H. Freund (1899) et l'autre à M. E. Holländer (1900). (*Münch. med. Wochensch.*, 17 décembre 1901.) — L. CH.

Sur la néphrite tuberculeuse diffuse sans concomitance de tubercules rénaux, par M. A. Heyn.

Dans les reins des tuberculeux, on rencontre parfois, comme unique lésion, des foyers atrophiques dus à la rétraction du parenchyme. Ayant un diamètre de un millimètre à un centimètre, ces pertes de substance, en nombre variable suivant les cas, sont toujours superficielles. Elles affectent une forme généralement arrondie, quelquefois ovalaire ou linéaire; leurs bords, relativement peu nets, permettent de distinguer le parenchyme intact d'avec la lésion atrophique. Le fond du foyer de sclérose n'est guère qu'à 1 ou 2 millimètres au-dessous de la surface rénale; rarement la différence de niveau atteint 5 millimètres. Sur une coupe, on voit que la lésion se prolonge vers la substance médullaire du rein sous forme d'une bande ou d'un cône de tissu dans lequel les glomérules et les tubes urinifères font entièrement défaut.

Il ne s'agit pas là d'altérations analogues à celles qui caractérisent la sclérose du petit rein contracté. Les lésions décrites par M. Heyn sont, en effet, nettement circonscrites et nullement diffuses comme celles de la sclérose rénale. Il n'y a ni adhérence de la capsule ni granulation de la surface corticale du rein. Enfin, on a le plus souvent affaire à des sujets morts jeunes.

Sur 37 cas de tuberculose pulmonaire, l'auteur a trouvé 11 fois les reins intacts, soit presque dans un tiers des cas; 14 fois, il existait des tubercules disséminés dans le parenchyme rénal et 5 fois des foyers atrophiques à l'état isolé; enfin 7 fois il y avait association des deux lésions. Dans 4 cas, les foyers atrophiques renfermaient des bacilles de Koch, intra ou extra-cellulaires, localisés aux anses glomérulaires, à la membrane de Bowman, à la zone inflammatoire périglomérulaire, aux tubes urinifères ou au tissu connectif circonvoisin.

La présence des bacilles dans ces zones cicatricielles est intéressante en ce qu'elle montre que, dans le rein comme dans le poumon, le bacille de la tuberculose est susceptible de provoquer un processus inflammatoire *banal*, dépourvu des caractères que l'on attribue aux altérations spécifiques propres à la tuberculose et dont la caséification, la présence de cellules géantes et l'absence de vaisseaux sont la signature anatomique. En rétrocédant, ces foyers circonscrits d'inflammation péribacillaire donneraient naissance à des zones atrophiques, sortes de cicatrices indélébiles constituant autant de preuves de la détermination rénale du bacille de Koch. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 1.) — F. M.

De la myosite suppurée primitive,
par M. B. Honsell.

La myosite suppurée primitive étant une affection peu commune, il nous paraît intéressant de relater brièvement les conclusions auxquelles est arrivé M. Honsell, par l'étude de 9 observations recueillies dans le service de M. von Bruns (de Tubingue).

La maladie frappa dans tous ces cas des sujets jusque-là bien portants; elle débuta par une hyperthermie plus ou moins élevée et par de vives douleurs; la formation de l'abcès fut chaque fois rapide et la guérison survint, elle aussi, promptement après l'incision. L'auteur insiste avant tout sur la différence qu'il y a entre cette variété de myosite et la myosite pyohémique; toutes deux sont produites par des microorganismes circulant dans le sang, mais tandis que, dans celle-ci, la suppuration musculaire ne représente qu'une manifestation d'une infection généralisée, la myosite suppurée primitive constitue l'unique localisation des germes infectieux.

Quant à l'étiologie, M. Honsell fait observer que, dans tous les faits qu'il relate, c'est le staphylocoque doré qui était en cause; il constate en outre que, contrairement à l'avis de Lyot, la myosite n'est pas l'apanage de l'âge adulte. Pour ce qui est des causes prédisposantes, il signale le surmenage musculaire, qui parut jouer un rôle dans 2 de ses observations; 3 fois ce fut un traumatisme qui détermina le développement de la myosite. Chez aucun de ses patients il n'existait, au moment de l'éclosion de la maladie, un foyer purulent quelconque, comme c'est le plus souvent le cas pour l'ostéomyélite infectieuse, avec laquelle on compare volontiers la myosite suppurée.

Au point de vue anatomo-pathologique, tous les malades observés par l'auteur ne présentaient qu'un seul foyer ; mais d'autres cliniciens ont rencontré une infiltration diffuse des muscles, constituée par de nombreux petits abcès.

En ce qui concerne les symptômes cliniques, il existait, dans les cas graves, des phénomènes généraux très prononcés, rappelant ceux de l'ostéomyélite aiguë; dans les cas légers, au contraire, l'attention fut immédiatement attirée par les signes locaux, consistant surtout en une violente douleur et une tuméfaction sensible au niveau du muscle atteint, dont la consistance était au début très dure, ligneuse, la fluctuation ne survenant que tardivement; le membre intéressé avait pris l'attitude qui rapproche le plus les points d'insertion du muscle enflammé. L'évolution fut très favorable aussi bien *quoad vitam* que pour ce qui est de la restitution des fonctions, mais il faut savoir que de nombreuses observations avec issue mortelle ont été publiées.

Le traitement consista exclusivement en l'incision large du foyer infectieux, dès que la suppuration fut évidente. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.) — F. DE Q.

De la diphtérie des plaies, par M. Tavel.

L'auteur relate trois observations présentant un certain intérêt au point de vue des caractères cliniques que peut revêtir l'infection des plaies par le bacille de Löffler.

La première a trait à un médecin qui s'était probablement infecté en pratiquant l'autopsie d'un enfant mort de diphtérie. On constata, au bout de quelques jours, un panaris avec lymphangite et lymphadénite; le pus séreux fourni par l'incision du foyer digital renfermait des bacilles de Löffler virulents et des staphylocoques. La lymphangite persista tant que la sécrétion de la plaie contint des bacilles de la diphtérie. La plaie elle-même n'offrit à aucun moment un caractère diphtéroïde.

Dans le second fait, il s'agit d'un abcès du dos survenu après une pleurésie séreuse; le pus, dans lequel baignait une des côtes, renfermait des bacilles de Löffler et des streptocoques.

Le troisième cas concerne une fillette de dix ans, chez laquelle on vit se développer une phlyctène qui, au bout de deux jours, s'étendit sur l'index droit presque entier; à l'incision de cette vésicule, il s'écoula un liquide jaunâtre, purulent; le derme sous-jacent était rouge, sans membranes ni enduit grisâtre; la plaie guérit rapidement; l'examen du pus montra la présence de streptocoques et de bacilles de la diphtérie.

Les trois observations que nous venons de résumer ont ceci de remarquable que les plaies infectées par les bacilles de Löffler ne présentaient aucun caractère d'une lésion diphtéroïde. Il en résulte, comme le fait ressortir l'auteur, que, si les signes cliniques de la diphtérie des plaies peuvent être produits par des microorganismes pyogènes, tels que le staphylocoque et le streptocoque, le bacille de Löffler se rencontre, d'autre part, dans des lésions ne revêtant aucun caractère diphtéroïde. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la scarlatine par le sérum de convalescents de cette affection.

Depuis la découverte du sérum antidiphtérique, nombre d'expérimentateurs ont cherché — souvent avec fort peu de succès — à utiliser le même principe d'immunisation progressive des animaux au moyen de cultures ou de toxines microbiennes, en vue d'obtenir des sérums curatifs pour d'autres maladies infectieuses, telles que le choléra, la peste, la dothiénentérie, etc. Les fièvres éruptives et, en particulier, la scarlatine ne se prêtent guère à ce genre de recherches, les agents pathogènes de ces affections n'étant pas encore déterminés. Mais comme une première atteinte de ces maladies confère, en général, l'immunité, on s'était demandé si le sérum sanguin de sujets récemment guéris de scarlatine ne serait pas susceptible d'exercer une influence favorable sur l'évolution de cette affection. Les essais institués, à cet égard, par M. le docteur Weisbecker (de Gedern) chez 5 petits scarlatineux (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. LIV) ont montré que l'injection de sérum procure aux malades une sensation de bien-être qui persiste jusqu'à la fin du processus morbide; mais, en ce qui concerne l'action de cette sérothérapie sur la température fébrile et sur les troubles locaux, ils n'ont fourni que des résultats peu probants, voire même contradictoires.

De son côté, M. le docteur E. von Leyden, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Berlin, a entrepris, dès 1897, avec MM. les docteurs O. Huber et F. Blumenthal, une série d'essais du même genre. Au début de ses recherches, M. von Leyden n'injectait que 10 c.c. de sérum de convalescents; puis il porta la dose à 20 c.c., sans avoir jamais eu à enregistrer le moindre accident; il estime, d'ailleurs, qu'on pourrait avec avantage augmenter cette quantité. Il va sans dire qu'il importe toujours de s'assurer que le sujet fournissant le sérum est exempt de toute autre maladie.

La sérothérapie en question fut appliquée, en tout, chez 16 scarlatineux. Il convient, cependant, de faire abstraction d'un cas concernant une femme atteinte, en même temps, d'une fièvre septique consécutive à un avortement, bien que l'injection de sérum eût paru produire chez elle un excellent effet. Des 15 autres patients, 6 se sont très bien trouvés de ce mode de traitement, tandis que, chez les 9 derniers, l'influence des injections a été beaucoup moins marquée.

Quoi qu'il en soit, M. von Leyden est d'avis que ces résultats sont assez satisfaisants pour mériter d'attirer l'attention et pour susciter de nouveaux essais.

Le permanganate de potasse contre les brûlures.

Préconisé contre les brûlures, dès 1893, par un médecin russe, M. le docteur M. Goldstein, le permanganate de potasse n'est cependant guère utilisé dans le traitement des accidents de ce genre. Or, à en juger d'après l'expérience d'un autre confrère russe, M. le docteur L. Kharitonov (médecin militaire), il serait de beaucoup plus efficace que les remèdes habituellement employés dans les cas de brûlure. De plus, il présenterait l'avantage de pouvoir être appliqué, sans danger, sur des surfaces plus ou moins étendues, tandis que les préparations de bismuth ou d'iodoforme donnent souvent lieu, en pareille occurrence, à des phénomènes d'intoxication. C'est ainsi que M. Kharitonov a obtenu d'excellents résultats au moyen de badigeonnages pratiqués avec une solution saturée de permanganate de potasse, chez deux soldats dont l'un offrait une brûlure intéressant les bourses et la face interne des deux cuisses, et l'autre, une brûlure s'étendant à l'avant-bras, à la main et aux doigts du côté droit.

Les badigeonnages de permanganate de potasse auraient surtout pour résultat de calmer presque immédiatement les sensations douloureuses. Comme, au contact des substances organiques, le permanganate se décompose en potasse caustique, en oxygène à l'état naissant et en oxyde de manganèse, notre confrère serait porté à croire que la potasse et l'oxygène déterminent une anesthésie locale par l'action caustique qu'ils exercent sur les terminaisons nerveuses, tandis que les composés oxygénés du manganèse assureraient l'asepsie de la plaie.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. Edg. Hirtz.

Les stomatites urémiques et leur diagnostic.

Vous m'avez entendu parler, à propos d'un malade que vous avez pu examiner au n° 23 de notre salle Cruveilhier, de stomatite urémique. Comme il s'agit là d'une affection peu fréquente, et dont le diagnostic n'est pas sans offrir quelques difficultés, il me paraît utile de consacrer notre leçon d'aujourd'hui à l'étude et à la discussion de ce fait.

Notre patient est un homme de cinquante et un ans, exerçant le fatigant métier d'homme de peine, et entré dans le service le 25 janvier dernier. Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires; quant à son passé pathologique, il se réduit à une fièvre typhoïde et à une scarlatine, datant de plus de trente ans; la seconde de ces affections eut une convalescence fort longue, mais sans qu'on eût remarqué, à cette époque, d'œdème des jambes ni de bouffissure de la face.

Il y a deux ans, ce malade eut pour la première fois, sous forme de céphalée avec altération de la vue (brouillard, mouches volantes), des troubles qui ne devaient plus guère le quitter depuis lors; c'est surtout la céphalée qui le tourmentait fréquemment, et c'est une exacerbation de ce symptôme qui le décida à se faire admettre à l'hôpital. Le soir même de son entrée, il était pris d'une violente dyspnée qui le força à passer la nuit dans un fauteuil; la présence d'un léger œdème des jambes et de la région lombaire, la constatation de râles sous-crépitants fins aux deux bases, surtout à droite, la tachycardie, le bruit de galop, etc., permettaient de reconnaître aisément le syndrome de l'urémie respiratoire. Je vous dirai tout de suite que, deux jours après, nous trouvions dans ses urines 12 gr. 43 centigr. d'albumine par litre.

Le même jour, en examinant cet homme, nous fûmes frappés par la fétidité de son haleine, qui avait une odeur putride, nauséeuse, fade; l'examen de la cavité buccale nous fit découvrir rapidement la cause de ce symptôme. En effet, les dents, recouvertes d'un dépôt épais et visqueux, témoin d'une incurie de longue date, étaient déchaussées; les gencives présentaient par places des érosions circulaires, ou plutôt arrondies, recouvertes d'un enduit pultacé que l'on retrouvait aussi sur les joues. La face interne de celles-ci, au niveau des arcades dentaires, portait des plaques grisâtres, à bords arrondis et festonnés se détachant nettement sur la couleur rouge vif de la muqueuse buccale. Sur le fond gris de ces plaques, on remarquait un piqueté noir. Si on essayait de déterger ces lésions par grattage, on enlevait avec assez de difficulté la substance grise qui les recouvrait et formait une vaste membrane molle, visqueuse, d'odeur fétide, qui laissait apercevoir en dessous une érosion superficielle, à fond rouge vif, légèrement saignant.

Actuellement encore, ces plaques se présentent différemment à gauche et à droite.

A gauche, elles sont plus abondantes, plus allongées, presque confluentes et ont l'apparence d'une traînée de peinture gris mastic qui s'étendrait sur la muqueuse buccale, contournant le maxillaire supérieur, du niveau de la dernière molaire supérieure à la première incisive, sur une largeur d'environ 2 centimètres; la surface est assez lisse et ne présente pas d'accidents notables. Du côté de la mâchoire inférieure, les lésions sont plus discrètes et siègent surtout au niveau des grosses molaires, sous forme de deux larges plaques grisâtres, séparées par un pont de muqueuse saine. Sur la lèvre supérieure on voit la terminaison de la large traînée grise signalée plus haut. Sur la lèvre inférieure, au niveau de la deuxième incisive gauche, on remarque une plaque arrondie de la largeur d'une pièce de vingt centimes.

A droite, les lésions sont moins étendues et présentent leur maximum au niveau des grosses molaires supérieures. En cette région, on trouve trois plaques arrondies à bords découpés, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, offrant un piqueté noir sur fond grisâtre, et une autre plaque un peu plus petite au niveau des prémolaires. A la mâchoire inférieure, les lésions sont peu marquées. Toutefois, signalons à la hauteur des dernières molaires une *érosion toute récente* non encore recouverte d'enduit mucomembraneux, rappelant un peu certains aphtes à la période érosive avec une collerette rouge à la périphérie. Sur les lèvres, les lésions sont peu considérables.

Il n'existe *pas d'ulcérations sur les amygdales* ni sur les piliers du voile du palais.

A la face externe des joues, on n'observe pas d'induration ni d'empâtement. La joue est souple et se laisse aisément prendre entre les doigts. Pas d'adénite sous ou rétro-maxillaire. La langue, blanche sur le dos, rouge à la pointe et sur les bords, est humide et nullement tuméfiée; elle ne présente pas sur ses bords d'ulcérations analogues à celles des gencives et des joues. La salivation est peu abondante.

Pour nous résumer, vous voyez que notre malade a présenté des troubles urémiques du côté de l'appareil respiratoire, se traduisant surtout par de la dyspnée, et accompagnés d'une stomatite d'aspect ulcéro-membraneux.

En présence de ces symptômes, quel diagnostic pouvions-nous porter? Y avait-il, entre l'urémie et les lésions buccales, simple coïncidence, ou relation de cause à effet? Vous savez que c'est à cette dernière hypothèse que nous nous sommes rangés; mais pour justifier notre manière de voir, force m'est de vous indiquer les raisons qui nous ont conduits à éliminer toutes les stomatites blanches, à forme pseudo-membraneuse ou ulcéreuse, et surtout l'entité morbide connue sous le nom de *stomatite ulcéro-membraneuse*.

Cette dernière est une maladie spécifique, contagieuse, qui, longtemps confondue avec la diphtérie, en fut isolée par Taupin; elle est caractérisée à la période d'état par des ulcérations de forme et d'étendue variables et par une rougeur particulière de la muqueuse buccale avec, par places, des pseudo-membranes jaunes. Elle s'accompagne de salivation, de fétidité de l'haleine, d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, de douleurs qui rendent la mastication impossible et de symptômes généraux variables, dont les plus fréquents sont la lassitude et la prostration. Les ulcérations occupent la face interne des joues, la voûte palatine, les amygdales, la langue, mais elles sont prédominantes au niveau *des gencives* inférieures et particulièrement au niveau des incisives, des canines et sur le bord libre des gencives; superficielles et enduites, au début, d'une bouillie plâtreuse, elles se recouvrent ultérieurement de débris purulents mélangés à du sang et à du tartre dentaire; à la face interne des joues, elles sont d'abord unilatérales et siègent surtout entre les arcades dentaires, puis elles deviennent bilatérales.

Vous le voyez, un des meilleurs symptômes de la stomatite ulcéro-membraneuse est, sinon la localisation, du moins la prédominance des lésions sur les gencives et leur extension à la voûte palatine et aux amygdales. Chez notre malade, au contraire, c'est la face interne des joues qui est le plus atteinte, tandis que les amygdales et les piliers du voile sont indemnes.

S'agit-il davantage, chez lui, d'une *stomatite diphtérique?* Celle-ci est généralement une localisation secondaire de la diphtérie — premier signe distinctif —; elle intéresse les lèvres, et aussi la face interne des joues et la langue, mais plus discrètement; elle se manifeste par de fausses membranes ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, adhérentes, et reposant sur une base infiltrée. Dans la forme septicémique de la même affection, l'haleine est fétide, la langue très grosse; il y a une salivation sanieuse; l'engorgement ganglionnaire peut devenir très intense, surtout quand il y a association du bacille de Lœffler avec le streptocoque. Or, la plupart de ces symptômes faisaient défaut dans notre cas.

Une variété de stomatite à laquelle nous aurions pu penser est la *stomatite aphteuse*. Quand cette stomatite est discrète, on en diagnostique facilement la nature; mais parfois elle prend le caractère confluent, soit en restant bénigne, soit en devenant maligne, et le diagnostic est parfois alors beaucoup plus embarrassant. Toute la muqueuse buccale peut être, en effet, tapissée d'exulcérations recouvertes d'un enduit blanchâtre diphtéroïde; mais cet enduit est très facile à détacher : il suffit de passer à la surface un linge sec ou un pinceau pour enlever ce produit qui n'est qu'un mélange de pus et d'épithélium ramolli et ne présente ni la cohésion, ni la résistance du lambeau mortifié de la stomatite ulcéreuse (Bergeron). En outre, l'haleine est généralement beaucoup moins fétide et on a un dernier élément de diagnostic dans la présence constante d'aphtes faciles à reconnaître. J'ai publié deux cas de ce genre en 1884, et, dans l'un d'eux, j'insistais notamment sur les bons effets que j'avais obtenus de gargarismes au salicylate de soude. Chez le malade dont nous nous occupons aujourd'hui, il est clair, après la description que je viens de vous donner, que ce n'est pas de stomatite aphteuse qu'il s'agit, étant donné surtout qu'il n'existe, en aucun point de la cavité buccale, de lésion offrant les caractères d'un aphte.

Je n'insisterai pas sur le *muguet*, qui est facile à diagnostiquer, avec son aspect crémeux; il apparaît surtout, comme vous le savez, chez les enfants, mais il peut aussi se développer chez l'adulte, dans les états cachectiques notamment, parfois aussi dans le cours d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde; quoique son apparition assombrisse le pronostic, il faut bien savoir qu'il se produit quelquefois chez des malades qui guérissent.

Je viens de vous énumérer les principales variétés de stomatite auxquelles on aurait pu songer, car ce n'est que pour mémoire que je vous citerai les lésions buccales que l'on observe quelquefois dans l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le purpura, la rougeole, la scarlatine, la variole, la tuberculose, la syphilis, diverses intoxications, etc. Toutes ont des caractères trop tranchés pour que l'erreur fût possible.

Vous voyez donc que nous avons été amenés à rejeter l'hypothèse d'une stomatite banale, surajoutée, chez notre urémique, et à admettre que c'est à une stomatite urémique que nous avons affaire. Mais est-ce à dire que nous n'ayons porté ce diagnostic que par exclusion, et sans que les symptômes présentés par notre malade le justifiassent entièrement? J'espère pouvoir vous démontrer le contraire.

En France, les stomatites urémiques ont été bien étudiées par M. Lancereaux et surtout par M. Barié. Ce dernier, dans une description devenue classique, en distingue deux variétés, l'*érythémato-pultacée* et l'*ulcéreuse*, dont je vais vous donner en quelques mots les caractères essentiels.

Dans la première, on note une rougeur diffuse de toute la cavité buccale; la langue est large, étalée, recouverte d'un enduit épais et gluant, ayant l'aspect de colle de pâte; de même, sur les gencives, il y a une couche uniforme de quelques millimètres d'épaisseur; parfois toute la cavité buccale est comme obstruée; la salive est rare, gluante, épaisse.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service, l'an passé, un exemple de cette variété de stomatite, dont vous avez peut-être conservé le souvenir. Il s'agissait d'un homme d'une

soixantaine d'années qui fut apporté à l'hôpital un soir, dans un état lamentable, profondément dyspnéique, subcomateux, délirant et présentant une respiration bruyante et plaintive. Mais ce qui dominait tous ces symptômes, c'était une haleine fétide, repoussante, avec une odeur de sphacèle. A l'examen de la bouche, on voyait un enduit pultacé blanc sale, recouvrant comme une carapace la face interne des joues et des lèvres, ainsi que la langue; quand on cherchait à enlever cet enduit, apparaissaient des exulcérations saignantes de la langue, et ce sang corrompu et desséché faisait des taches noirâtres qui tranchaient sur la couleur mastic sale de l'enduit pultacé. Les ganglions étaient modérément engorgés; l'examen bactériologique montra l'absence du bacille de Lœffler. Le soir même de son entrée, cet homme succombait, asphyxié en quelque sorte par les produits pseudo-membraneux qui remplissaient sa bouche, et l'autopsie nous révélait, comme seule lésion importante, un petit rein de néphrite à prédominance interstitielle.

Dans la variété ulcéreuse, plus rare que l'érythémato-pultacée, la langue est recouverte d'un enduit grisâtre, plâtreux; la salive est épaisse, gluante; les ulcérations n'ont pas de localisation spéciale, elles peuvent se généraliser et gagner les gencives, la face interne des lèvres ou des joues, mais, suivant M. Barié, jamais la langue, les amygdales, ni le pharynx. La forme des ulcérations est variable : tantôt circulaires, elles sont parfois allongées, ou rectilignes, ou incurvées, ou ovalaires. Leur profondeur est généralement faible; mais ce caractère n'est pas absolu et, de simples exulcérations, elles peuvent devenir de véritables ulcères à fond gris sale. Au-dessous la muqueuse est violacée, turgide; la salivation peut être très abondante (900 grammes en vingt-quatre heures chez un malade de M. Barié), et l'examen chimique de la salive a montré dans un certain nombre de faits une augmentation de l'urée (6 et 8 grammes au lieu de 0 gr. 25 centigr. en vingt-quatre heures). Les dents sont ébranlées. Les troubles fonctionnels sont profonds : le patient ne peut mastiquer, il a de l'anorexie, son haleine est extrêmement fétide. L'état général est atteint par les manifestations urémiques concomitantes et souvent le malade est dans un état d'adynamie profonde.

Vous voyez combien ce tableau morbide rappelle ce que nous constatons dans notre cas, qui ne ressemblait en rien, au contraire, à la variété précédente, avec sa formation si abondante de produits pultacés : c'est donc bien de stomatite urémique, et de stomatite urémique à forme ulcéreuse, qu'il s'agit ici.

Je crois inutile de vous développer les théories pathogéniques qui ont été émises pour expliquer la production de ces stomatites compliquant l'urémie; qu'il me suffise de vous indiquer qu'on invoque volontiers l'élimination, par la muqueuse buccale, de toxines ou de substances chimiques irritantes, l'urée en particulier.

Par contre, je ne puis me dispenser de vous dire quelques mots touchant le pronostic et le traitement de ces stomatites.

Le pronostic en est sévère, à cause de la maladie dont les lésions buccales ne sont que l'expression, et parce que les ulcérations profondes peuvent laisser des cicatrices; cependant la guérison est possible, bien que parfois elle se fasse attendre longtemps, ce qui a permis de décrire des formes chroniques.

Quant au traitement, il devra s'adresser tout d'abord à l'état général; pour débarrasser l'organisme de ses poisons, vous ordonnerez de l'eau-de-vie allemande, des ventouses scarifiées, parfois une saignée. Localement vous ferez pratiquer des lavages avec de l'eau boriquée ou du permanganate de potasse, ou mieux encore avec de l'eau oxygénée : celle-ci agit merveilleusement contre les microbes anaérobies qui pullulent dans ces stomatites; comme collutoire, vous pourrez prescrire le chlorate de potasse ou la teinture d'iode, ou même le jus de citron qui a très souvent une action excellente.

Telles sont les principales considérations que je tenais à vous soumettre, concernant les stomatites urémiques. J'espère qu'elles vous auront fait comprendre combien la connaissance de ces faits est importante : il s'agit là, en effet, de lésions à caractères bien spéciaux, dont la constatation, dans des cas douteux, peut confirmer un diagnostic, jusque-là hésitant, d'urémie. J'ajouterai qu'il faut songer à chercher ces stomatites, que des malades peu soigneux de leur bouche, ou encore plongés dans un état subcomateux, peuvent ignorer ou être dans l'impossibilité de signaler; et ce petit côté de la question, quelque secondaire qu'il puisse vous paraître, n'en offre pas moins un certain intérêt pour le praticien.

SIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Toulouse du 1er au 5 avril 1902.

De l'insuffisance hépatique.

M. Charrin (de Paris), *rapporteur* (1). — Étant donnée la complexité des phénomènes qu'entraîne la multiplicité des fonctions dévolues au foie, on conçoit que, dans l'accomplissement d'une ou de plusieurs d'entre elles, cet organe puisse se révéler insuffisant. Je n'ai pas l'intention de passer ici en revue toutes les données acquises relativement à ces insuffisances hépatiques, partielles ou générales; je préfère me borner à l'exposé des résultats de recherches que je poursuis sur cette question depuis plusieurs années.

Les facteurs susceptibles de mettre le foie en état d'insuffisance sont multiples; ils peuvent intervenir à toutes les phases de l'évolution de l'individu, voire même dès la vie intra-utérine.

Les *maladies de la mère pendant la grossesse* ont, en effet, sur le développement du fœtus une influence considérable qui explique que, dans certains cas, ces affections maternelles aboutissent à l'insuffisance hépatique chez l'enfant.

Depuis cinq années, j'observe dans un milieu où je puis examiner les foies des nouveau-nés issus de femmes infectées ou intoxiquées (tuberculose, fièvre typhoïde, pneumonie, grippe, rhumatisme, alcoolisme, saturnisme, anémie; la syphilis, au sujet de laquelle on possède déjà un assez grand nombre de notions bien établies, a été volontairement laissée de côté). Les rejetons de ces femmes présentent, à l'autopsie, comme lésions viscérales principales, des modifications presque constantes du foie : hypertrophie, état de congestion ou de dégénérescence. La surface de la glande hépatique est en général bleuâtre, rougeâtre, parsemée de petits espaces décolorés qui, dans la dégénérescence poussée à un degré extrême, s'étendent au point de donner au parenchyme une pâleur remarquable. Parfois, au contraire, c'est l'élément congestif qui prédomine. Au point de vue histologique, les désordres se ramènent à un état granuleux du protoplasma, à des dilatations vasculaires, assez souvent à des hémorragies, enfin à une surcharge graisseuse qui dépasse notablement les proportions de graisse qu'on rencontre d'ordinaire. Dans des cas exceptionnels, j'ai pu interroger l'organe au point de vue physiologique : dans ces conditions, j'ai constaté que le glycogène était peu abondant, la toxicité du tissu accrue, la fonction antitoxique affaiblie, le pouvoir oxydant atténué; la bile présentait des modifications diverses.

En présence de ces faits, qui montrent que le foie est presque constamment lésé chez les sujets issus d'ascendants malades, on est amené à rechercher les raisons de cette fréquence des altérations hépatiques.

On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une sorte d'hérédité cellulaire. La maladie ayant touché chez la mère la généralité des cellules de l'économie, les éléments de la reproduction n'ont pas échappé à son atteinte et, comme c'est de ces éléments que proviendront les différents organes du nouvel être, on conçoit que ces viscères, étant formés de matériaux de qualité inférieure, soient eux-mêmes, dans leur ensemble, défectueux anatomiquement ou fonctionnellement. Toutefois cette explication ne saurait convenir aux observations qui se rapportent à des insuffisances hépatiques nettement enregistrées chez des enfants nés de mères devenues malades au cours de leur grossesse. D'autre part, la prédominance considérable de cette insuffisance au niveau du foie est peu en rapport avec l'explication formulée, qui met en cause, et d'une égale façon, indifféremment tous les appareils de l'organisme.

Sans rejeter cette première manière de comprendre les choses, conception qui, suivant les circonstances, contient une part de vérité, on en arrive à incriminer des processus directs, infectieux et toxiques. Assurément, ces rejetons succombent presque toujours à des broncho-pneumonies ou à des entérites et, au moment de la mort, on peut trouver dans leurs organes les microbes les plus divers. La présence de microorganismes n'est cependant pas constante; à l'instant même où l'enfant cesse de vivre, on ne les rencontre guère que dans les voies respiratoires quand il s'agit d'inflammations des bronches ou du poumon, ou dans les parties de l'organisme qui communiquent avec l'air extérieur. De plus, nous avons observé des insuffisances hépatiques manifestes, chez des enfants nés avant terme, au sixième ou au septième mois, et n'ayant vécu que vingt-quatre ou quarante-huit heures; or, dans ces foies atteints de sclérose (dans un cas, on constatait une véritable cirrhose), nous n'avons décelé aucun germe.

Au demeurant, il est bien certain que parfois, mais plus rarement qu'on ne le suppose d'ordinaire, les bactéries franchissent le placenta et, dans ces conditions, la disposition de la circulation fœtale les conduit tout d'abord au foie. On peut donc expliquer ainsi la prédominance de ces lésions hépatiques. Cependant, cette prédominance se conçoit tout aussi bien en faisant intervenir des poisons, auxquels le placenta oppose une barrière moins efficace qu'aux microbes. D'ailleurs, s'il est exceptionnel de rencontrer des ferments figurés dans le foie au moment de la naissance — c'est-à-dire précisément à l'heure où se développent les insuffisances hépatiques —, il est, au contraire, beaucoup plus habituel d'y découvrir des substances toxiques. On peut, en effet, s'assurer que les extraits organiques, en particulier les extraits de foie, ont une toxicité exagérée. On peut aussi reconnaître que l'urine de ces rejetons débiles est plus nocive que celle des nourrissons normaux, et qu'injectée à doses répétées sous la peau, elle détermine, chez les animaux, particulièrement des lésions hépatiques. L'existence de ces poisons dans l'urine des nouveau-nés prouve qu'ils peuvent être fabriqués dans l'organisme même de ces nouveau-nés. Il n'y a point lieu de s'en étonner. A tous les points de vue, en effet, cet organisme fonctionne défectueusement : le poids, la taille restent au-dessous de la normale; l'absorption intestinale est insuffisante; l'élaboration de la matière — comme le démontre le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total, ou celui du carbone à l'azote — est imparfaite; l'étendue de la surface du corps, ramenée au kilogramme, est plus considérable que chez les sujets sains; la quantité de chaleur perdue par rayonnement est, par conséquent, plus grande et, comme ces nouveau-nés sont obligés de fabriquer de la chaleur, leurs cellules sont condamnées au surmenage, puisque ces cellules, en raison de ce rayonnement plus actif, de cette déperdition plus grande, doivent engendrer plus de calorique et que les opérations qui ont trait à la thermogenèse sont reconnues défectueuses. On sait que, dans ces conditions, la toxicité des tissus et des humeurs augmente. L'étude des urines le prouve, et on peut en dire autant du corps thyroïde, des capsules surrénales, etc.

Ainsi, il faut attribuer une certaine importance aux substances toxiques d'origine maternelle, qui sont produites par des bactéries ou par des cellules devenues malades, ou encore qui proviennent du monde extérieur. On doit également ne pas négliger les toxines qui se développent, surtout à la fin de leur existence,

(1) En l'absence de M. Charrin, le secrétaire a donné lecture de ce rapport.

chez ces rejetons débiles, dont le surmenage, l'hypothermie, l'auto-intoxication favorisent l'éclosion des infections secondaires.

Les maladies de la mère peuvent donc être la cause d'une insuffisance hépatique de nature toxique. Il est permis de penser que, tant que les lésions sont légères, il peut y avoir survie pendant un temps variable, mais qu'à un moment donné les accidents d'insuffisance hépatique peuvent éclater. Si aucune condition présente n'est à même de les expliquer, on devra songer au rôle considérable que nous venons d'assigner aux affections intra-utérines.

En vue d'établir pourquoi les maladies du foie conduisant à l'insuffisance hépatique frappent de préférence des sujets dont les parents sont porteurs d'affections de la glande biliaire, nous avons injecté de l'extrait de foie à des femelles pleines. Chez les petits issus de ces femelles, nous avons toujours constaté que les lésions prédominaient dans la glande biliaire. Or, on sait que certaines affections hépatiques amènent une dislocation de l'organe telle que des embolies cellulaires, des débris divers peuvent passer dans la circulation générale. La maladie est donc capable de réaliser ce que nous faisons, c'est-à-dire d'introduire dans l'économie du sucre ou des extraits du parenchyme biliaire malade, et il est connu que, dans ces circonstances, il se produit une hépato-toxémie. La lysine du foie, qui prend ainsi naissance, n'agit pas sur l'économie au sein de laquelle elle se développe; mais en tant qu'isolysine elle est susceptible de déterminer des désordres chez des individus de même espèce, en allant, au travers du placenta, détériorer le foie du fœtus.

L'insuffisance hépatique relève aussi, fréquemment, des *auto-intoxications*. Parmi celles-ci, il convient de citer en première ligne l'éclampsie, au cours de laquelle on voit survenir des hémorrhagies, une dégénérescence complète du foie avec insuffisance absolue de cet organe, d'où le nom d'hépato-toxémie qui lui a été attribué.

Il y a lieu de remarquer que, chez la femme grosse, les poisons augmentent dans l'économie. Cela tient à ce que, chez elle, les produits oxydés sont plus toxiques, l'élimination intestinale amoindrie en raison de l'opiniâtreté de la constipation, la perméabilité rénale souvent compromise, la peau pigmentée — et par suite moins favorable à l'émonction —, la ventilation pulmonaire réduite. Cet excès dans la production des poisons organiques et cette insuffisance dans leur élimination ne sont pas compensés par une destruction plus active de ces mêmes poisons. Le foie, en effet, est surchargé de graisse et de glycogène; la muqueuse intestinale, également douée de propriétés antitoxiques, se trouve placée dans des conditions défectueuses, à cause de la constipation et de l'accroissement des putridités intestinales; de plus, le corps thyroïde et les capsules surrénales, qui sont encore réputés capables de détruire certains poisons, offrent une série d'anomalies.

Si l'on étudie la toxicité des tissus, on voit qu'à mesure qu'on approche du terme, cette toxicité, surtout au niveau du foie, va croissant. Pour s'en rendre compte, il est nécessaire de s'adresser aux tissus eux-mêmes, car, sous l'influence des variations des pressions osmotiques, il se peut que les poisons ne quittent pas l'intérieur même des cellules : l'urine, le sérum peuvent être hypotoxiques; dans un cas même, j'ai dû injecter 78 et 104 c.c. du sérum d'une femme auto-intoxiquée pour amener la mort d'un lapin de 2 kilogrammes; or, il suffisait de 9 grammes d'extrait du foie de cette femme pour produire le même résultat. S'il est juste de dire qu'il est des sujets, comme les brightiques, qui n'arrivent pas à débarrasser leur sang des produits nuisibles, on peut dire aussi qu'il existe certains cas où les poisons ne passent même pas dans le sang.

Ainsi donc, l'insuffisance hépatique dans l'éclampsie n'est que la conséquence de l'exagération de processus qui, normalement, se développent au cours de la gestation.

La glande hépatique exerce une influence marquée sur diverses parties de la rate, et la pathologie, ne fût-ce que par la splénomégalie qui accompagne certaines cirrhoses hypertrophiques, a depuis longtemps montré la réalité de cette influence.

Je me suis efforcé de mettre en évidence le phénomène inverse : l'*action de la rate sur la glande biliaire*. Pour ce faire, j'ai pratiqué, avec M. G. Delamare, l'ablation de la rate chez des animaux jeunes. Dans ces conditions, nous avons simplement observé des hypertrophies du foie avec surcharge glycogénique. Toutefois, on comprend que, si la rate n'envoie pas au parenchyme hépatique des macrophages en quantité et en qualité voulues, ce parenchyme ne puisse se défendre contre certains microbes; de plus, on conçoit aussi que, si la rate livre à l'organe biliaire le pigment sanguin en quantités ou exagérées ou insuffisantes, il puisse y avoir pour cet organe surmenage ou pénurie excessive. A ces modes d'action on peut en ajouter d'autres, tels que la commune participation du foie et de la rate aux élaborations digestives.

Pour qu'on puisse rapporter au milieu splénique l'insuffisance hépatique, il est nécessaire que la cause de cette insuffisance dérive de la rate elle-même ou, du moins, soit mise en jeu avec la complicité de cet organe. Aussi ne saurait-on considérer comme insuffisance hépatique d'origine splénique une insuffisance créée par un microbe ayant existé dans le tissu splénique avant d'évoluer dans le foie.

A côté de cette influence de la rate, on pourrait signaler l'influence d'autres organes, tout spécialement celle du pancréas qui est également accouplé avec le foie au point de vue vasculaire et digestif.

L'existence, chez les ictériques, de certains phénomènes (prurit, éruptions, xanthélasma, purpura) semble indiquer que l'insuffisance hépathique a un retentissement plus ou moins marqué sur l'état du *revêtement cutané*. Ce retentissement s'explique quand on se rappelle que le foie intervient dans l'élaboration des éléments phosphorés et sulfurés, ainsi que dans la rétention des produits arsenicaux. Ce rôle du foie est également démontré par ce fait que, chez certains animaux, l'organe hépatique emmagasine des composés calcaires dans les jours qui précèdent le renouvellement de l'enveloppe extérieure.

J'ai observé chez les poissons une maladie caractérisée par des taches de la peau, par la chute des écailles, par des hémorrhagies cutanées. Or, cette maladie, qui se développe surtout chez l'ablette en captivité, sous l'influence de la chaleur et de l'encombrement — et qui n'est nullement inoculable —, est constamment accompagnée d'une insuffisance hépatique dont j'ai constaté l'existence avec M. Paviot; le point de départ de ce processus se trouve au niveau du foie.

Des *parasites* de divers ordres peuvent produire l'insuffisance hépatique. Les uns, comme les coccidies du lapin, agissent surtout mécaniquement. D'autres, comme le bacille de la tuberculose, interviennent chimiquement, du fait de leur toxine. Le plus souvent, ces diverses pathogénies sont en jeu.

Quelques-uns parmi ces parasites, notamment les *Oospora*, affectionnent le milieu hépatique. Celui-ci est cependant pourvu de certaines défenses, telles que les macrophages, les éléments microbicides de la bile, le glycogène. C'est en raison de l'importance de ces moyens de défense que les abcès du foie se montrent relativement stériles. Peut-être s'agit-il parfois d'agents qui n'existent que dans la paroi même de l'abcès — paroi qui n'est jamais mise en culture — ou encore qui cultivent difficilement dans les milieux inertes (amibes). Quoi qu'il en soit, il convient de remarquer que c'est le foie qui reçoit la majeure partie des produits putrides provenant de l'intestin, produits dont les propriétés pyogènes ont été bien établies par l'expérimentation. On est donc amené à conclure que, dans certains cas, les abcès du foie doivent ressortir à un processus toxique, c'est-à-dire purement chimique.

Quand un microbe a vécu dans le milieu hépatique, il se développe dans ce milieu, par la suite, avec une facilité remarquable. Chaque fois, en effet, qu'un parasite évolue dans un tissu déterminé, il doit fabriquer des diastases qui lui permettent de peptoniser les éléments de ce tissu; en vivant dans un foie, une bactérie, obligée de s'alimenter avec du tissu hépatique, devient donc apte à produire des diastases capables de transformer ce tissu en substances assimilables pour elle. Or, plus vite la zone ambiante est adaptée aux besoins d'un microbe, plus rapidement ce microbe se multiplie dans l'organisme de l'hôte. On comprend dès lors que, quand une infection a lieu avec des parasites habitués à vivre dans le foie, ces parasites se fixeront de préférence sur cet organe. De là les formes et les localisations des maladies.

On doit encore faire intervenir certains facteurs, tels que les *agents atmosphériques*, la latitude. De telles influences s'expliquent si l'on tient compte que ces agents, en particulier la lumière, exercent une action marquée sur la thermogenèse, sur les sécrétions digestives, c'est-à-dire sur des éléments qui intéressent au premier chef le foie. On peut aussi remarquer que le germe de la fièvre jaune ne fait pas en tout lieu apparaître l'insuffisance de la glande biliaire, et que l'*Anopheles* semble le plus souvent nécessaire à la production de la déchéance hépatique d'origine paludéenne.

Il n'y a pas toujours et constamment *glycosurie alimentaire* quand il y a lésion, même légère, du foie. Il s'en faut que toute tare de l'organe hépatique entraîne l'apparition de la glycosurie alimentaire. Cette donnée est conforme aux notions de physiologie générale, en vertu desquelles un fragment de pancréas ou de corps thyroïde suffit pour empêcher l'apparition de tout myxœdème et de toute glycémie. Comment admettre que le foie fasse seul exception à cette règle?

Sachs, Straus ont montré que seul le lévulose faisait varier le glycogène du foie, alors que cet organe ne semblait pas modifié au point de vue de sa richesse glycogénique par l'administration du galactose, peut-être même de la glycose. Ils en concluent que la glycosurie est dénuée de toute valeur et que c'est uniquement la lévulosurie alimentaire qui est capable de nous renseigner sur l'état du foie. Sans aboutir à des conclusions aussi absolues, j'ai vu, dans des recherches faites en collaboration avec M. Brocard, que si l'on classait les hexoses au point de vue de leur utilisation par l'économie, le lévulose occupait le premier rang, le galactose le deuxième, la glycose le troisième. S'il s'agit de l'utilisation par le foie, le lévulose reste toujours au premier rang, mais la glycose passe avant le galactose.

A ce sujet, il convient de ne pas confondre les insuffisances vraies avec les fausses insuffisances ou pseudo-insuffisances, ainsi qu'il résulte, par exemple, du fait suivant : l'observation a prouvé qu'à la fin de la grossesse, le foie est incapable de retenir un atome de sucre; or, à ce moment, ainsi que je l'ai montré avec M. Guillemonat, l'activité glycogénique du foie atteint son maximum. Déclarer cet organe insuffisant dans ces conditions, équivaudrait à prétendre qu'une vessie distendue de liquide au point de n'en plus pouvoir admettre une nouvelle quantité est incapable d'en contenir un volume quelconque.

Quand il s'agit des bi-hexoses, en particulier du sucre de canne dont se servent encore quelques médecins dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire, on ne peut faire aucun fond sur les résultats obtenus, attendu que la glycosurie survenant à la suite de l'administration de ces bi-hexoses dépend beaucoup plus de l'activité des ferments de dédoublement de l'intestin que de l'activité du foie.

Cette variété et cette multiplicité des interventions se retrouvent quand on veut attribuer à l'intermittence de l'*élimination du bleu de méthylène* une signification quelconque relativement à l'insuffisance hépatique. Assurément, l'action du foie sur le bleu de méthylène est réelle; mais toute autre cellule de l'organisme intervient de même, d'une façon plus ou moins intense et plus ou moins efficace, suivant le degré de son pouvoir de réduction ou d'oxydation. Comment, dès lors, cette matière influencée par la généralité des éléments anatomiques pourrait-elle nous renseigner exclusivement sur quelques-uns d'entre eux? D'ailleurs, les variations de la vitesse et de la pression du sang ont également leur part toute naturelle dans la façon dont s'élimine le bleu de méthylène.

On peut étendre ces critiques à d'autres procédés réputés capables de nous renseigner sur l'insuffisance hépatique. Il est bien certain qu'un produit déposé dans l'intestin et qui est éliminé par le rein ou le poumon doit, sauf exception (quand il passe par les lymphatiques), franchir le foie; son excrétion sera donc évidemment modifiée par l'état anatomique et fonctionnel de ce viscère. Mais qui ne voit aussi

que toutes les altérations de l'intestin, des alvéoles pulmonaires, de la circulation jouent également un rôle à ce point de vue? Les mêmes objections s'adressent, d'ailleurs, à ceux qui utilisent les variations de l'urée pour se rendre compte du degré de suffisance hépatique, puisque ces variations dépendent de la totalité des cellules.

La fonction biliaire paraît, dans quelques cas, relativement suffisante, alors que la plupart des autres propriétés du foie sont en insuffisance. C'est ainsi que chez divers animaux la cellule hépatique n'est à l'état normal qu'un bloc de graisse. On doit donc se demander si, dans certaines conditions, les cellules des canalicules biliaires ne peuvent suppléer, au point de vue fonctionnel, les cellules hépatiques proprement dites. Une pareille hypothèse paraît d'autant plus admissible qu'on a signalé l'existence, dans les cellules des canalicules biliaires, de granulations de cholestérine, laquelle constitue un élément important de la bile.

Le *pouvoir antitoxique* du foie s'exerce et sur des alcaloïdes, dont la nicotine est le type, et sur des corps gras, spécialement sur des savons (Munck). Aussi l'insuffisance hépatique peut-elle se traduire soit par des accidents d'empoisonnement, soit par l'augmentation de toxicité des extraits de divers tissus ou de différentes humeurs, par exemple de l'urine.

Quand le foie est totalement dégénéré, on peut voir survenir du côté du système nerveux, à côté de convulsions ou de coma, un délire quelquefois assez calme et doux. Les troubles mentaux que l'on observe alors, et qui ont été désignés sous le terme de « folie hépatique », obéissent aux oscillations des processus morbides portant sur la glande biliaire, en dehors de toute influence éthylique. C'est là une nouvelle variété de folie à ajouter aux folies autotoxiques (brightique, cardiaque, intestinale, etc., etc.), folies moins rares qu'on ne le croit communément et qui, sans doute, seraient plus fréquemment dépistées dans les asiles d'aliénés si l'on y examinait systématiquement l'état anatomique ou fonctionnel des appareils chargés de produire, de métamorphoser ou d'éliminer les poisons organiques. Ces désordres paraissent avoir pour cause à la fois et des éléments biliaires et des produits plus étroitement liés au jeu des cellules du parenchyme hépatique.

De cette même double cause semblent relever une série de phénomènes hématiques ou circulatoires, surtout des hémorrhagies, que l'on observe au cours de l'insuffisance antitoxique du foie. Assez communes au cours de l'insuffisance hépatique, ces hémorrhagies coïncident le plus souvent, dans leur apparition, avec le développement d'accidents toxiques; en dehors de celles qui sont attribuables aux varices œsophagiennes, on les observe de préférence dans l'abdomen, dans le foie, dans les parois intestinales, dans l'épaisseur de la peau. On peut les reproduire expérimentalement en se servant de poisons de la bile, de composés ammoniacaux dus à l'insuffisance fonctionnelle de la cellule hépatique, ainsi que d'extraits de foie dégénéré ou de substances putrides de l'intestin. Dans la genèse des désordres hématiques résultant de l'action de ces substances, on doit, en dehors des influences toxiques, incriminer tout particulièrement deux fonctions du foie : les fonctions hématopoiétique et martiale. Rudimentaire relativement à ce qu'elle est chez le fœtus, la première n'en existe pas moins chez l'adulte; le parenchyme hépatique continue, en effet, à se soucier de la transformation des pigments sanguins, de l'élaboration des composants ferrugineux des globules, et à ce point de vue les deux fonctions précitées ont plus d'un point de contact.

L'insuffisance du foie tarit également plus ou moins les sources de chaleur qui résultent des opérations vitales, aussi multiples qu'importantes, confiées au parenchyme hépatique, opérations dont les résultats sont, dans leur ensemble, de nature exothermique. De là vient que les sujets en état d'insuffisance hépatique ont généralement une température inférieure à la normale.

Parmi les nombreux troubles que détermine l'insuffisance hépatique dans la fonction urinaire, on peut signaler l'horaire des mictions qui, dans plus d'un cas, serait quelque peu troublé (retards dans les évacuations de la vessie ou opsiurie); l'oligurie n'est pas rare non plus.

La présence d'abondants composés ammoniacaux coïncidant avec l'anazoturie n'est que l'expression de l'insuffisance uropoiétique. L'apparition du sucre traduit une incapacité glycogénique. L'élimination des colorants biliaires ou de chromogènes hématiques est en rapport avec des défaillances de la fonction biliaire. L'anémie, l'hématurie, une coagulation trop hâtive trahissent parfois des propriétés hématopoiétiques ou martiales défectueuses. Enfin, le purpura, le prurit cutané, diverses éruptions mettent en suspicion la valeur physiologique du foie.

En examinant le mécanisme de certaines albuminuries signalées au cours des affections hépatiques (Bouchard, J. Teissier), notamment celui des albuminuries dites intermittentes, je me suis aperçu que, le plus ordinairement, il y avait correspondance des maxima quotidiens de ces éliminations, surtout globulinuriques, avec les maxima de l'urée ou de la température. Or, comme l'activité de la glande biliaire conditionne le taux de cette urée aussi bien que le degré de cette température, il m'a paru que ces intermittences pouvaient dépendre de cette activité, capable, en particulier, de détruire trop d'hématies et de mettre ainsi en liberté un excès de globuline. Il faut, d'ailleurs, également tenir compte des oscillations quotidiennes des actes de la nutrition, dont les courbes se superposent à peu près exactement à celles qui figurent les hauts et les bas de l'excrétion des albumines précitées. Aussi, quand on veut apprécier sainement l'insuffisance hépatique, ne saurait-on, d'une manière absolue, faire fond sur l'albuminurie. Ajoutons qu'il en est de même pour la peptonurie et l'urobilinurie.

Ce sont les fermentations digestives qui, avant tout, régissent l'indicanurie. Bien que le foie influe sur l'évolution de l'indican, que l'injection de sucre sous la peau ait parfois amené, dans l'urine, l'apparition d'indol en même temps que d'hémoglobine et de glycose, il est prudent de ne pas se baser sur l'indicanurie pour déclarer que la glande biliaire est en souffrance. On peut en dire autant des acides sulfo-conjugués, ainsi que du carbone et de l'azote.

L'analyse urinaire est, néanmoins, susceptible de fournir d'utiles renseignements. Certaines modifications fonctionnelles du foie paraissent aptes, en effet, à entraîner des changements dans l'élimination des principes sulfurés et phosphorés. Mais, comme ces substances subissent également l'influence de facteurs étrangers à l'appareil porto-biliaire, leur présence dans la sécrétion rénale ne permet que des interprétations réservées. D'autre part, j'ai observé un indéniable parallélisme entre la dégénérescence du foie chez les athrepsiques et l'abondance de certains corps, tels que l'acide urique, les urates, déjà signalés par Salaskine et Kovalevskaïa.

Il ne semble pas douteux que le parenchyme biliaire soit capable de modifier les alcaloïdes, les savons, les substances ammoniacales, quelques pigments, mais certains éléments offensifs échappent à son influence. Les différences que j'ai enregistrées, après avoir injecté des toxines microbiennes et dans le réseau portal et dans les capillaires périphériques, m'ont paru assez faibles et susceptibles de s'expliquer, soit par la dilution subie dans l'immense lac hépatique, soit par le ralentissement imposé à tout ce qui pénètre dans un système porte.

Quant à savoir si la glande hépatique exalte les toxines, une prudente réserve me paraît devoir être observée à ce sujet; les éléments utilisés ne tuent en effet, qu'après vingt-quatre, voire quarante-huit heures, temps suffisant pour qu'on puisse mettre sur leur compte les altérations profondes du parenchyme hépatique.

Si l'on envisage l'éventualité d'une vicariance au cours de l'insuffisance hépatique, il importe de noter que la muqueuse intestinale atténue des poisons protéiques, des toxines, et laisse passer, sans les métamorphoser, soit les alcaloïdes, soit les composés ammoniacaux. Mais, au-delà de cette muqueuse, ces substances sont emportées dans le foie qui exerce sur elles son influence. En réalité, l'organisme dispose de deux lignes de défense dont la seconde agit sur les poisons qu'épargne la première : l'une et l'autre se complètent réciproquement.

M. Ducamp (de Montpellier), *co-rapporteur*. — Le terme « insuffisance hépatique » ne doit s'appliquer qu'aux cas où les fonctions hépatiques sont diminuées, amoindries, insuffisantes (hypohépatie); il ne saurait convenir aux troubles dont la caractéristique est l'exagération des fonctions normales; aussi l'hyperhépatie ne doit-elle nullement rentrer dans le cadre de l'insuffisance hépatique. Il en est de même pour les troubles qui peuvent se traduire par une déviation ou une viciation des fonctions hépatiques normales (parhépatie). La déchéance fonctionnelle du foie arrivée à son dernier stade (anhépatie), dite encore grande insuffisance hépatique, n'est autre que l'ictère grave; ici, il y a suppression et non insuffisance des fonctions hépatiques; par suite c'est à tort que certains auteurs font rentrer cette affection dans le cadre de l'insuffisance du foie.

Ainsi limitée, l'insuffisance hépatique peut cependant comporter une série de degrés, depuis le trouble le plus léger et le plus fugace, jusqu'à la mort fonctionnelle du foie.

L'insuffisance hépatique peut se manifester ou sur la sécrétion sanguine, ou sur la sécrétion biliaire. En ce qui concerne la sécrétion sanguine, elle a pour effet de rendre anormal le sang sus-hépatique et, partant, celui de la grande circulation; de là résulte le syndrome urinaire révélateur de l'insuffisance hépatique avec ses différents termes : glycosurie alimentaire, hypoazoturie, hypertoxicité urinaire, urobilinurie, indicanurie, intermittence d'élimination du bleu de méthylène. Par rapport à la sécrétion externe ou biliaire du foie, l'insuffisance de la cellule hépatique se traduit par de l'hypocholie ou de l'acholie.

La constatation de la glycosurie alimentaire chez les sujets sains, son absence dans un certain nombre de cas de cirrhose atrophique avancée, enfin les relevés nécropsiques de M. Brault doivent faire penser que la glycosurie alimentaire ne peut être considérée comme un symptôme constant et nécessaire de l'insuffisance hépatique. La valeur de ce signe pris isolément reste indécise; il doit, en tout cas, inciter à la recherche du faisceau des preuves de l'insuffisance hépatique. Cette perspective est un peu décevante, surtout quand on a vécu sur l'idée que la fonction glycogénique marche de pair avec la fonction antitoxique.

Dans l'insuffisance hépatique accentuée, la diminution de l'urée est évidente. Mais il faut toujours avoir soin de rapprocher, du taux de l'urée, le régime alimentaire du sujet; car bien des observations d'hypoazoturie ne sont en réalité que des observations d'hypophagie. Le rapport entre l'azote de l'urée et l'azote total donne la mesure du coefficient azoturique d'utilisation, dont l'abaissement est un signe excellent d'insuffisance hépatique.

Dans diverses affections (cirrhose, ictère, tuberculose pulmonaire, néoplasme probable du foie), l'épreuve de l'ammoniurie expérimentale (ingestion d'acétate d'ammoniaque) a été négative, alors qu'il existait d'autres modifications urinaires considérées comme caractéristiques de l'insuffisance hépatique. J'ai, au contraire, obtenu un résultat positif dans un cas de foie cardiaque, où l'on constatait aussi l'élimination intermittente du bleu de méthylène. L'intérêt de ce mode d'exploration réside dans ce fait que, en l'absence d'hypoazoturie — et l'élimination spontanée d'ammoniaque étant normale, mais forte —, il a suffi à mettre en évidence l'insuffisance de la cellule hépatique, laquelle transformait encore, sans doute, une partie de l'ammoniaque en urée, mais en laissait passer une autre partie dans l'urine à l'état d'ammoniaque.

L'insuffisance de la fonction antitoxique du foie ayant pour conséquence une neutralisation ou une destruction incomplètes des poisons, la toxicité urinaire sera forcément accrue quand la cellule hépatique est touchée.

Quant à l'urobilinurie, elle paraît indiquer plutôt une viciation qu'une insuffisance fonctionnelle du foie.

L'indol, qui est un des produits de la fermentation intestinale, peut suivre la voie hépatique, y subir un phénomène d'oxydation, et de là passer dans l'urine sous forme d'indican.

Enfin, l'intermittence de l'élimination du bleu de méthylène (*glaucurie intermittente* de Chauffard) est le signe révélateur le plus fidèle et le plus constant de l'insuffisance hépatique. Il ne faut pas oublier cependant que cette intermittence peut faire défaut, alors qu'existent d'autres symptômes d'insuffisance.

L'insuffisance hépatique, en dehors des faits

où elle apparaît comme un complément ou une complication agissant dans le sens de l'intoxication générale, prend parfois un aspect clinique qui lui confère presque une certaine individualité.

C'est ainsi que dans la fièvre intermittente hépatique, malgré les faits contradictoires de MM. Brouardel, Lecorché et Talamon, la diminution très considérable de l'urée au cours des accès atteste une insuffisance fonctionnelle du foie, un trouble transitoire par lequel cette glande perd la propriété de transformer en urée les substances azotées qui lui sont fournies par les organes.

L'insuffisance hépato-rénale ou réno-hépatique de M. Gouget met en lumière l'influence, déjà indiquée par Murchison, des maladies du foie sur l'état des reins, et réciproquement. L'insuffisance rénale a pour effet de faire disparaître les signes révélateurs de l'insuffisance hépatique : le rein n'élimine plus les produits toxiques que le foie ne retient ni ne transforme; l'intoxication hépatique s'aggrave de l'intoxication rénale.

L'insuffisance hépatique peut encore se traduire par une glycosurie continue, mais peu considérable, s'exagérant très nettement pendant les heures qui suivent immédiatement les repas (diabète par anhépatie), et associée à de l'hypoazoturie, de l'urobilinurie et de l'indicanurie, ainsi que par certains accidents tels que la gingivite, l'impuissance, les névralgies, des lésions cutanées, une cataracte; cette forme d'insuffisance hépatique serait améliorée par l'opothérapie hépatique.

M. A. Ver Eecke (de Gand), *co-rapporteur*. — Les cliniciens français, à la suite de M. Brouardel, considèrent depuis longtemps déjà les variations de l'urée — ou d'une façon plus précise l'hypoazoturie — comme un des éléments les plus importants du syndrome urologique traduisant l'insuffisance hépatique. Toutefois, si les recherches des physiologistes et des pathologistes tendent unanimement, de nos jours, à démontrer que le foie est incontestablement un foyer important d'uréogenèse, elles n'ont jamais pu prouver que l'urée ne se forme pas aussi ailleurs; on peut même dire que la plupart des expériences ou des observations accumulées sur cette question établissent, du moins implicitement, ou laissent supposer, que l'uropoïèse est un processus biochimique évoluant pour une part en dehors du foie.

Les conséquences de la suppression expérimentale du foie nous permettent de préciser les caractères préétablis de l'hypoazoturie anhépatique. Celle-ci est constituée essentiellement, chez les mammifères, par une diminution absolue et relative de la sécrétion et de l'excrétion de l'urée.

La diminution absolue de l'urée est jusqu'à un certain point proportionnelle au degré de la déchéance anatomique et fonctionnelle de l'organe, sans que cependant la formation ou l'excrétion de ce principe paraisse pouvoir jamais s'abaisser au-dessous d'un certain taux, encore indéterminé. A supposer que la suppression totale de l'urée soit compatible avec la vie, elle impliquerait, outre l'abolition de l'activité spécifique du foie, un trouble nutritif plus général, une déchéance fonctionnelle de la plupart des tissus et organes.

Le déficit de l'urée est couvert en partie par les antécédents immédiats de cette substance : ammoniaque, acide carbonique, éventuellement acide urique et matières azotées extractives. L'hypoazoturie est donc toujours caractérisée par un abaissement du coefficient azoturique, d'autant plus considérable que la déchéance du foie est plus profonde et la désassimilation de l'azote plus intense. La *lactacidurie* semble pouvoir être considérée comme corrélative de l'hypoazoturie anhépatique.

Ainsi caractérisée, l'hypoazoturie est toujours un signe de grande insuffisance hépatique; elle dénote une atteinte grave de la vitalité de l'organe.

Le phosphore est, de tous les poisons, celui qui entraîne la désorganisation la plus rapide et la plus profonde du foie; il constitue l'agent type de l'insuffisance hépatique aiguë. On doit rapprocher de la lésion qu'il provoque l'atrophie jaune aiguë du foie, car l'une et l'autre ont pour conséquence la suppression fonctionnelle de cette glande par des processus anatomo pathologiques qui ont même été considérés comme identiques par certains auteurs.

Dans la cirrhose du foie, l'excrétion de l'urée, généralement inférieure à la normale, peut se réduire à l'extrême, mais sans jamais cesser complètement, ainsi que l'avaient affirmé à tort les anciens cliniciens. Cette diminution de l'urée est d'ordinaire d'autant plus prononcée que la maladie est plus avancée. Il existe donc un ralentissement absolu de l'uréogenèse qui dépend principalement du ralentissement des échanges organiques azotés, dû lui-même à la réduction des *ingesta* (alimentation insuffisante, inanition relative, inanition absolue), à l'utilisation défectueuse des aliments, à l'emmagasinement de matériaux azotés soustraits au mouvement général des échanges (sérosité de l'ascite, des œdèmes), au marasme, à la cachexie, à l'inactivité des malades. Ce ralentissement de l'uropoïèse est souvent plus apparent que réel; l'urée et d'autres matériaux de désassimilation azotée peuvent s'accumuler dans le sang par suite de lésions anatomiques ou fonctionnelles (imperméabilité du rein), dans les divers épanchements, dans les tissus.

Quel que soit le stade de la maladie, la période préagonique exceptée, il est possible de relever considérablement le chiffre de l'urée; il suffit pour cela de favoriser le mouvement des échanges matériels en prescrivant une alimentation plus copieuse et un régime mieux adapté (régime lacté), en facilitant l'utilisation et la résorption des *ingesta*, ainsi que la diurèse.

On peut donc affirmer que la diminution absolue de l'urée dans la cirrhose hépatique, tout en correspondant effectivement au degré de sclérose du foie, n'est pas en rapport nécessaire ou direct avec les seules lésions hépatiques; elle dépend plutôt de l'état de la nutrition générale des malades que de l'état fonctionnel de la glande hépatique. Celle-ci peut encore fabriquer une quantité d'urée plus que normale, quand on lui en fournit les matériaux. Ainsi, quel que soit le degré de destruction du parenchyme hépatique, il faut admettre que les éléments cellulaires épargnés par le processus de sclérose peuvent encore exercer une suppléance parfaite.

L'étude des troubles de l'uropoïèse dans les affections dégénératives typiques du foie prouve que le pouvoir uropoïétique de cet organe ne devient insuffisant que dans la déchéance profonde du parenchyme et ne s'éteint qu'avec sa désorganisation totale. En pathologie hépatique, quelle que soit la dégénérescence du foie, le coefficient azoturique ne s'abaisse jamais au degré qu'il atteint dans la suppression artificielle de ce viscère. Le foie ne peut être, d'ailleurs, le seul lieu de production de l'urée; l'observation clinique confirme sur ce point la pathologie expérimentale. En outre, cette glande ne fabrique de l'urée qu'aux dépens des produits ultimes de la métamorphose régressive de l'albumine; ces matériaux doivent lui être fournis; leur quantité disponible est en raison de l'intensité du mouvement de la dénutrition. La quantité absolue d'urée dépend essentiellement de la nutrition générale.

Le pouvoir uropoïétique du foie est très étendu. Normalement, il dépasse les besoins réels de l'économie et, jusqu'à un certain point, il est indépendant de la masse de la glande. Il peut se conserver intégral dans des portions, si petites soient-elles, de l'organe, pourvu que ces zones soient épargnées par le processus morbide.

La suppression expérimentale du foie n'entraîne pas l'arrêt de l'uropoïèse, mais détermine seulement un abaissement très considérable du coefficient azoturique, presque exclusivement au profit d'une ammoniurie proportionnelle, seule caractéristique certaine de l'hypoazoturie anhépatique. Celle-ci apparaît plus ou moins prononcée dans les affections dégénératives du foie, mais sa signification est équivoque. Elle traduit plutôt une intoxication acide de l'organisme qu'un affaiblissement du pouvoir uropoïétique. Cette intoxication acide est, du moins en grande partie, indépendante du foie, en partie peut-être (lactacidurie) liée à une insuffisance fonctionnelle de l'organe. Aussi l'hypoazoturie, caractérisée par une ammoniurie proportionnelle à l'abaissement du coefficient azoturique, ne saurait-elle dénoncer valablement une insuffisance uropoïétique du foie qu'autant qu'elle persiste sans traitement alcalin ou qu'elle augmente par l'administration d'ammoniacaux; c'est alors toujours un signe — et un signe tardif — de profonde déchéance organique et fonctionnelle du foie.

(*Par dépêche télégraphique.*)

Toulouse, 1er avril 1902, 7 h. 45 soir.

M. Linossier (de Vichy). — Depuis l'époque où j'émettais l'opinion que, dans les maladies du foie, la glycosurie alimentaire n'avait qu'une valeur médiocre, il s'est fait une évolution que consacrent les rapports de MM. Charrin et Ducamp. Simple en apparence, la glycosurie alimentaire est en réalité un phénomène très complexe, dans lequel interviennent un grand nombre de facteurs : rapidité de l'absorption intestinale, fonction glycogénique du foie, activité glycolytique et glycoso-fixatrice des tissus, perméabilité du rein pour le sucre. Il est donc impossible de proclamer une défaillance du foie dès que la glycosurie alimentaire se produit, et réciproquement le foie peut présenter des altérations profondes sans que la glycosurie alimentaire survienne.

Il en est de même en pathologie expérimentale, où la suppression fonctionnelle du foie au moyen d'une fistule d'Eck ne détermine pas nécessairement l'apparition de la glycosurie alimentaire. Quand celle-ci se produit en l'absence de tout symptôme hépatique appréciable, il est plus difficile de démontrer que le foie n'est pas l'objet d'une altération quelconque; même en admettant la nécessité d'une défaillance du foie, celle-ci ne prouve pas l'insuffisance de l'organe qui peut répondre normalement à une excitation insuffisante; l'insuffisance est alors nerveuse et non hépatique; c'est probablement ce qui a lieu dans les diverses névroses où la glycosurie alimentaire est fréquente. En réalité, la glycosurie alimentaire doit être considérée comme un diabète atténué; son origine n'est probablement pas univoque et, de même qu'il existe un diabète nerveux et un diabète hépatique, de même on doit admettre une glycosurie alimentaire nerveuse et une glycosurie alimentaire hépatique. Au point de vue exclusif de la pathologie hépatique, la glycosurie alimentaire a donc une valeur médiocre : dans les maladies du foie confirmées, elle n'est pas un signe de pronostic grave, car, en l'absence de trouble hépatique constaté, elle n'est pas un indice certain de l'insuffisance du foie.

M. Baylac (de Toulouse). — Je pense que, parmi les nombreux procédés préconisés pour reconnaître l'état de la cellule hépatique, l'épreuve de la glycosurie alimentaire mérite d'être conservée. Les objections faites à son emploi ne sont cependant pas dépourvues d'importance : parmi elles, je citerai l'existence de la glycosurie chez des sujets indemnes de lésions du foie, son absence chez des cirrhotiques avérés, enfin les résultats contradictoires qu'elle a donnés aux différents auteurs. Il est très difficile de prouver d'une façon péremptoire l'intégrité absolue de la cellule hépatique, qui peut être le siège de troubles fonctionnels passagers et passant inaperçus à l'examen clinique, mais que décèle l'épreuve de Colrat.

D'autre part, l'absence de glycosurie dans les cas graves d'affection du foie s'explique par ce fait que le foie, tout en étant cirrhotique, peut rester fonctionnellement suffisant (Brault).

Quant aux résultats discordants obtenus en France et en Allemagne, ils paraissent imputables à ce que, dans notre pays, on se sert surtout de saccharose, tandis qu'en Allemagne les recherches ont été faites avec de la glycose pure.

Parmi les causes d'erreur signalées, le retard de l'absorption gastro-intestinale et la diminution de la perméabilité rénale peuvent être appréciés à l'aide du bleu de méthylène. De l'insuffisance glycolytique des tissus, on peut s'assurer par les injections sous-cutanées de glycose. L'influence de la variété de sucre ingéré a conduit à juste titre à remplacer l'épreuve de la glycosurie par celle de la lévulosurie alimentaire. Recherchant avec M. Arnaud la valeur de la lévulosurie sur 43 sujets soignés pour des affections diverses, j'ai obtenu un résultat positif dans 91 % des cas chez les hépatiques; ce chiffre concorde avec celui qu'a donné Straus. La lévulosurie alimentaire semble donc susceptible de rendre de réels services en clinique; elle ne doit cependant pas faire rejeter entièrement l'épreuve habituelle avec le sirop de sucre, laquelle ne constitue souvent qu'une épreuve déguisée de lévulosurie.

M. Mossé (de Toulouse). — Je ne pense pas que l'uréogénie hépatique soit une fonction

aussi nette qu'on le déclare généralement, et que l'a dit en particulier M. Ver Eecke dans son rapport. Il en est de même pour la glycosurie alimentaire, que je n'ai presque jamais observée chez des paludéens avec gros foie et grosse rate; je ne l'ai guère rencontrée que chez les ictériques. Je crois que la valeur de la glycosurie n'est ni nulle ni absolue; cette méthode d'investigation me semble cependant avoir une certaine importance en clinique.

M. Ducamp. — Si mon rapport est resté un peu incertain au sujet de la valeur de la glycosurie alimentaire, c'est que quelque hésitation me paraît permise. Deux opinions se trouvent, en effet, en présence : d'une part, celle de M. Lépine, qui considère ce mode d'investigation comme grossier; d'autre part, celle de MM. Gilbert et Carnot, qui le déclarent un procédé précieux.

Ce qui me paraît importer surtout, afin d'obtenir des résultats comparables, c'est l'emploi d'une technique toujours la même. Je crois que, pour faire l'épreuve de la glycosurie alimentaire, on doit se servir du sirop de sucre, qui détermine, en même temps que de la glycosurie, de la lévulosurie, dont M. Lépine a prouvé la sensibilité.

M. Maurel (de Toulouse). — Les conclusions de M. Ver Eecke ont laissé quelques doutes dans mon esprit; elles ne me paraissent admissibles que si les recherches sont faites chez des sujets recevant une ration alimentaire normale. Je crois qu'il faut dire que l'azote urinaire est fonction de l'azote absorbé.

M. Ver Eecke. — Plus on donne de substances albuminoïdes, plus le foie en dédouble : quand le taux de l'urée est réduit à l'extrême, comme dans le cas de M. Van Gehuchten, on peut le faire remonter en suralimentant le malade.

M. Maurel. — Je me demande si on peut toujours avoir une quantité de foie suffisante pour éviter l'insuffisance, quand je vois l'hypertrophie du foie se produire chez les animaux nourris, par exemple, avec du fromage; il est vrai que cette hypertrophie peut être due à d'autres facteurs, tels qu'une infection.

M. Cassaët (de Bordeaux). — La recherche de la glycosurie alimentaire, pour constituer un élément sérieux de diagnostic et de pronostic, doit être accompagnée de celle des autres éléments du fonctionnement hépatique, et notamment de l'urée, des sels biliaires, des substances chromogènes de la bile. De cette manière, quand l'épreuve de la glycosurie devient positive dans le temps même où l'urée diminue, où les pigments biliaires se modifient, où les acides biliaires apparaissent dans l'urine, on ne peut lui refuser une réelle importance.

Pour qu'il en soit ainsi, il n'est aucunement indispensable que le foie soit atteint d'une de ces grosses lésions macroscopiques qui font croire souvent, comme en cas de cirrhose atrophique, que toute la masse glandulaire a été détruite; il m'a été possible de la rencontrer souvent dans de simples perversions fonctionnelles de l'organe, telles que je les ai notées dans l'embarras gastrique, dans l'alcoolisme et dans l'ictère; mais pour les reconnaître, il est utile et presque nécessaire de faire des recherches en séries, les mêmes personnes laissant ou ne laissant pas passer le sucre alimentaire suivant leur état hygiénique momentané, et sans qu'on puisse incriminer chez elles une lésion massive : il en est ainsi pour les personnes bien connues de l'entourage immédiat du médecin, qui ne laissent passer le sucre dans l'urine qu'à l'occasion de fatigues exceptionnelles. J'ai pu observer le fait chez quelques étudiants de mon service.

Du reste, les conditions expérimentales où l'on met les animaux prouvent que cette complicité est nécessaire et que l'organisme n'est pas toujours en état de faire du sucre urinaire; il en est ainsi pour le chien gastrostomisé, ainsi que pour le lapin auquel on injecte du sucre dans le tissu cellulaire.

Cela revient à dire que la glycosurie alimentaire peut être le fait d'une polarisation cellulaire défectueuse et un peu analogue à l'ictère émotif. Passagère alors comme ce dernier, elle se trouve sous la dépendance d'excitations ou d'inhibitions nerveuses diverses qui expliquent qu'on la rencontre assez souvent dans certaines névroses.

Au surplus, sa guérison par le suc hépatique est un argument en faveur de l'opinion que, si le foie n'est pas tout dans l'utilisation du sucre, il peut se trouver, de temps à autre, placé dans des conditions telles qu'il ne participe plus comme il conviendrait à l'ensemble des actions glycolytique ou glycoso-fixatrice qui ont pour but de détruire ou de retenir le sucre, faute de quoi ce dernier apparaît dans les urines, donnant ainsi lieu au syndrome de l'insuffisance hépatique.

M. Chiais (d'Evian). — Il est des cas où la glycosurie alimentaire survient avant qu'il n'y ait lésion; un incident est donc nécessaire pour mettre la fonction en activité. Le foie est capable d'immobiliser des quantités considérables de liquide; en pareille occurrence, la circulation ne se fait plus dans la cellule et, celle-ci devenant insuffisante, l'uropoïèse diminue.

M. Henrijean (de Liège). — Dans l'insuffisance hépatique, l'hypoazoturie, comme la glycosurie alimentaire, peut tour à tour exister ou faire défaut. Quand l'un ou l'autre de ces phénomènes se produit, existe-t-il une suppléance?

M. Ver Eecke. — On doit admettre la possibilité d'une pareille suppléance. En effet, lorsqu'on extirpe le foie chez un animal, celui-ci n'en continue pas moins à excréter de l'urée.

M. Henrijean. — L'hypoazoturie et la glycosurie alimentaire perdent donc de leur importance au point de vue du diagnostic.

M. Mongour (de Bordeaux). — Il est important de faire le pronostic de l'insuffisance hépatique. Or, pour cela, les réactions fonctionnelles seules peuvent nous servir de guide. Elles apparaissent à échance variable, suivant les individus, en raison de multiples circonstances acquises ou héréditaires dont le rôle, au point de vue de l'évolution de la lésion, nous échappe complètement. Chez les hépatiques, pour apprécier la résistance du foie, il convient de tenir compte de deux éléments essentiels : l'hypertrophie du foie et le poids du malade. Dans les obstructions lithiasiques du cholédoque, en effet, le foie est hypertrophié tant que l'organisme tolère l'ictère; l'atrophie survient quand l'intolérance apparaît. Il en est de même dans l'ictère chronique de la cirrhose biliaire, ainsi que dans le cancer du foie, où l'on peut affirmer que la tolérance hépatique disparaît quand l'organe diminue de volume. Dans la cirrhose veineuse, l'hypertrophie du foie fournit également un élément de pronostic : les malades qui résistent sont ceux qui ont de l'hypertrophie. Quand nous recherchons les pigments de l'urine, nous examinons le rein et non le foie; le sérum peut renfermer des pigments biliaires normaux, alors que ceux-ci font défaut dans l'urine.

M. Ducamp. — L'absence d'applications cliniques s'explique aisément : c'est que la clinique est excessivement difficile; la symptomatologie de l'insuffisance hépatique venant, en effet, se surajouter à celle des lésions fondamentales, je ne pense pas que le diagnostic soit aussi aisé que l'avance M. Mongour; or, pour faire le pronostic de l'insuffisance hépatique, il faudrait d'abord pouvoir en assurer le diagnostic.

M. Picot (de Bordeaux). — Je ne crois pas que, dans l'état actuel de la science, il soit possible de faire un chapitre didactique sur l'insuffisance hépatique; il ne saurait être question que d'insuffisance hépatique survenant à titre de phénomène concomitant dans certaines affections du foie.

Dr Francis Munch (de Paris).

(A suivre.)

P. S. — Parmi les orateurs qui ont pris part à la discussion, notre collaborateur nous signale que M. Lépine (de Lyon) a pris la parole après M Baylac; mais le texte de cette communication ne nous est pas parvenu au moment où nous mettons sous presse. — N. D. L. R.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er avril 1902.

L'actinomycose humaine en France.

M. A. Poncet (de Lyon). — Depuis ma dernière communication sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 106-107), j'ai pu rassembler, avec l'aide de M. L. Bérard, 21 nouveaux cas d'actinomycose humaine, soit publiés par différents auteurs, soit observés par nous. Ce sont toujours les localisations cervico-faciales qui sont rencontrées le plus communément (18 fois sur 21), en raison du siège le plus habituel de la contamination, à savoir la voie buccale; les 3 autres faits concernent respectivement une actinomycose thoraco-pulmonaire primitive, une actinomycose annexielle et une actinomycose ano-rectale; chez tous ces malades, le diagnostic clinique fut confirmé par la constatation du parasite dans le pus ou dans les produits obtenus par grattage.

A ces 21 cas, il faut en ajouter 8 autres recueillis dans ces deux dernières années par M. Thiéry (de Paris), et que je ne compte pas dans ma statistique parce qu'ils n'ont pas été publiés; ils portent à 146 le nombre des observations d'actinomycose humaine connues jusqu'ici en France, dont 79 localisations cervico-faciales et 67 localisations viscérales

En ce qui concerne le pronostic à longue échéance de cette affection, M. J. Duvau (médecin militaire) a pu se procurer des renseignements sur le sort ultérieur de 257 malades, tant dans notre pays qu'à l'étranger; il résulte de ces documents que la mortalité, qui n'est que de 2 à 3 % dans les formes cutanées, et de 10 % dans les formes cervico-faciales superficielles, s'élève à 30 % dans les localisations temporo-maxillaires profondes, à 65 % dans l'actinomycose abdominale d'origine intestinale, à 85 % dans les localisations thoraco-pulmonaires, à 100 % enfin dans les localisations hépatiques ou cérébro-spinales. Cette gravité considérable des formes viscérales tient, d'une part, aux infections secondaires qui surviennent presque toujours en pareille occurrence, et, d'autre part, à l'impossibilité d'appliquer un traitement chirurgical réellement curateur, en raison du caractère serpigineux des lésions et de leur infiltration étendue.

A propos de la chloroformisation.

M. Renaut (de Lyon) fait remarquer, à propos de la discussion sur la chloroformisation chez les cardiaques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 51, 59 et 68), que, chez les animaux qui ont été tués par le chloroforme, il est toujours impossible, par les moyens ordinaires, de fixer la « bordure en brosse » des cellules épithéliales des tubes contournés du rein.

Or, cette bordure en brosse, qui est formée de cils courts, noyés dans une substance hyaline molle, constitue l'ultime filtre électif de la sécrétion propre des cellules épithéliales des tubes contournés. Cette sécrétion, dont on commence à saisir les préproduits, ainsi que le prouvent les travaux de MM. Regaud et Policard, est certainement très importante, puisqu'elle est représentée dans tous les reins, même dans le rein wolffien des vertébrés inférieurs; elle apporte donc un contingent important à la fonction urinaire.

Il résulte de ces constatations expérimentales que la chloroformisation commence par mettre l'émonctoire rénal en instance, sinon en état, d'insuffisance; or, c'est là un fait qui mérite d'être pris en sérieuse considération, étant donné que beaucoup des malades que l'on soumet à l'anesthésie chloroformique sont ou déjà infectés, ou du moins exposés à des chances d'infection. Ce serait là une première raison pour préférer au chloroforme l'éther qui ne donne jamais lieu à aucun accident, à la condition d'anesthésier d'abord à fond le patient, puis d'interrompre de temps en temps l'éthérisation et de n'administrer à nouveau l'anesthésique que lorsque les réflexes sensitifs réapparaissent. En procédant ainsi, l'orateur a pu, dans un cas, prolonger la narcose pendant deux heures, sans qu'après son réveil le malade ait eu un seul vomissement.

Un autre sujet, anesthésié dans les mêmes conditions, a pu assister dans un état de semi-conscience aux diverses phases de l'opération qui fut pratiquée sur lui.

L'éthérisation est également exempte de tout inconvénient chez les malades atteints de myocardite prononcée. M. Renaut estime donc que l'anesthésie par l'éther, toujours inoffensive, constitue la méthode de choix pour l'anesthésie chirurgicale.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 mars 1902.

Sur une forme d'ostéomyélite grave polymicrobienne, non suppurative.

M. Lannelongue. — Je désire attirer l'attention sur une forme rare et encore peu connue d'ostéomyélite, dont j'ai eu l'occasion d'observer 9 cas en quelques années, et qui est caractérisée — outre ses allures très aiguës — par ce fait qu'à la trépanation de l'os intéressé il ne s'écoule pas de pus, mais seulement du sang d'où l'on peut isoler le staphylocoque associé à une ou plusieurs autres espèces microbiennes.

Cette affection a toujours un début très brusque, rappelant celui d'un rhumatisme grave, avec élévation de la température qui dépasse 40°, et atteignait même 41° chez 2 de mes malades; le thermomètre subit, du matin au soir, des variations de 1° au moins. En ce qui concerne les troubles subjectifs, il existe une douleur extrêmement vive au niveau du foyer ostéomyélitique, douleur dont la pression méthodique tout le long de l'os atteint permet de préciser très nettement le maximum; ces phénomènes douloureux empêchent les mouvements de l'articulation voisine, mais celle-ci ne se montre pas gonflée. Objectivement, on constate, en général, une légère tuméfaction de la région envahie, voire même, quand la lésion siège dans un os crânien, un empâtement diffus plus ou moins étendu, pouvant entraîner l'occlusion des paupières, avec saillie culminante sur un os, le frontal ou le pariétal, d'ordinaire; mais au début — et parfois durant toute l'évolution de la maladie — on ne trouve aucun abcès.

En même temps que se déroulent ces accidents, l'état général se montre profondément altéré : la face se décolore, il survient des douleurs diffuses, le pouls est petit et fréquent, quelquefois il y a du subdélire, et si l'on n'intervient pas, la mort est presque fatale, du fait de la généralisation de l'infection (abcès et phlegmons multiples, bronchopneumonies, pyohémie, etc.).

Au point de vue de la localisation du foyer ostéomyélitique, il s'agissait, sur mes 9 cas, 4 fois de l'extrémité supérieure du fémur, 1 fois de l'extrémité inférieure de cet os, 1 fois de l'extrémité cubitale de l'humérus, 3 fois enfin des os du crâne; chez la plupart de ces sujets, on put découvrir la porte d'entrée de l'infection (écorchures aux pieds, engelures, petits furoncles, etc.). Quant à l'examen bactériologique du sang retiré au cours de la trépanation, il révéla, dans les 4 cas où il fut fait, la présence du staphylocoque, associé respectivement au streptocoque, au colibacille, au colibacille et au streptocoque, enfin à un bacille court indéterminé.

L'intervention chirurgicale d'urgence me paraît seule susceptible d'assurer la guérison dans cette variété d'ostéomyélite. Localement, il est vrai, il n'y a pas d'abcès, parfois même pas de tuméfaction; mais l'opération n'en est pas moins suffisamment indiquée, à mon sens, par l'examen de l'os, surtout en ce qui concerne la douleur communiquée; l'exploration méthodique de l'os révèle, en effet, une douleur d'abord très modérée, qui va croissant et finit par arracher des cris au patient quand on arrive au niveau du foyer; c'est en ce point qu'on trépanera l'os, en pratiquant deux ouvertures au moins; quand c'est à l'extrémité supérieure du fémur que siège la lésion, il peut être utile de trépaner le grand trochanter et de pénétrer dans le col fémoral par cette voie, comme je l'ai fait deux fois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1902.

Traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

M. Guinard. — Dans la communication que M. Tuffier nous a faite dans une séance précédente, au sujet d'une opération partielle qu'il a pratiquée dans un cas d'anévrysme de l'aorte (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 92), notre collègue a exprimé le regret de n'avoir pas extirpé la poche anévrysmale. Il est certain que la simple ligature du pédicule d'un anévrysme sacciforme doit être fatalement suivie de sphacèle et d'hémorrhagie foudroyante, comme cela s'est produit chez la malade en question. Quant à l'extirpation proposée par M. Tuffier, je crois qu'il faut la proscrire également, car ce ne peut être qu'une opération palliative, en raison des lésions concomitantes de l'aorte, et, dans ces conditions, une intervention aussi grave ne me paraît pas justifiée.

J'ai fait, pour ma part, 12 fois la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites pour des anévrysmes de la partie ascendante de la crosse de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique, car cette opération est aussi efficace dans un cas que dans l'autre, et, d'ailleurs, la confusion entre ces deux variétés d'anévrysmes est extrêmement fréquente (une fois sur deux environ, il s'agit d'un anévrysme de la crosse de l'aorte quand on parle d'anévrysme du tronc brachio-céphalique). D'une façon générale, on peut dire, sans préciser davantage le diagnostic de siège, que, en présence d'un anévrysme de la base du cou, du côté droit, la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites est toujours indiquée, et qu'elle peut produire les mêmes effets que l'extirpation, tout en étant d'une gravité minime.

M. Legueu. — Comme M. Guinard vient de le dire, il est très difficile de distinguer les anévrysmes du tronc brachio-céphalique d'avec ceux de la crosse de l'aorte. Dans un cas, croyant à un anévrysme du tronc brachio-céphalique, j'ai fait la ligature de la carotide primitive, mais je n'ai pu trouver la sous-clavière; la malade a survécu deux mois environ; l'autopsie a montré que le diagnostic avait été en défaut, au point de vue de la localisation de l'anévrysme, car celui-ci siégeait sur la crosse de l'aorte.

La résection des canaux déférents contre l'hypertrophie de la prostate.

M. Potherat. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail — basé sur 4 observations — que M. Charrier (d'Angers) nous a adressé au sujet du traitement de l'hypertrophie de la prostate par la résection des canaux déférents, pour combattre les accidents de rétention. Un de ces malades, dont l'état était extrêmement grave, a succombé très peu de jours après l'intervention. Dans 2 autres cas, le résultat a été satisfaisant, et l'amélioration des troubles de la miction s'est produite au bout de dix à douze jours. Enfin, le quatrième patient n'a retiré aucun bénéfice de l'opération.

A mon avis, ces faits prouvent à nouveau que la résection des canaux déférents n'a pas beaucoup d'efficacité contre l'hypertrophie de la prostate.

M. Legueu. — Je considère aussi la résection des canaux déférents comme n'ayant aucune efficacité contre l'hypertrophie prostatique; cette intervention ne peut donner que des améliorations passagères. J'estime que l'avenir, en matière de traitement de l'hypertrophie de la prostate, est à la prostatectomie.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 12 et 19 mars 1902.

L'opération par voie vaginale dans le traitement de la grossesse tubaire.

M. P. Strassmann fait une communication sur les avantages de la colpotomie, comparée à la laparotomie, dans le traitement de la grossesse tubaire; la première de ces interventions est plus facile à exécuter; elle met à l'abri des souffrances ultérieures dues à la cicatrice abdominale, à des adhérences, à une éventration; enfin, elle paraît entraîner une convalescence moins longue et diminuer dans un moins grand nombre de cas l'aptitude au travail des opérées. Toutefois, elle ne saurait convenir que si la grossesse n'a pas dépassé le quatrième mois. L'indication opératoire est fournie par l'hémorrhagie, ou, en l'absence d'hémorrhagie, par la douleur, ou encore par des lésions chroniques consécutives à la rupture. La laparotomie reprend ses droits quand le diagnostic est hésitant — l'hypothèse d'appendicite ou d'ulcère rond perforé pouvant être agitée —, et lorsqu'il se produit une perte sanguine menaçante, surtout si l'on ne dispose pas d'aides suffisants.

L'orateur a opéré 9 grossesses extra-utérines par voie vaginale (5 colpotomies antérieures et 4 postérieures); il s'agissait une fois d'une hémorrhagie récente, 2 fois de môles tubaires et 6 fois d'avortement tubaire. Il a pu rassembler 60 cas analogues, tous terminés par guérison.

M. Falk déclare que la riche vascularisation de l'utérus peut être la cause d'une perte abondante de sang au cours de la colpotomie pour grossesse extra-utérine : sur 16 interventions de ce genre, M. Schauta dut 4 fois faire l'hystérectomie pour une telle complication. La laparotomie conduit au même but avec plus de sécurité. L'orateur a opéré, par voie abdominale, 19 femmes, dont une seule a succombé ; elle se trouvait, d'ailleurs, au cinquième mois de sa grossesse et n'était donc pas justiciable de la colpotomie. Ce n'est que dans les cas anciens que l'on pourrait, d'après M. Falk, recourir à cette dernière intervention.

M. Gottschalk préconise l'opération abdominale toutes les fois que la grossesse est encore en voie d'accroissement; l'hémorrhagie, en pareille occurrence, peut être si abondante, que le succès de l'intervention dépend d'une question de minutes, et il ne paraît pas douteux à l'orateur que la laparotomie exige moins de temps que la colpotomie. Celle-ci présente certains avantages quand on a affaire à une grossesse avec fœtus mort et formation de môles, mais il ne faut pas oublier que, dans ces cas, les douleurs disparaissent le plus souvent sans aucune espèce d'opération. La colpotomie est encore indiquée chez les malades fébricitantes, où l'on peut craindre que l'hématocèle ne soit infectée; elle est contre-indiquée quand il y a lieu de supposer de fortes adhérences intestinales.

M. Bröse considère la colpotomie comme légitime toutes les fois que le fœtus est mort, ainsi que dans les grossesses de moins de quatre mois, enfin dans les hématocèles suppurées; par contre, il croit, comme M. Gottschalk, la laparotomie préférable en cas de grossesse en voie d'accroissement, et aussi lorsqu'on dispose d'une assistance insuffisante. Il estime que la colpotomie doit le plus souvent être postérieure, et qu'il faut chercher à conserver la trompe.

M. Schönheimer déclare qu'il lui paraît impossible, vu la diversité des cas, de décider que l'opération vaginale est supérieure à l'abdominale, ou réciproquement, ou encore qu'il vaut mieux ne pas intervenir du tout. Il est vrai qu'une vieille hématocèle peut déterminer des troubles, mais les suites opératoires ne sont pas toujours exemptes d'inconvénients; il cite notamment le cas d'une femme qui, un an après une laparotomie pour grossesse tubaire, eut une nouvelle grossesse, intra-utérine cette fois, au cours de laquelle il se produisit une occlusion, due, comme le montra l'ouverture du ventre, à l'étranglement de l'intestin entre l'utérus augmenté de volume et la cicatrice abdominale.

M. Dührssen se déclare partisan de la colpotomie, qu'il a pratiquée 36 fois sans un seul décès; il ne cherche pas systématiquement à conserver la trompe.

M. P. Strassmann fait observer que, parmi les avantages de l'opération vaginale, il faut encore citer ce fait qu'elle permet de ne pas toucher aux exsudats inflammatoires que l'on est, au contraire, obligé de traverser pour atteindre la trompe, quand on intervient par l'abdomen.

Sur les injections interstitielles de vaseline.

M. Eckstein présente un certain nombre de patients chez lesquels ont été pratiquées des injections interstitielles de vaseline, dans un but prothétique, soit par feu J. Wolff, soit par lui-même. L'orateur, contrairement à M. Gersuny, préfère la vaseline dure à la vaseline molle.

M. Karewski vante les bons effets de cette méthode dans le traitement des prolapsus, notamment du prolapsus du rectum chez les enfants.

M. E. Unger montre une femme de trente-deux ans qui porte une double côte cervicale, laquelle ne se manifeste par aucun trouble et n'a été découverte que par hasard.

Dr VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'emploi thérapeutique des injections gazeuses sous-cutanées.

Les bons effets obtenus par l'élongation des nerfs dans les névralgies et, en particulier, dans les sciatiques, ont suggéré à M. le docteur Cordier, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, l'idée de distendre mécaniquement les tissus par insufflation, afin de déterminer une élongation des fines ramifications nerveuses au point où elles pénètrent dans le derme. A cet effet, notre confrère s'était servi d'abord d'un gaz indifférent, l'air atmosphérique; plus tard, il essaya aussi l'oxygène, l'hydrogène, l'azote et surtout l'acide carbonique, sans constater, d'ailleurs, une différence sensible dans l'action de ces divers gaz, la rapidité de leur résorption variant seule.

Pour stériliser l'air et l'insuffler, il n'est pas besoin d'instrumentation spéciale : il suffit d'avoir une aiguille tubulée quelconque et une soufflerie de thermocautère, et encore celle-ci pourrait-elle être remplacée par une simple poire de caoutchouc. Si l'on emploie un gaz autre que l'air atmosphérique, on fait communiquer, au moyen d'un gros tube en caoutchouc, l'orifice d'aspiration de la soufflerie avec le ballon contenant le gaz en question. Entre l'aiguille et la soufflerie on interpose un tube en verre mesurant 10 centimètres de long et 1 centimètre de diamètre. Ce tube, dont les parois doivent être lubrifiées avec un peu de glycérine, est rempli de coton stérilisé, puis fermé à ses deux extrémités par des bouchons de caoutchouc percés chacun d'un orifice : l'un reçoit un embout métallique devant s'adapter à la canule de l'aiguille, l'autre, un tube en verre sur lequel se fixe le caoutchouc qui fait suite à la soufflerie.

L'asepsie de l'aiguille et de la peau du malade une fois assurée, on enfonce brusquement l'aiguille et, après avoir constaté qu'elle n'a pas pénétré dans un vaisseau, on commence l'insufflation en exerçant une pression plus ou moins modérée suivant la région à laquelle on a affaire (la pénétration du gaz est d'autant plus facile que le tissu adipeux est moins développé). Lorsqu'on a terminé l'insufflation, il est indispensable de pratiquer un massage énergique : par des pressions alternatives, il faut refouler et ramener le gaz, de façon à le faire agir sur les points où il est nécessaire d'exercer une distension plus considérable. Ces malaxations présentent, entre autres avantages, celui de permettre de choisir pour l'injection un point éloigné, où la peau est plus saine, plus facile à désinfecter et à protéger. Le massage peut, du reste, être renouvelé chaque jour, tant que persiste la sonorité de la région.

M. Cordier a pratiqué soit à l'hôpital, soit dans sa clientèle privée plusieurs centaines d'insufflations gazeuses, sans avoir jamais eu à noter la moindre réaction inflammatoire ou fébrile. Il subsisterait seulement un certain degré d'hyperesthésie à la température et au toucher, ainsi qu'un prurit plus ou moins pénible. Pendant l'insufflation, les malades accuseraient des sensations de distension, de fourmillement ou de picotement, sans éprouver pourtant de véritables douleurs.

Notre confrère a traité de la sorte 25 sujets atteints de sciatique (névralgie ou névrite), en faisant, au cours d'une seule et même séance, une injection sous-cutanée de 50 centilitres d'air (ou d'acide carbonique) dans chacun des trois points suivants : la région lombaire, la face externe de la cuisse et la région externe et supérieure de la jambe au-dessus de la tête du péroné. De ces trois points on dirigeait le gaz, à l'aide du massage, vers les zones particulièrement douloureuses, en ayant surtout soin de ne négliger ni l'extrémité inférieure de la jambe, ni le dos du pied. Dans 13 cas, la guérison complète a été obtenue après une à cinq séances; chez 6 malades, le traitement a donné une amélioration considérable; 4 autres ont été perdus de vue après une seule séance et, enfin, chez les 2 derniers, les insufflations ont échoué.

Le procédé en question a également été appliqué avec succès au traitement d'autres manifestations douloureuses à forme névralgique, telles que névralgies persistantes après le zona, névralgies inguinale, inguino-scrotale et fémoro-cutanée compliquant les lésions des organes génitaux, etc.

Les insufflations gazeuses ne seraient pas moins utiles dans les cas de névrite diffuse consécutive à de grands traumatismes, ainsi que dans le lombago, le coup de fouet et l'entorse. En ce qui concerne le lombago, il est bon d'injecter l'air et dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la masse sacro-lombaire, mais il importe de savoir que le gaz insufflé sous l'aponévrose tend à remonter vers la région cervicale, inconvénient auquel il est, du reste, facile de parer en exerçant une pression avec la main.

Enfin, M. Cordier a aussi eu recours aux injections gazeuses dans les manifestations articulaires ou tendineuses de la blennorrhagie, où il en a obtenu des résultats très satisfaisants. Aussi, notre confrère se demande-t-il si le même traitement ne pourrait pas être appliqué à d'autres arthrites douloureuses, en particulier aux tumeurs blanches.

Emploi en chirurgie des injections sous-cutanées de sérum artificiel glycosé.

La valeur des injections hypodermiques de substances nutritives et, en particulier, de solutions sucrées, étant encore loin d'être complètement élucidée (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 294-295), il nous paraît intéressant de signaler les bons effets que M. le docteur A. E. Barker, professeur de chirurgie à l'University College de Londres, a obtenus au moyen d'injections d'eau salée, additionnée de 5 % de glucose, chez des malades affaiblis, qu'on ne pouvait se décider à opérer sans remonter, au préalable, leurs forces. L'emploi de ce moyen a été indiqué à notre confrère par M. le docteur K. Lennander, professeur de chirurgie et d'obstétrique à la Faculté de médecine d'Upsala. M. Barker se montra d'abord sceptique à l'égard de l'efficacité de ce mode de procéder, estimant que l'introduction dans le tissu cellulaire sous-cutané de doses plus ou moins considérables de sucre doit retentir sur le processus de réparation des plaies d'une façon à peu près aussi fâcheuse que le diabète, sans compter que le titre de la solution sucrée employée par M. Lennander lui paraissait assez élevé pour que les injections pussent provoquer des sensations douloureuses. Mais les essais que notre confrère a institués, à ce sujet, à l'University College Hospital, ainsi que dans sa clientèle privée, n'ont nullement justifié ses craintes; jamais il n'a eu à enregistrer, à la suite des injections, le moindre phénomène fâcheux, tel que douleurs, glycosurie, etc.

M. Barker injecte d'habitude matin et soir, pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, 500 c.c. d'une solution stérilisée et tiède contenant 6 ‰ de chlorure de sodium et 5 % de glucose. Les injections sont pratiquées au niveau de la face interne du bras, dans le voisinage immédiat du creux axillaire, avec toutes les précautions habituelles d'asepsie. Il est bon de faire une injection immédiatement avant l'intervention, le malade étant déjà couché sur la table. Enfin, il va sans dire que l'usage du sérum artificiel glycosé peut également être indiqué après l'opération.

Les injections auraient un effet favorable principalement sur l'état général de l'organisme, ainsi que sur l'activité cardiaque et la diurèse. Elles présenteraient, en outre, l'avantage de calmer la soif.

Pour les besoins de la pratique, M. Barker recommande de préparer d'avance une solution concentrée qui sera conservée dans des ampoules scellées à la lampe et qu'il sera facile d'étendre, au moment de s'en servir, de la quantité voulue d'eau bouillie.

Traitement prophylactique de la cachexie consécutive à l'évacuation d'épanchements abdominaux abondants.

On sait qu'à la suite de l'évacuation d'épanchements abdominaux abondants, notamment dans les cas de cirrhose atrophique, les malades tombent parfois dans un état de dépression profonde pouvant confiner au coma. Afin d'éviter les accidents de ce genre, qui semblent dus à la déplétion séreuse provoquée par l'évacuation de l'exsudat, M. le docteur Lyonnet, médecin des hôpitaux de Lyon, et M. B. de Teyssier, interne desdits hôpitaux, ont essayé de réintroduire directement dans l'organisme le liquide extrait de l'abdomen, en faisant communiquer le trocart utilisé pour la ponction avec une aiguille à injections hypodermiques. Ce procédé s'est montré, toutefois, peu pratique, le passage du liquide de l'abdomen dans le tissu cellulaire se faisant avec une extrême lenteur. On aurait pu, il est vrai, recueillir la sérosité de la ponction et l'injecter sous la peau suivant la technique habituelle; mais, comme cette manière de faire ne paraissait pas offrir toute garantie au point de vue de l'asepsie, MM. Lyonnet et de Teyssier ont préféré donner le liquide ascitique en lavements. C'est ainsi que chez un malade auquel on avait retiré dix litres de sérosité péritonéale, on injecta dans le rectum, matin et soir, 500 c.c. de ce liquide conservé en ballons stérilisés, et additionné de quelques gouttes de laudanum. Ces clystères ont été très bien supportés. Il en fut de même dans un cas d'épanchement thoracique d'origine cardiaque.

Le liquide retiré par ponction est très riche en substances albuminoïdes et salines et, d'autre part, administré en lavement, il semble tout à fait inoffensif, du moins tant qu'il s'agit d'épanchements d'origine mécanique, car il va sans dire qu'en réintroduisant dans l'organisme de la sérosité brightique, par exemple, on s'exposerait à voir survenir des phénomènes d'intoxication.

La constipation chez les nouveau-nés et son traitement par le cascara sagrada.

D'après les observations d'un médecin russe, M. le docteur V. P. Joukovsky (de Saint-Pétersbourg), la constipation se rencontrerait chez 25 % des nouveau-nés à terme; le plus souvent, elle aurait pour cause la rétention du méconium et les fermentations consécutives à cette rétention. Notre confrère a recours, en pareille occurrence, à l'extrait fluide de cascara sagrada qu'il administre, au cours même d'une tétée, à la dose de XX gouttes additionnées de X gouttes de sirop simple. Il a traité de la sorte 500 nouveau-nés et dans 85.5 % de ces cas la médication a produit l'effet voulu en moins de douze heures; chez les autres nourrissons, l'action du cascara a été plus lente. Il est bon, du reste, de continuer le traitement, en répétant la même dose quotidiennement ou tous les deux jours, afin de combattre la tendance à la constipation habituelle. M. Joukovsky n'a jamais eu à enregistrer le moindre phénomène fâcheux (diminution du poids du corps, vomissements, etc.) attribuable à l'emploi du cascara. Ce médicament a paru, au contraire, exercer une action stimulante sur l'appétit, tout en améliorant considérablement les selles.

Un procédé de traitement des vomissements de la grossesse.

Partant des mêmes considérations qui ont amené M. le docteur R. Condamin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, à envisager les vomissements incoercibles de la grossesse comme un phénomène d'intoxication, et à les traiter par des injections intrarectales de sérum artificiel (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 23), un médecin américain, M. le docteur E. Castelli (de Washington), a recours depuis deux ans, contre les mêmes accidents, à des lavements composés d'après la formule que voici :

Chlorure de sodium........	5 grammes.
Sulfate de soude.......	10 —
Vératrine................	0 gr. 001 milligr.
Eau......................	1,000 grammes.

Ces clystères sont administrés toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'on obtienne une atténuation sensible des douleurs épigastriques. On s'attache alors à combattre l'anémie cérébrale qui est à peu près constante en pareille occurrence et qui constitue une des causes immédiates des vomissements. Dans ce but, on fait coucher la patiente sur le dos, la partie supérieure du corps étant placée plus bas que les membres inférieurs, et on applique sur la tête une compresse chaude qu'on renouvelle toutes les vingt minutes.

TRENTE ET UNIÈME CONGRÈS DE LA

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 2 au 5 avril 1902.

Séances du 2 avril 1902.

Du premier pansement sur le champ de bataille.

M. von Bruns (de Tubingue). — Nous savons actuellement que les projectiles de guerre n'étant pas aseptiques *au point de vue bactériologique*, toute plaie par arme à feu doit être considérée comme infectée. Il n'en résulte point cependant que ces blessures soient nécessairement infectées *au point de vue pratique*. Il est connu, au contraire, depuis les observations de M. von Bergmann dans la guerre russo-turque, que les résultats fournis par la simple occlusion des plaies sont de beaucoup supérieurs à ceux que donne une thérapeutique plus active, ayant pour but la désinfection des tissus lésés. Ces constatations ont été confirmées d'une manière frappante durant la guerre de l'Afrique du Sud, et tous les chirurgiens ont été étonnés de la facilité avec laquelle on obtient la guérison par première intention dans la majorité des cas. Cette bénignité relative des blessures de guerre, à l'heure actuelle, tient avant tout à ce que, grâce à l'exiguïté du calibre des armes à feu, la plaie cutanée est ordinairement très petite, et que le projectile ne transporte généralement pas dans l'intérieur des tissus des fragments de vêtement.

Nous sommes donc autorisés à considérer les blessures de guerre comme non infectées, au point de vue pratique, tant qu'il ne s'agit pas de solutions étendues des téguments, telles qu'en produisent les projectiles frappant transversalement, ou encore les fragments d'obus et les balles de shrapnel. Aussi devons-nous moins chercher à obtenir la *désinfection primitive* de la plaie, qu'à prévenir son *infection secondaire*. Nous arriverons à ce résultat en appliquant aussi vite que possible un pansement occlusif sûrement stérilisé et ayant la propriété d'absorber le sang et la sérosité qui sortent de l'orifice de la plaie; il n'est point besoin de se servir à cet effet de gaze imprégnée d'une substance antiseptique. On s'abstiendra de toute désinfection même extérieure de la blessure, de crainte d'y introduire des germes provenant des parties environnantes des téguments. L'assèchement de la surface de la plaie étant la garantie la plus sûre contre l'infection, on évitera de couvrir le pansement d'une substance imperméable susceptible d'empêcher l'évaporation.

L'usage de substances antiseptiques, sans être indispensable, peut cependant être de quelque utilité; c'est pourquoi je me suis efforcé de rendre l'application des microbicides plus facile en leur donnant la forme d'une pâte semi-liquide conservée dans des tubes en étain (en ayant soin de ne pas employer des produits qui se décomposent au contact de ce métal). Cette pâte est appliquée sur la plaie, puis recouverte du matériel de pansement contenu dans la cartouche à pansement; on fixe le tout au moyen de deux bandes de sparadrap en caoutchouc croisées. Ce dernier mode de contention me paraît préférable aux bandes en gaze que renferment les cartouches à pansement utilisées dans la plupart des armées, grâce à la facilité de son application qui ne nécessite même point le déshabillage du blessé; le sparadrap maintient en outre la fixité du pansement beaucoup plus longtemps que les bandes en gaze. Inutile d'ajouter que ce procédé occlusif devra être mis en œuvre, d'une manière schématique, pour toutes les blessures avec lésions cutanées limitées; on y ajoutera naturellement un appareil contentif toutes les fois qu'il existera une fracture. Il est de la plus grande importance, enfin, d'éviter dans la limite du possible le transport des blessés durant les cinq ou six premiers jours, ce transport pouvant compromettre dans une grande mesure la guérison par première intention.

M. Bertelsmann (de Hambourg). — J'ai eu l'occasion de soigner à Mafeking 52 cas de blessures par armes à feu, dont plusieurs lésions très graves du cou, du thorax, de la colonne vertébrale. Dans tous, la guérison s'est faite sans suppuration, et j'attribue cet heureux résultat au fait que j'ai été en mesure d'établir le premier pansement moi-même, et que j'ai évité soigneusement de toucher aux plaies. Je me suis servi du simple pansement occlusif à la gaze stérilisée, fixé à l'aide de deux bandes de sparadrap croisées. J'ajouterai que la sécheresse du climat du Transvaal pourrait bien être pour quelque chose dans le résultat obtenu, en tant qu'il facilite l'exsiccation de la surface de la plaie.

M. von Bergmann (de Berlin) présente 2 malades traités dans son service d'après le principe du simple pansement occlusif. Il s'agissait, chez l'un, d'une fracture comminutive du tibia, produite par un coup de grenaille tiré à trois pas de distance. Par l'occlusion de la plaie, on obtint une guérison parfaite de la fracture, sans trace de suppuration, malgré la présence de plus de 150 grains de plomb. Le deuxième cas, traité de la même façon, concerne une fracture comminutive du fémur, par balle de pistolet Mauser; ici également la fracture se consolida sans suppuration.

M. Küttner (de Tubingue). — Je n'attribue pas la même importance que M. Bertelsmann à l'influence climatérique sur la guérison des plaies, car on a obtenu à Cuba, malgré l'humidité du climat, des résultats aussi bons que dans l'Afrique du Sud. La cause essentielle de la bénignité des plaies modernes, au point de vue de l'infection, réside, comme l'a dit M. von Bruns, dans la petitesse de l'orifice cutané, l'étroitesse du canal de la plaie et l'absence de fragments de vêtements dans ce dernier. Il existe sous tous ces rapports une différence considérable entre les blessures produites par les balles cuirassées de fusil et celles que déterminent les projectiles d'autre nature. C'est ainsi que nous avons vu suppurer, en Afrique, toutes les plaies par éclats d'obus, et que les blessures provenant de balles de shrapnel ont également suppuré dans 42 % des cas; celles, au contraire, qui étaient produites par les projectiles de petit calibre et à chemise n'ont présenté des symptômes d'infection que dans 12 % des cas. Ce chiffre serait encore plus faible si l'on avait tenu compte des plaies légères, guéries le plus souvent sans infection.

Les bons résultats que l'on obtient en chirurgie d'armée, dans les guerres modernes, doivent être mis aussi à l'actif des progrès de la thérapeutique. La preuve en est fournie par ce fait que, dans certaines batailles, les seuls malades infectés furent ceux dont les plaies avaient été sondées par des personnes inexpérimentées. Nous nous sommes bornés dans la règle au simple pansement occlusif à la gaze et au sparadrap, nous abstenant fréquemment de toute désinfection extérieure, même du voisinage de la blessure; nous n'avons eu recours au tamponnement que pour les plaies étendues. Les fractures étaient d'emblée protégées par un appareil plâtré, confectionné le plus souvent par la simple application d'une bouillie de plâtre par-dessus le pansement.

Nous avons pu constater enfin que le transport prolongé des blessés présentait les plus grands dangers, tant au point de vue d'une suppuration ultérieure qu'en ce qui concerne les hémorrhagies secondaires.

La conclusion pratique de tous ces faits, c'est qu'il est de la plus haute importance de placer un pansement occlusif sur le champ de bataille même, et souvent avant d'attendre la fin de l'engagement, puis d'établir, dans le voisinage immédiat du lieu du combat, un nombre suffisant d'infirmeries sous forme de tentes et de baraques, de manière à être en mesure d'éviter le transport des blessés durant les premiers jours. Le premier pansement avant la fin du combat expose le personnel sanitaire à des dangers indiscutables, mais il présente, d'autre part, de tels avantages pour les blessés, que nous ne saurions nous soustraire à ce devoir.

M. Perthes (de Leipzig) a été amené, par les observations faites dans la récente guerre de Chine, à étudier la manière la plus pratique de pourvoir le personnel sanitaire d'une quantité suffisante de matériel de pansement stérilisé; il conseille, dans ce but, de faire, avec des tampons et des compresses de gaze hydrophile, des paquets comprimés et entourés d'abord de papier à filtrer, puis d'un papier imperméable, et stérilisés à la vapeur avant la fermeture complète de la dernière enveloppe. Il a pu se convaincre que ces objets de pansement sont traversés et stérilisés par la vapeur, même quand ils sont déjà comprimés.

M. König (de Berlin) est d'avis qu'il y aurait certains inconvénients à remplacer la bande de gaze de la cartouche à pansement par les bandes de sparadrap proposées par M. von Bruns.

M. Ziemssen (de Wiesbaden) estime, comme M. Küttner, que le pansement devrait être fait sur le champ de bataille même, sans attendre la fin du combat, et être appliqué autant que possible par les médecins de troupe, qui devraient rester auprès des combattants pendant l'engagement. L'orateur conseille de former, en dehors des médecins de troupe, des détachements sanitaires montés, susceptibles d'être dirigés rapidement, suivant les besoins, sur tel ou tel point du champ de bataille.

M. Korteweg (de Leyde) confirme, en se basant sur ses observations personnelles, la bénignité des blessures de guerre actuelles, pourvu que l'on établisse aussi rapidement que possible un pansement occlusif; et encore a-t-il pu observer de nombreuses plaies restées aseptiques, au point de vue clinique, bien que le pansement occlusif n'eût été fait que le lendemain. Il présente la cartouche de pansement introduite récemment dans l'armée néerlandaise, laquelle permet d'appliquer très facilement le pansement occlusif, d'une manière absolument aseptique, sans qu'il soit nécessaire de se désinfecter préalablement.

M. Hildebrandt (de Berlin). — Au premier abord, les enseignements fournis par la guerre du Transvaal paraissent militer en faveur du traitement expectant, en ce qui concerne les plaies pénétrantes de l'abdomen : les tentatives opératoires ont donné, en pareil cas, des résultats déplorables. Il serait cependant erroné de vouloir en conclure à l'inutilité de toute intervention sanglante dans ce genre de lésions. En étudiant de plus près les statistiques produites par les chirurgiens anglais, nous remarquons, en effet, que la plupart d'entre eux n'ont vu les blessés que quelques jours après le combat, de sorte qu'ils n'ont pas compris dans leurs relevés les très nombreux blessés ayant succombé à une plaie abdominale sur le champ de bataille même, ou peu après l'engagement. Il convient de tenir compte, en outre, de ce fait que les circonstances étaient beaucoup plus défavorables, pour l'exécution d'une laparotomie, dans l'Afrique du Sud, qu'elles ne le seraient dans nos armées continentales. Les mauvais résultats qu'a fournis la laparotomie dans la guerre sud-africaine proviennent donc essentiellement, à mon avis, de ce que l'opération, quand elle a été pratiquée, a été trop tardive. Aussi, je persiste à croire qu'avec le nombre de médecins dont disposent nos armées, la laparotomie rapide serait indiquée non seulement dans les cas d'hémorrhagie, mais aussi toutes les fois que l'on pourrait craindre l'existence d'une perforation intestinale.

Du traitement des fractures à l'aide de la suture osseuse immédiate.

M. Völker (de Heidelberg). — J'ai pratiqué la suture osseuse à l'aide de fils d'argent dans 6 cas de fracture compliquée des extrémités, dont 4 de jambe et 2 de l'avant-bras. Ces 6 malades ont guéri sans complications. J'estime que l'intervention en question est d'une bénignité absolue tant qu'il s'agit d'un os superficiel, comme le tibia et les os de l'avant-bras; il en est autrement de la suture des os profonds, tels que l'humérus et le fémur, ainsi que de la suture osseuse en cas de fracture intra-articulaire. Quant à la rapidité de la consolidation, la suture osseuse ne me paraît présenter aucun avantage vis-à-vis du traitement non sanglant; j'ai pu constater, au contraire, que la formation du cal est excessivement lente dans les cas où l'on fait la suture.

Pour ce qui est du résultat final, j'ai obtenu une coaptation parfaite des fragments dans 4 cas; mais j'ai dû recourir 2 fois à l'application ultérieure d'appareils plâtrés, afin de corriger des déplacements secondaires.

M. Lane (de Londres). — De nombreuses observations faites sur le vivant et sur le cadavre m'ont permis de constater que les difformités produites par une consolidation vicieuse des fragments exercent une influence beaucoup

plus considérable qu'on ne le croit communément sur le fonctionnement des articulations voisines, et, par le fait, sur la capacité de travail du blessé. J'ai pu m'assurer, en outre, que l'âge du patient joue un rôle important en ce qui concerne les conséquences des fractures : à partir de trente-cinq ou quarante ans, l'organisme perd la faculté de s'adapter aux conditions statiques anormales résultant d'une consolidation vicieuse. J'ai pu me rendre compte, enfin, que l'hémorrhagie intramusculaire et l'infiltration inflammatoire des tissus sont susceptibles de rendre illusoire toute tentative de coaptation qui n'est pas exécutée immédiatement après l'accident.

Ces considérations m'ont engagé à recourir à la suture osseuse, non seulement pour les fractures compliquées, mais également dans les cas de fracture sous-cutanée, toutes les fois que la coaptation régulière n'a pu être obtenue par les moyens habituels. Je me suis servi, suivant les circonstances, soit de fils d'argent, soit de vis en acier. Inutile d'ajouter que la plus stricte asepsie est indispensable afin d'éviter l'expulsion ultérieure de ces objets comme corps étrangers.

M. König (d'Altona). — Il n'y a pas, à mon avis, corrélation étroite entre le bon fonctionnement ultérieur d'un membre fracturé et la *restitutio ad integrum* de l'os, car l'on rencontre couramment des consolidations plus ou moins vicieuses avec fonctionnement parfait. Ce n'est donc point dans les fractures de la diaphyse que la suture osseuse me paraît présenter son utilité principale, mais plutôt dans les fractures épiphysaires où la brièveté de l'un des fragments nous prive des moyens nécessaires pour obtenir une bonne coaptation. C'est pour les faits de ce genre que je pratique depuis un an la suture osseuse immédiate, procédé qui présente l'avantage de diminuer le volume du cal et de permettre une reprise rapide des mouvements. J'estime qu'il est préférable de faire, en pareille occurrence, l'opération précoce toutes les fois que l'examen clinique et radiographique nous démontre l'impossibilité d'une bonne coaptation par les moyens habituels; l'intervention précoce est, en effet, plus facile à exécuter et elle abrège notablement la durée du traitement.

M. Trendelenburg (de Leipzig) insiste sur l'utilité de l'intervention sanglante dans la fracture intracapsulaire du col du fémur. Il se sert à cet effet d'une vis introduite à travers le grand trochanter et poussée jusque dans la tête fémorale. Il conseille de pratiquer une incision longitudinale en avant du trochanter afin de pouvoir s'assurer, à l'aide du doigt, que la vis atteint bien la tête fémorale.

M. Pfeilschneider (de Berlin) rappelle qu'il a préconisé le traitement opératoire des fractures épiphysaires, il y a dix ans déjà. Il a remplacé le fil d'argent, dont la résistance lui paraît insuffisante, par les vis en acier, mais il a pu constater que ces dernières sont toujours expulsées comme corps étrangers. Il a été frappé du peu de réaction que produisent ces sutures du côté du périoste.

M. Körte (de Berlin) conseille de faire la suture osseuse toutes les fois que les moyens de traitement habituels sont insuffisants. Il a agi de la sorte dans une vingtaine de cas, se rapportant notamment à l'articulation du coude.

M. Henle (de Breslau) dit que, d'après les observations faites à la clinique chirurgicale de Breslau, la suture osseuse amène une consolidation très lente dans les fractures diaphysaires, tandis qu'elle active la consolidation dans les fractures épiphysaires. Il estime qu'en règle générale les méthodes non sanglantes, notamment l'extension permanente, sont suffisantes.

M. Lauenstein (de Hambourg) s'est servi, dans un certain nombre de cas, du procédé de M. Hansmann, consistant dans l'application d'une plaque de métal allongée, portant sur les deux fragments osseux déviés, et fixée à l'aide de plusieurs vis. Ce moyen lui a fourni de bons résultats, mais il nécessite le traitement à ciel ouvert, ainsi que l'extraction ultérieure des corps étrangers métalliques; en outre, il détermine parfois la formation de séquestres.

M. Schede (de Bonn) a essayé, comme M. Trendelenburg, de traiter la fracture intracapsulaire du col du fémur à l'aide d'une tige introduite jusque dans la tête fémorale à travers le col du fémur. Il préfère employer une tige en ivoire plutôt qu'un corps métallique. Il est d'avis que ce traitement devrait être appliqué non seulement dans les fractures invétérées, mais d'emblée, à titre d'intervention précoce.

M. Schlange (de Hanovre) estime que l'on ne devrait pas trop étendre les indications du traitement opératoire des fractures; il est cependant des lésions — notamment la fracture du tibia à l'union des tiers moyen et inférieur — où la suture osseuse constitue le seul moyen de coaptation sûre.

M. Bier (de Greifswald) a pu constater, comme M. Pfeilschneider, que les vis métalliques sont généralement expulsées; aussi les remplace-t-il, dans les rares cas où le traitement sanglant des fractures lui paraît indiqué, par un simple poinçon métallique, lequel reste dans la plaie jusqu'au moment de la consolidation et dont l'extraction ultérieure est très facile. Il réserve une large part au massage quand le déplacement est peu considérable ou lorsqu'il s'agit d'une fracture intra-articulaire.

M. Bardenheuer (de Cologne) estime que l'on pourrait éviter la suture osseuse dans la grande majorité des cas si l'on savait tirer de l'extension permanente tout ce qu'elle peut donner. Il cite notamment le cas de la variété de fracture du tibia à laquelle M. Schlange vient de faire allusion, et pour laquelle il croit qu'on peut parfaitement obtenir une bonne coaptation en combinant l'extension permanente suivant l'axe de l'extrémité lésée avec des tractions transversales agissant en sens opposé, l'une sur le fragment supérieur, l'autre sur le fragment inférieur. Le seul inconvénient de ce traitement consiste dans la nécessité d'une surveillance très exacte et d'un renouvellement assez fréquent des lacs extenseurs, afin de pouvoir adapter à chaque moment la force de traction à l'étendue du déplacement. Il dit n'avoir eu recours au traitement sanglant dans aucun cas depuis nombre d'années, quoique ayant à traiter dans son service un grand nombre de fractures; il déclare également n'avoir jamais observé la formation d'une pseudarthrose.

M. Kocher (de Berne). — Je conviens que les méthodes sanglantes n'ont aucune utilité pour les chirurgiens auxquels l'application des procédés non sanglants fournit, sans exception, des résultats parfaits; mais il en est d'autres qui voient échouer de temps à autre toutes leurs tentatives de coaptation par les méthodes usuelles, et pour lesquels l'intervention opératoire constitue une ressource précieuse.

Il convient de distinguer, à ce point de vue, entre les fractures apophysaires, les fractures épiphysaires et les fractures diaphysaires. Pour ces dernières, je reconnais que le traitement non sanglant permet d'obtenir le plus souvent le résultat désiré. Il en est autrement des fractures apophysaires, parmi lesquelles je range la fracture de l'olécrâne, celle de l'épitrochlée et celle de la rotule; ici, le traitement non sanglant n'amène pour ainsi dire jamais la guérison au point de vue anatomique; aussi faut-il ou bien pratiquer la suture osseuse immédiate, seule susceptible de donner une vraie guérison, ou bien abandonner d'emblée toute tentative de contention des fragments, et recourir, dès le début, à la mobilisation et au massage. Quant aux fractures épiphysaires, il est certain qu'il est des cas où tous les moyens non sanglants sont impuissants, et où le massage et la mobilisation eux-mêmes ne permettent pas de garantir un bon fonctionnement. Je citerai comme exemple la fracture intra-articulaire du condyle huméral, principalement chez l'enfant, ainsi que certaines fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Voilà où le traitement opératoire seul est susceptible de nous fournir un résultat satisfaisant.

Les communications de MM. Trendelenburg et Schede, relatives au traitement de la fracture intracapsulaire du col du fémur, m'engagent à vous présenter une pièce anatomique relative à une fracture de ce genre, guérie par consolidation osseuse. Je ne saurais expliquer ce fait extraordinaire autrement qu'en admettant que le périoste n'était pas entièrement rompu, et qu'il subsistait un pont permettant la nutrition de la tête fémorale, car j'estime que la consolidation est impossible toutes les fois que la tête est complètement séparée du col fémoral. Je crois, par conséquent, que les tentatives de MM. Trendelenburg, Schede et d'autres auteurs, en vue de fixer la tête fémorale par des moyens mécaniques, ne peuvent être couronnées de succès que s'il existe encore un pont de périoste entre la tête et le col fémoral.

M. Schede relate un fait où il croit pouvoir admettre la consolidation — vicieuse, il est vrai — d'une tête fémorale complètement séparée du col.

De la formation des moignons d'amputation.

M. Honsell (de Tubingue). — L'amputation sous-périostée de la jambe, préconisée par von Langenbeck, a été remplacée par la méthode ostéoplastique de M. Bier, laquelle devait assurer aux moignons osseux une résistance plus grande encore que le procédé à manchon périostique. Or, M. Hirsch a proposé, il y a deux ans, d'abandonner l'un et l'autre de ces procédés, et de pratiquer tout simplement la section nette du périoste au niveau de la section osseuse. M. Hirsch était d'avis que c'était précisément le manchon périostique, dans le procédé de von Langenbeck, qui donnait au moignon osseux une sensibilité anormale; il réussit, en effet, à rendre le moignon indolore en faisant exécuter au patient des exercices précoces destinés à habituer le moignon à une pression progressive. M. Bunge est allé plus loin encore que M. Hirsch en ajoutant à la section transversale du périoste et de l'os l'excochléation de la moelle osseuse au niveau du trait de scie, afin de supprimer la sensibilité du périoste intérieur.

Nous avons néanmoins continué, à la clinique chirurgicale de Tubingue, à recourir à l'amputation sous-périostée, et nous avons étudié, dans nos 11 derniers cas, les résultats que donne cette méthode au point de vue de la sensibilité du moignon. Nous avons institué un léger massage quinze jours après l'opération, et mis en œuvre les exercices préconisés par M. Hirsch; au bout de quatre à cinq semaines, les patients furent munis d'un appareil prothétique provisoire, destiné également à exercer le moignon. Grâce à ces précautions, nous avons obtenu les résultats les plus satisfaisants dans les 11 cas. J'en conclus que l'existence du manchon périostique n'est nullement la cause de la sensibilité du moignon, et qu'il n'y a point de raison d'abandonner l'amputation sous-périostée.

M. König (de Berlin). — J'ai recours, depuis un grand nombre d'années, à la méthode sous-périostée dans l'amputation de la jambe, et je n'en ai constaté aucun inconvénient. J'ai pratiqué, dans un cas d'amputation bilatérale, l'amputation sous-périostée d'un côté et l'amputation ostéoplastique de Bier de l'autre côté, et le malade n'accusa aucune différence dans la sensibilité de l'un et de l'autre de ses moignons. La méthode sous-périostée étant plus simple, c'est à elle que je continue à donner la préférence.

M. Bunge (de Königsberg). — Nous avons fait à la clinique de Königsberg, depuis l'an passé, 6 amputations par le procédé de la section transversale du périoste au niveau de la section osseuse, et nous en avons obtenu des résultats excellents, sans avoir recours au massage.

M. Bier. — Je suis, comme M. Hirsch, d'avis que les exercices précoces constituent le meilleur moyen de diminuer la sensibilité du moignon, et je serais le premier à abandonner mon procédé ostéoplastique, s'il m'était démontré que l'amputation avec simple section du périoste au niveau de la section osseuse permet d'obtenir d'aussi bons résultats. Je puis vous citer cependant le fait d'un malade ayant subi une amputation bilatérale, d'un côté par le procédé simplifié, de l'autre par la méthode ostéoplastique; or, cet homme m'affirme qu'il peut beaucoup mieux s'appuyer sur le côté où l'on a pratiqué l'amputation ostéoplastique. J'estime, d'ailleurs, que nos observations à cet égard ne sont pas encore assez nombreuses pour que nous puissions formuler dès aujourd'hui des conclusions définitives.

De l'implantation d'os mort avec ou sans périoste.

M. Sultan (de Königsberg) relate une série d'expériences qu'il a faites sur le lapin concernant le sort de la substance osseuse fraîche ou bouillie, implantée dans les tissus, avec ou sans contact avec le périoste, et d'où il conclut que l'os non bouilli se maintient dans les tissus tant

qu'il est en relation avec le périoste; quant à l'os bouilli, il peut être utilisé pour des interventions ostéoplastiques, à condition qu'on l'entoure d'un lambeau périostique emprunté à un os voisin et restant en relation avec celui-ci. Il a pu constater que, dans ce dernier cas, l'os bouilli est remplacé progressivement par de la substance osseuse vivante.

Séances du 3 avril 1902.

Nature et histogenèse du cancer.

M. Gussenbauer (de Vienne). — Nous devons tenir compte, dans les recherches sur l'histogenèse du cancer, de ce fait qu'il nous est impossible d'étudier le début du néoplasme primitif, tout comme c'est le cas, d'ailleurs, pour toute autre espèce de tumeurs. Aussi, pour observer le développement du cancer, faut-il faire des coupes au niveau de la limite du néoplasme, ainsi que sur les ganglions lymphatiques ou sur les métastases. Depuis de nombreuses années que je m'occupe de cette question, je me suis efforcé d'établir de quel tissu provient le cancer et quelles sont les modifications que ce tissu subit à la suite de sa transformation cancéreuse. Il est indispensable de faire ces recherches sur des coupes en séries ininterrompues, et d'examiner non seulement le tissu cancéreux lui-même, mais aussi les tissus environnants.

En procédant ainsi, j'ai pu constater que toutes les variétés de tissu conjonctif, aussi bien dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins que dans les tissus musculaire, nerveux, graisseux et osseux, présentent au voisinage immédiat du tissu cancéreux une prolifération cellulaire si prononcée qu'il est souvent difficile de la distinguer d'avec l'infiltration globo-cellulaire. Je ne veux point dire par là que cette infiltration globo-cellulaire n'existe pas dans quelques cas de cancer, mais j'estime qu'elle a été diagnostiquée fréquemment alors qu'il ne s'agissait que d'une prolifération des cellules du tissu conjonctif lui-même. Cette prolifération atteint les cellules endothéliales et les fibres musculaires des vaisseaux lymphatiques et sanguins, les cellules endothéliales des espaces lymphatiques périvasculaires, les noyaux du tissu musculaire et ceux du névrilème interne et externe. Ces cellules finissent par ressembler si bien à des cellules cancéreuses qu'il nous paraît très difficile d'établir une limite entre les unes et les autres.

J'ai rencontré souvent les éléments intracellulaires que certains auteurs considèrent comme des parasites. Tout en étant partisan depuis vingt ans de la théorie parasitaire du cancer, j'estime cependant que le vrai parasite de cette affection n'est pas encore découvert.

M. von Kahlden (de Fribourg-en-Brisgau). — C'est particulièrement des récidives du cancer que je désire vous entretenir. Une récidive cancéreuse ne saurait se produire que pour autant qu'il existe encore du tissu épithélial atteint de dégénérescence cancéreuse, ou susceptible de subir une telle dégénérescence. Il convient de distinguer, en partant de ce principe, les formes de récidive suivantes :

1° La récidive proprement dite, survenant au niveau du champ opératoire et ayant pour base des fragments ou des cellules néoplasiques non extirpés lors de l'intervention. Cette espèce de récidive constitue donc la simple continuation de la tumeur primitive;

2° La récidive dans le système lymphatique, provenant de l'envahissement microscopique, au moment de l'opération, de voies lymphatiques éloignées;

3° La récidive par implantation de cellules cancéreuses dans les tissus de la plaie au cours de l'intervention. Ce genre de récidive, sans être théoriquement impossible, doit être considéré, cependant, comme d'une grande rareté, étant donné que cette implantation rencontre des obstacles sérieux dans les nombreuses circonstances qui peuvent léser la vitalité de la cellule cancéreuse pendant l'opération;

4° La récidive résultant d'une nouvelle formation de cancer dans des cellules épithéliales saines au moment de l'intervention. Il s'agit là non pas d'une récidive proprement dite, mais plutôt d'un nouveau néoplasme apparu à la faveur des mêmes prédispositions qui avaient fait naître les néoplasmes extirpés. Le développement de ces récidives peut se rapprocher du développement multicentrique du cancer, à condition que l'apparition des différents néoplasmes soit non seulement séparée dans l'espace, mais se fasse à une époque différente. La réalité de ce développement multicentrique du cancer peut être démontrée au niveau des téguments, et surtout au niveau de l'ovaire.

Quant au moment où se font ces récidives, il est évident que dans les trois premières catégories, il s'agit de récidives rapides; la quatrième, par contre, concerne des récidives tardives.

J'ajouterai qu'il n'est pas établi que toute cellule cancéreuse restant dans l'organisme après l'extirpation d'un cancer donne nécessairement lieu à une récidive. J'estime, au contraire, que ces cellules subissent souvent des dégénérescences susceptibles d'abolir leur vitalité et qu'il existe de la part de l'organisme des moyens de défense capables de retarder la récidive, sinon de l'empêcher.

M. Petersen (de Heidelberg). — J'estime que nous devons maintenir d'une manière absolue, contrairement à la théorie qui paraît résulter de la communication de M. Gussenbauer, l'origine épithéliale du cancer.

Quant aux récidives, je suis du même avis que M. von Kahlden, à savoir qu'elles proviennent nécessairement de cellules épithéliales de l'organe primitivement atteint. J'en reconnais deux formes :

1° La récidive directe, constituée par la prolifération de cellules épithéliales cancéreuses, dans la région du cancer primitif (récidive locale) ou en un point éloigné de l'organisme (récidive métastatique);

2° La récidive indirecte, causée par des cellules épithéliales devenues cancéreuses après l'ablation du cancer primitif; elle représente, par conséquent, une nouvelle formation cancéreuse, et témoigne de la possibilité d'un développement multicentrique du cancer.

Mes recherches histologiques me permettent d'affirmer que l'existence de cellules cancéreuses sur un point quelconque de l'organisme n'implique pas nécessairement l'apparition d'une récidive; j'ai pu constater, en effet, des processus de dégénérescence non seulement au milieu des grands noyaux cancéreux, mais encore dans des métastases de volume très restreint. C'est ainsi que j'ai observé des phénomènes de nécrose dans la métastase unique d'un petit cancer du scrotum, métastase qui ne se composait que de quelques cellules. J'ai pu m'assurer, en outre, que l'on trouve dans les néoplasmes cancéreux de nombreuses cellules géantes (myéloplaxes), que l'on a voulu expliquer par une association de la tuberculose avec le cancer; or, ces éléments, qui se forment tantôt à l'aide de cellules épithéliales, tantôt à l'aide de cellules du tissu conjonctif, me paraissent traduire la réaction de l'organisme contre le néoplasme; l'examen bactériologique et l'inoculation au cobaye des tissus renfermant ces myéloplaxes m'ont, en effet, toujours donné des résultats négatifs au point de vue de la tuberculose.

Pour ce qui est de l'origine parasitaire du cancer, j'estime qu'il serait préférable d'étudier à fond l'histogenèse des tumeurs cancéreuses et les lois qui président au développement de l'épithélium normal avant de chercher un parasite purement hypothétique jusqu'ici. Par suite, je pense que ce n'est pas en nous aidant des théories parasitaires que nous devons nous efforcer de réaliser des progrès thérapeutiques, mais plutôt en nous basant sur les phénomènes de cytolyse.

M. Garrè (de Königsberg). — Je me suis appliqué à étudier l'époque où surviennent les récidives dans les cancers des différents organes; j'ai pu me rendre compte que la limite de trois ans, considérée d'ordinaire comme permettant de parler de guérison radicale, est loin d'être suffisante : s'il est indiscutable que la grande majorité des récidives ont lieu avant les trois ans révolus, j'en ai pu constater, d'autre part, après vingt ans, dans des cas où l'on ne pouvait admettre l'hypothèse d'un nouveau cancer.

M. Nösske (de Leipzig). — Les expériences que j'ai faites sous la direction de M. Marchand sur l'origine parasitaire du cancer m'ont amené à conclure que seuls des microorganismes du groupe des protozoaires peuvent encore entrer en discussion, à l'exclusion des nombreux bacilles et microcoques auxquels on a voulu faire jouer un rôle à ce point de vue. De fait, on trouve souvent, dans les cellules néoplasiques, des corpuscules offrant quelque ressemblance avec certains protozoaires.

Le travail de M. Plimmer nous a engagé à faire une série de recherches pour contrôler si les microorganismes décrits par cet auteur se trouvent réellement dans tous les cas de cancer. Nous avons rencontré des corpuscules semblables à ceux de M. Plimmer dans le cancer du sein, du rectum et de l'ovaire, mais leur présence n'est point constante; on ne les observe que très rarement dans les cancers des téguments; par contre, nous les avons constatés, rarement il est vrai, dans le sarcome et dans des néoplasmes bénins. Ce ne sont point là, à notre avis, des microorganismes, mais simplement des productions protoplasmatiques résultant d'une activité cellulaire dont les causes nous sont encore inconnues. Et je crois qu'on peut en dire autant de la série des prétendus parasites protozoaires signalés jusqu'à présent.

J'estime même que les chances de trouver encore quelque chose de nouveau dans les cellules cancéreuses, après les nombreuses recherches faites par tant d'auteurs, deviennent de plus en plus faibles, et je pense qu'il est de moins en moins probable que l'on isole jamais un microorganisme quelconque pouvant être considéré comme l'élément étiologique du cancer. D'ailleurs, ce parasite devrait vivre dans une symbiose si étroite et si singulière avec les cellules épithéliales que nous ne connaissons aucun processus analogue dans toute la pathologie, tant animale que végétale.

M. Doyen (de Paris). — J'ai pu isoler, dans plus de 400 cas de tumeurs, un microorganisme présentant la forme d'un microcoque et formant le plus souvent des chaînettes de 6 à 8 éléments. Ce microbe, qui se colore par la méthode de Gram et dont la culture présente quelques difficultés, se rencontre de préférence à la périphérie des néoplasmes, tandis qu'il fait souvent défaut vers le centre. Je l'ai trouvé tant dans des cas de cancer que dans des sarcomes, ainsi que dans des lipomes, à développement rapide, du cordon spermatique; mes recherches sont restées négatives pour d'autres tumeurs, toutes de nature bénigne. J'ai pu constater, par contre, que la rapidité de la récidive, dans les néoplasmes malins, était en corrélation avec l'intensité du développement de ce microorganisme sur les milieux de culture.

L'inoculation de ce microbe aux animaux a produit dans 2 cas des lipomes encapsulés, puis des proliférations au niveau de la glande mammaire et du foie; au testicule, il pénètre dans l'intérieur des cellules où il est détruit. L'injection des toxines renfermées dans des cultures affaiblies par l'addition de chlorhydrate de quinine et de cacodylate de soude, produit une réaction remarquable chez les cancéreux, réaction qui paraît influencer favorablement le néoplasme dans les cas récents. Ces résultats me paraissent encourageants, sans que je prétende avoir découvert le microorganisme du cancer, et encore moins le remède spécifique de cette maladie.

M. Israel (de Berlin). — Aucun des prétendus parasites du cancer, décrits par nombre d'auteurs, n'a rempli, jusqu'à présent, les conditions posées par M. Koch comme étant indispensables pour établir le rôle pathogène d'un microorganisme; on n'a même pas démontré la nature infectieuse du cancer, ce qui me paraît pourtant nécessaire avant de faire la recherche du parasite de cette affection.

C'est ainsi que les corpuscules signalés tout dernièrement encore par M. Feinberg, tout comme ceux de M. Plimmer et d'autres auteurs, ne sont évidemment que des produits de l'activité cellulaire, produits rendus plus visibles par certaines méthodes de fixation et de coloration. Les microorganismes amiboïdes de M. Sjöbring (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 135) ne sont en réalité que de la graisse, et ses prétendues cultures ne sont que les résultats de la macération, que l'on obtient avec tous les tissus, néoplasiques ou non. Quant aux mouvements amiboïdes de certains de ces parasites, il ne s'agit là que des mouvements que l'on observe, grâce au processus de saponification, quand on introduit une goutte d'un corps gras dans un milieu alcalin.

J'estime qu'il faut, pour élucider la pathogénie du cancer, étudier avant tout les lois qui

régissent le développement et la prolifération des cellules épithéliales dans l'organisme sain, car je suis d'avis que ce sont ces mêmes lois qui président également au développement des tumeurs épithéliales.

M. Benda (de Berlin) est aussi d'avis que toutes les tentatives faites jusqu'ici pour établir l'origine parasitaire du cancer ont échoué. Il en est de même, d'après lui, de la théorie qui considère les corpuscules trouvés dans le cancer comme résultant d'une transformation du corpuscule central du noyau cellulaire, ce corpuscule central étant, comme l'ont montré ses recherches, absolument indépendant des produits cellulaires en question. Quant aux cultures obtenues par plusieurs auteurs, M. Benda pense qu'il s'agit non pas de microorganismes contenus dans les tumeurs examinées, mais d'éléments provenant de l'air ambiant et qui diffèrent, par conséquent, suivant les laboratoires où les ensemencements ont été faits.

Du traitement du cancer de l'intestin.

M. von Mikulicz (de Breslau). — La statistique de ma clinique comprend 100 cas de cancer de l'intestin (cancer du rectum excepté), auxquels j'ajoute 5 cas de sarcome et 1 cas d'endothéliome. Les quatre cinquièmes de ces malades étaient du sexe masculin; le plus jeune ne comptait que seize ans. En ce qui concerne le siège du néoplasme, les points qu'il occupait de préférence étaient l'S iliaque et le cæcum. Généralement, les symptômes de rétrécissement furent assez tardifs : c'est ainsi que dans 9 cas la tumeur a été découverte tout à fait par hasard, car elle n'avait jamais produit de symptômes de sténose; 3 fois même le premier signe a été la perforation de la vessie. Quant à la marche clinique ultérieure, elle est assez variable; je vous citerai notamment un de mes malades qui vécut encore quatre ans et demi après une simple colostomie palliative.

Relativement au traitement opératoire, il convient de distinguer entre les cas où survient un iléus aigu et ceux où les symptômes de rétrécissement se développent, au contraire, d'une manière lente et progressive.

L'occlusion aiguë n'est point causée uniquement par l'obstruction mécanique due à la tumeur, mais bien plutôt par l'insuffisance musculaire de la partie d'intestin située en amont du néoplasme.

Pour ce qui est du mode opératoire, j'ai pratiqué 21 interventions en un temps (avec 9 décès) et 60 en deux temps (avec 2 morts). L'opération en deux temps présente donc une gravité incontestablement moins grande, parce qu'elle permet d'éviter sûrement le développement d'une péritonite; elle est d'ailleurs plus simple que la résection de l'intestin avec suture primitive et fermeture de l'abdomen. Voici à quelle technique je me suis arrêté :

Je dégage la tumeur, tout comme on le fait pour la résection primitive, je la sépare d'avec le mésentère et je résèque ce dernier s'il est déjà atteint de cancer ou s'il contient des ganglions cancéreux; puis j'attire l'intestin en dehors de la plaie et je suture celle-ci en ménageant seulement deux ouvertures pour le passage de l'anse intestinale. Ceci fait, j'attendais autrefois que des adhérences se fussent formées, et je n'enlevais le néoplasme qu'au bout d'un ou deux jours; j'introduisais enfin un drain dans chaque extrémité de l'intestin. Actuellement, j'exécute ce temps de l'opération immédiatement après la fermeture du ventre, et je n'ai éprouvé aucun inconvénient à agir ainsi; on obtient de la sorte un anus contre nature dont il ne reste qu'à débarrasser le malade au bout d'un certain temps.

Ce procédé d'opération en deux temps a le grand avantage de pouvoir être pratiqué dans les cas même où la distance entre les deux extrémités intestinales est trop grande pour permettre la réunion immédiate. Je conviens, d'ailleurs, qu'il ne s'agit point là d'une méthode nouvelle, car cette intervention a déjà été préconisée comme opération d'urgence, en 1878, par Baum — et depuis lors par un certain nombre de chirurgiens —, à cette différence près que la séparation de l'intestin d'avec son mésentère ne faisait pas partie du premier, mais bien du second temps de l'opération, de sorte que la fermeture de la cavité abdominale n'était pas aussi complète dès après le premier temps.

Quant aux résultats éloignés, je compte 4 guérisons radicales datant de plus de quatre ans.

M. Hochenegg (de Vienne). — J'ai opéré 282 cas de cancer de l'intestin, dont 237 de cancer du rectum. Sur ce nombre, je compte un fait intéressant, concernant un malade auquel j'avais enlevé un cancer du cæcum et chez lequel je dus intervenir, une année plus tard, pour un cancer de la partie supérieure du rectum. Je suis tenté d'admettre qu'il s'est agi là d'une implantation, dans la muqueuse rectale, d'éléments cancéreux provenant du cancer situé plus haut. Je préconise, comme M. von Mikulicz, l'opération en deux temps, qui m'a toujours donné de bons résultats immédiats et grâce à laquelle on trouve, lors de la réunion, les deux extrémités intestinales de calibre égal, ce qui n'a pas lieu si l'on pratique la résection en un temps. Pour ce qui est des résultats ultérieurs, je compte 2 guérisons remontant respectivement à six et à huit ans. Dans un de mes cas de cancer de l'S iliaque, le néoplasme avait comme point de départ un petit diverticule intestinal ulcéré. Pour les cancers du rectum, ma mortalité opératoire n'a été que de 9 %, bien que mes indications soient assez larges : j'ai opéré, en effet, 72 % de tous les malades qui se sont présentés à mon observation. J'attribue cette faible mortalité surtout au fait que je renonce à l'intervention, même après l'avoir commencée, si elle me paraît dépasser les forces du patient, et à ce que, au cours de l'opération, je ménage les tissus autant que possible; les résultats ultérieurs n'en sont pas moins favorables, car j'ai eu, en ne tenant compte que des cas suivis pendant trois ans au moins, 30 guérisons radicales sur 120 cas, soit 25 % de succès définitifs.

De l'évolution du cancer de l'estomac avec ou sans traitement chirurgical.

M. Krönlein (de Zurich). — Je me suis appliqué, en me basant sur l'ensemble de mes observations, à résoudre les deux questions suivantes : 1° le cancer de l'estomac est-il susceptible d'une guérison opératoire radicale, et 2°, dans la négative, l'opération a-t-elle du moins pour effet une prolongation de la vie du patient, comparativement aux résultats de la médication interne? Je me suis basé, pour cela, sur un ensemble de 264 faits, dont 67 non soumis à l'intervention chirurgicale et 197 opérés.

En ce qui concerne la nature de l'intervention, j'ai fait 73 laparotomies exploratrices, 74 gastro-entérostomies et 50 ablations du néoplasme; 22 de mes opérés sont encore vivants à l'heure actuelle (9 cas de gastro-entérostomie et 13 de résection de l'estomac).

Comme le montrent ces chiffres, je fais une large part à la laparotomie exploratrice, qui seule permet d'affirmer le diagnostic dans certains cas douteux, et d'établir si le patient peut retirer quelque bénéfice d'une opération palliative ou radicale. Dans les cas non susceptibles d'une intervention radicale, je pratique l'anastomose toutes les fois qu'il existe un rétrécissement pylorique, ou du moins des symptômes de stagnation du contenu stomacal par suite d'insuffisance musculaire.

Quant à la durée moyenne de la vie, selon les différents modes de traitement, j'ai trouvé que les sujets non opérés ont vécu en moyenne cent deux jours à partir de mon examen; ceux qui ont été soumis à la laparotomie exploratrice — les lésions étaient évidemment ici un peu moins avancées que chez les précédents — ont survécu en moyenne cent quatorze jours; ceux enfin chez qui j'ai fait la gastro-entérostomie ont vécu en moyenne trois mois de plus que les non-opérés. Je compte, en outre, une guérison datant de huit ans, une autre de quatre ans et deux de trois ans; j'ai constaté, il est vrai, une récidive plus de trois ans après l'opération.

Il résulte de ces faits que l'intervention pour cancer de l'estomac, tout en n'ayant, dans la plupart des cas, que la valeur d'un traitement palliatif, permet cependant d'obtenir une prolongation de la vie, et surtout une diminution notable, sinon complète, des symptômes morbides. Les résultats seraient certainement plus favorables si les patients étaient adressés au chirurgien dès les premiers signes de la maladie.

M. Lengemann (de Breslau). — J'ai étudié dans 20 cas de cancer de l'estomac l'état des ganglions lymphatiques stomacaux, dans l'intention de recueillir des données précises pour le manuel opératoire de la résection de l'estomac. Mes investigations ont porté sur 189 ganglions, et j'ai eu soin d'examiner également les ganglions les plus petits. J'ai pu constater ainsi que 40 % des ganglions situés sur la grande courbure et 50 % de ceux qui occupent la petite courbure, étaient envahis par le néoplasme. Je me suis assuré à plusieurs reprises que des ganglions sains sont intercalés entre des ganglions cancéreux. Ces résultats confirment pleinement les conclusions auxquelles est arrivé M. Cunéo; ils démontrent la nécessité d'enlever les ganglions autant que faire se peut. Il est évident que leur extirpation, surtout au niveau de la petite courbure, complique notablement l'intervention. Il n'en est pas moins indispensable d'aller aussi loin que le permettent les forces du malade et d'enlever même les ganglions qui n'auraient pas un aspect nettement cancéreux; j'ai pu me rendre compte, en effet, que des ganglions d'un diamètre de 2 millimètres à peine peuvent déjà contenir des cellules cancéreuses.

De l'abcès sous-diaphragmatique.

M. Körte. — Parmi les différentes localisations de l'infection péritonéale, l'abcès sous-diaphragmatique présente de nombreuses particularités, tant au point de vue de son étiologie qu'en ce qui concerne son diagnostic et son traitement. J'ai eu l'occasion d'opérer 60 cas d'abcès de cette région; ils se répartissaient de la manière suivante, relativement à leur étiologie :

27 étaient consécutifs à une appendicite; il s'agissait tantôt d'une péritonite suppurée diffuse propagée dans la région sous-diaphragmatique, d'habitude du côté droit; tantôt d'une péritonite fibrineuse progressive, guérie dans le reste de l'abdomen, mais ayant laissé des foyers purulents au-dessus du foie; tantôt enfin d'un phlegmon rétropéritonéal remontant jusqu'au diaphragme, ou d'un abcès développé entre les deux feuillets du mésocôlon ascendant et atteignant ainsi la région sous-diaphragmatique. Ces 27 cas m'ont donné 18 guérisons et 9 décès.

L'estomac et le duodénum constituaient le point de départ de l'abcès dans 10 cas (5 guérisons et 5 morts). Jamais je n'ai trouvé une libre communication entre l'orifice de perforation et la cavité de la collection sous-diaphragmatique; jamais, par conséquent, celle-ci ne renfermait d'aliments; j'ai constaté, par contre, que ces abcès contiennent très fréquemment des gaz, et qu'ils sont situés le plus souvent à gauche du ligament suspenseur du foie.

Dans 5 cas, la collection était d'origine hépatique (2 fois par l'intermédiaire des voies biliaires et 3 fois par l'intermédiaire d'un kyste hydatique suppuré); ces 5 malades ont guéri. Une fois, il s'agissait d'une nécrose du pancréas, également suivie de guérison, et 5 fois d'abcès tirant leur source de la rate, le plus ordinairement après un infarctus de cet organe (3 guérisons). 4 fois l'espace sous-diaphragmatique fut infecté par un empyème voisin (3 guérisons); j'ajouterai, à ce propos, que nous rencontrons beaucoup plus souvent l'éventualité contraire, à savoir une pleurésie séreuse ou purulente consécutive à un abcès sous-diaphragmatique.

Chez 4 malades, je me trouvai en présence d'une périnéphrite suppurée s'étant propagée dans l'espace sous-diaphragmatique (2 guérisons); 2 fois le point de départ de l'abcès était une suppuration costale (2 guérisons); chez 2 patients enfin, dont l'un a succombé, je n'ai pu découvrir l'origine de la collection sous-diaphragmatique.

Pour ce qui est du diagnostic, je rappellerai que l'abcès sous-diaphragmatique se distingue d'avec l'exsudat pleurétique par l'existence d'une voussure vers le milieu du diaphragme, avec conservation de la sonorité pulmonaire à peu près jusqu'aux limites habituelles. Inutile de dire que ce symptôme fait défaut toutes les fois que l'abcès sous-diaphragmatique est accompagné d'une pleurésie; il peut être impossible, en pareille occurrence, de poser le diagnostic exact. Dans les cas où l'estomac constitue le point de départ de l'abcès, la présence de gaz dans ce dernier et la constatation, à l'épi-

gastre, d'une voussure donnant un son tympanique, peuvent permettre d'établir le diagnostic. Parfois, on ne pourra se passer de la ponction exploratrice, mais on devra la faire suivre immédiatement de l'intervention chirurgicale, sous peine de voir se produire des complications graves.

Le traitement opératoire consiste dans l'incision, soit à travers la plèvre, d'après la méthode de von Volkmann et de M. Israel, soit sur le rebord costal.

Je me suis servi, dans 41 cas, du premier procédé, avec 14 guérisons et 27 décès; j'ai trouvé 14 fois la plèvre adhérente, mais, dans 5 cas, ces adhérences n'ont pas empêché le développement d'un empyème ultérieur. Chez 14 malades, il existait déjà un exsudat pleurétique au moment de l'opération; j'ai alors évacué l'exsudat, puis j'ai incisé le diaphragme. Quand la plèvre était intacte, je l'ai fixée à l'aide d'une suture, de manière à séparer le champ de l'incision du reste de la cavité pleurale.

Chez 15 patients, j'ai pratiqué l'incision longeant le rebord costal, avec 10 guérisons et 5 décès. Dans 4 cas, enfin, j'ai incisé au niveau de l'épigastre (3 guérisons et 1 décès).

J'ai constaté d'une manière générale que les chances de guérison sont beaucoup plus grandes quand on pratique l'opération de bonne heure, avant que le malade soit épuisé par une longue suppuration; aussi suis-je convaincu que les résultats pourront être notablement améliorés par un diagnostic plus précoce.

Du traitement des foyers infectieux de la cavité abdominale.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein). — Il importe de résoudre les deux questions suivantes, concernant le traitement des foyers suppurés de la cavité abdominale, qu'ils proviennent d'une appendicite, d'une salpingite aiguë ou d'une cholécystite : 1° jusqu'à quel point ces foyers doivent-ils être traités chirurgicalement? 2° quelle est la technique opératoire la plus appropriée?

Actuellement, tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité d'intervenir pour les abcès circonscrits, adhérents à la paroi abdominale, ainsi que pour les perforations traumatiques des organes abdominaux. Mais il n'en est plus de même pour certaines affections inflammatoires à foyer mal délimité, où l'opération a pour effet d'ouvrir une cavité abdominale plus ou moins intacte et de mettre le péritoine en contact avec des matières infectieuses. Je suis loin de contester qu'un certain nombre de cas de cette catégorie soient susceptibles de guérir spontanément. J'ai même cherché longtemps un moyen de diagnostic capable de nous renseigner sur les chances de guérison de chaque malade; mais j'ai pu me convaincre que ni les symptômes cliniques, ni l'examen du sang ne nous fournissent des renseignements suffisamment précis. Cette incertitude m'a amené à adopter la seule méthode qui me paraisse à même de parer au danger, c'est-à-dire l'opération immédiate et étendue. J'estime que, seule, cette dernière nous permettra de diminuer le nombre des infections péritonéales mortelles.

Au point de vue du manuel opératoire, d'aucuns redoutent d'évacuer une collection purulente aiguë à travers la cavité abdominale libre. Je crois que les insuccès, en pareille occurrence, sont dus d'un côté à des cas fâcheux en eux-mêmes, et d'un autre côté à une technique défectueuse. Je suis d'avis, en effet, qu'il est de toute importance de faire une incision étendue sans se préoccuper de l'éventualité d'une hernie ventrale ultérieure, d'attirer au-dehors les anses intestinales voisines, d'évacuer la collection purulente par une irrigation prudente avec la solution physiologique à la température du corps, de pratiquer enfin l'ablation immédiate du foyer purulent primitif, que ce soit l'appendice ou la trompe; on terminera par un drainage multiple au moyen de tubes en caoutchouc entourés de gaze iodoformée si l'on tient à avoir des adhérences rapides. Je conseille, en outre, pour établir une pression normale dans la cavité abdominale, de suturer toutes les plaies, en ménageant seulement un orifice pour le passage de chaque drain.

M. Sprengel (de Brunschwick). — Je me suis efforcé d'établir une statistique d'ensemble en réunissant les résultats obtenus par plusieurs chirurgiens, afin de comparer les dangers de l'opération à chaud — soit précoce (pendant les deux premiers jours) soit tardive — avec ceux de l'intervention à froid.

En ce qui concerne cette dernière, j'en ai réuni 232 cas avec 2 décès; ce résultat, sans nous permettre de considérer l'ablation de l'appendice à froid comme absolument inoffensive, est cependant meilleur que je ne l'aurais supposé. Quant à l'opération précoce, c'est-à-dire pratiquée dans les quarante-huit premières heures, j'en ai recueilli 47 cas avec 8 décès; mais il convient d'ajouter que chez un tiers de ces patients le péritoine était déjà envahi, de sorte qu'il ne s'agissait plus d'opération précoce à proprement parler; cette circonstance explique le résultat relativement peu favorable de cette catégorie de faits. Enfin, 237 opérations tardives ont donné 48 décès; dans un cinquième de ces cas, le péritoine était également déjà le siège de manifestations inflammatoires.

Pour ce qui est de ma propre pratique, j'ai fait 17 opérations précoces avec 1 seul décès; aussi j'estime que nous devrions avoir recours autant que possible à l'opération précoce, avant l'éclosion de symptômes péritonéaux.

M. Roux (de Lausanne). — J'ai enlevé à froid 670 appendices, dont 53 % chez des hommes et 47 % chez des femmes. Dans 176 cas, l'opération a été pratiquée après le premier accès, dans 144 après le second; dans les autres, le nombre des crises antérieures avait été plus grand : il était de plus de 10 pour certains. J'ajouterai que, chez 130 de ces malades, on avait fait précédemment l'incision d'un abcès.

Quant aux complications opératoires ultérieures, nous mentionnerons essentiellement la phlébite, que nous avons rencontrée 5 fois, toujours à gauche (4 fois chez des jeunes gens sans varices et une fois chez une fillette). Nous avons trouvé, d'ailleurs, la même localisation de l'inflammation veineuse 6 fois sur 8 autres cas de phlébite au cours de crises appendiculaires.

Les difficultés de l'intervention tiennent au siège, parfois anormal, de l'appendice et de l'exsudat primitif, à l'existence de perforations de la vessie, de l'uretère, de l'intestin, à la présence de fistules au niveau de la fosse iliaque, et surtout à la résorption insuffisante des produits inflammatoires à la suite de la dernière crise.

Les difficultés ressortissant à la première catégorie peuvent être évitées si l'on détermine aussi exactement que possible le siège du foyer inflammatoire lors de la dernière poussée, et si l'on ne néglige pas de faire un examen minutieux par la voie rectale. On se dirigera alors, pour l'incision, d'après le siège présumé de l'appendice. Pour pallier la dernière de ces difficultés (résorption insuffisante des exsudats), il suffit le plus souvent d'attendre assez longtemps après la crise, sans se laisser dicter le moment de l'intervention par le patient. Nous avons opéré autrefois 69 cas moins de quatre semaines après le dernier accès; quand celui-ci avait été léger, l'intervention était aisée; mais parfois nous avons rencontré de telles difficultés qu'il nous semble préférable, en certaines circonstances, de fermer provisoirement la plaie et de ne pratiquer l'opération que quelques semaines plus tard, plutôt que d'exposer le malade aux dangers d'une intervention au milieu de tissus infiltrés. Aussi, sauf chez les sujets soupçonnés de tuberculose ou de cancer, nous conseillons d'attendre au moins six semaines, voire plus, après la guérison de la dernière poussée, en ordonnant un régime léger et en appliquant des compresses humides aussi longtemps qu'il existe encore des traces d'exsudat : la résorption a duré sept mois chez un de nos malades. Si nous rencontrons, malgré cette précaution, un reste d'abcès au cours de l'opération, nous en cautérisons les parois au thermocautère; en présence d'une perforation intestinale, nous en excisons les bords et nous en pratiquons la suture; quand, enfin, l'asepsie nous semble douteuse, nous plaçons un drain dans la plaie.

Dans les cas très difficiles, ou bien lorsqu'on soupçonne la tuberculose ou le cancer, il ne reste parfois que la ressource de pratiquer la résection iléo-cæcale avec implantation de l'iléon dans le côlon; lorsqu'il ne s'agit ni de tuberculose, ni d'affections malignes, mais uniquement d'une inflammation très étendue avec trajets fistuleux et abcès multiples, nous conseillons de faire une entéro-anastomose ou une implantation perpendiculaire de l'iléon dans le côlon ascendant, avec exclusion unilatérale de toute la partie de l'intestin englobée dans le processus inflammatoire. Cette intervention permet de réséquer plus tard l'appendice, parfois sans difficultés.

Nous dirons pour terminer que nous n'avons eu, sur ces 670 cas, que 2 décès.

M. Doyen. — Je me guide, dans mes interventions pour péritonite infectieuse, d'après les principes suivants : je tâche de diagnostiquer la suppuration aussi vite que possible et je fais mon incision directement vers le foyer purulent; je protège alors de tous les côtés le péritoine non infecté à l'aide de compresses sèches et je pratique la toilette du foyer; ceci fait, je tamponne ce foyer à l'aide de gaze et je ferme partiellement la plaie après avoir introduit un ou deux gros drains en verre. Si l'exsudat péritonéal dépasse le nombril ou atteint les fosses iliaques, j'incise au niveau de la ligne médiane et fais la toilette depuis ce point. Je pratique une contre-ouverture dans le flanc gauche quand je trouve un foyer purulent au niveau de la rate, et j'y établis un drainage. Je n'ai jamais vu guérir un cas de péritonite aiguë septique diffuse, et j'ai échoué dans les cas même où je faisais une rapide toilette du péritoine à l'aide de tampons secs; j'estime que le lavage de la cavité abdominale est dangereux et risque de disséminer l'infection.

Ayant constaté que l'anus iliaque ne suffit pas pour évacuer suffisamment l'intestin, je me suis adressé au jéjunum et j'ai recours à la jéjunostomie, laquelle remplit parfaitement ce but; je ferme l'orifice intestinal au bout de dix à douze jours à l'aide d'une entéro-anastomose latérale.

M. Friedrich (de Leipzig). — L'examen du pus péritonéal démontre, ainsi que le fait a été établi par M. Veillon, qu'il existe dans la plupart des péritonites des microorganismes anaérobies susceptibles de jouer un rôle considérable dans la marche clinique de l'affection. Je crois qu'on peut tirer parti de ce fait dans l'appréciation clinique des cas, ainsi que pour le traitement de cette affection.

Le syndrome de la péritonite est essentiellement celui d'une toxémie. L'action de ces toxines, fournies surtout par ces anaérobies, est très aiguë, voire foudroyante, mais peu durable. Quant au colibacille, il me paraît intervenir principalement pour produire des adhérences et délimiter ainsi l'action nocive des anaérobies, lesquels, sans lui, envahiraient immédiatement la cavité abdominale entière. J'ai constaté, dans des expériences faites sur des animaux, que les toxines de ces anaérobies amènent un abaissement de la température subit mais passager, tandis qu'au contraire les toxines du streptocoque, lequel se trouve le plus souvent associé aux bacilles intestinaux, déterminent une élévation prolongée de la température.

Par suite, il me paraît nécessaire de combattre surtout l'action des microorganismes anaérobies en pratiquant une aération aussi complète que possible de la cavité péritonéale. Il me semble que l'effet de l'incision n'est pas tant de diminuer la tension intra-abdominale et de donner issue aux produits inflammatoires que d'y amener de l'air et d'arrêter ainsi le développement de ces anaérobies. Je propose, dans ce but, d'introduire sur certains points de la cavité des drains en caoutchouc à travers de petites ouvertures.

Il faut ensuite combattre l'intoxication de l'organisme en pratiquant le lavage du sang à l'aide de la solution physiologique en très grande quantité (plusieurs litres par jour). On veillera enfin à ce que la nutrition s'effectue d'une manière suffisante. L'alimentation par les voies normales, tout comme par le rectum, étant le plus souvent impossible à réaliser, il ne reste que la voie sous-cutanée que j'ai utilisée en pratiquant des injections d'huile et de solution de sucre, comme l'a proposé M. Leube; j'estime que l'on devrait essayer également d'introduire des substances albuminoïdes de la même façon.

J'ai traité un certain nombre de cas de péri-

tonite d'après ces principes, et je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus.

Des complications pulmonaires dans l'appendicite.

M. Sonnenburg (de Berlin). — Les complications pulmonaires après l'intervention pour appendicite ne sont point d'observation rare, et je suis d'avis que ni l'éthérisation ni le refroidissement post-opératoire ni l'hypostase pulmonaire ne sauraient suffire à en donner une explication suffisante, car la cause essentielle en est constituée, selon moi, par des embolies pulmonaires. Ces embolies ont toutes comme point de départ une thrombose, au niveau des ramifications de la veine cave inférieure. J'ai étudié à ce point de vue un millier de cas d'appendicite opérés par moi tant à chaud qu'à froid, et j'ai trouvé dans 24 cas des complications du côté du système veineux; or, chez 15 de ces patients, il s'agissait d'une embolie ou d'un infarctus pulmonaires; tous ont guéri, sauf un. J'ai fait à ce sujet l'observation que ces complications étaient beaucoup plus fréquentes dans ma clientèle particulière que chez mes malades d'hôpital; j'attribue cette différence à ce que les patients de la première catégorie, très anxieux après une ou plusieurs crises d'appendicite, prennent tant de ménagements au point de vue de leur régime qu'ils finissent par se nourrir insuffisamment et par débiliter ainsi leur muscle cardiaque. Cette faiblesse du cœur me paraît être, en effet, la cause primordiale du développement de ces thromboses.

Le diagnostic des thromboses, facile toutes les fois que la lésion intéresse les veines des membres inférieurs, est impossible dès qu'il s'agit des veines abdominales; j'ai pu me rendre compte que les thromboses précédant les embolies pulmonaires ne s'annonçaient généralement ni par une élévation de la température, ni par une fréquence anormale du pouls, ni par des symptômes douloureux. La seule précaution que l'on puisse prendre pour les prévenir, c'est d'éviter, en opérant, d'exercer des tractions trop violentes sur les veines. Le diagnostic une fois fait, il faudra imposer au malade un repos absolu, maintenir le haut du corps relevé et enfin administrer de petites doses de morphine dès que l'embolie s'est produite.

De la torsion des organes abdominaux.

M. Payr (de Gratz) relate les résultats de recherches qu'il a faites, concernant la torsion des organes intra-abdominaux, à l'occasion d'une observation de kyste de l'ovaire presque entièrement séparé de son pédicule, par suite de la torsion de celui-ci, mais ayant contracté des adhérences avec l'épiploon. Ces expériences consistèrent en l'implantation, dans l'épiploon, de boules vides en aluminium. M. Payr constata d'abord que ces boules, encapsulées par les tissus, s'entourent d'un kyste rempli d'hydrogène, grâce à une action chimique de l'aluminium; la torsion spontanée se produit d'autant plus facilement que ces boules sont plus légères. L'orateur admet que le facteur initial de la torsion est une simple stase au niveau des veines, stase qui, en rendant les veines sinueuses, leur imprime le premier mouvement de torsion; ce mouvement est continué ensuite par le pédicule tout entier.

Remplacement de l'extrémité inférieure du radius par la première phalange du gros orteil.

M. Tietze (de Breslau) relate l'observation d'un malade chez lequel, ayant été obligé de réséquer l'extrémité inférieure du radius pour un sarcome, il a remplacé le fragment osseux enlevé par la première phalange du gros orteil. Il a obtenu, ainsi que le prouve notamment l'examen radiographique, une consolidation complète entre le fragment implanté et le reste du radius.

M. Grohé (d'Iéna) communique les résultats de recherches faites par lui, tant sur des pièces anatomiques provenant de l'homme que sur des animaux, et qui démontrent que le tissu élastique joue un rôle important dans le processus de réparation du tissu osseux.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds.

(A suivre.)

SIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS
DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Toulouse du 1er au 5 avril 1902.

(Suite. — Voir notre précédent numéro.)

De l'insuffisance hépatique.

M. Déléage (de Vichy). — L'insuffisance hépatique peut se traduire par des troubles dans l'élimination de certains médicaments, troubles déterminant parfois des accidents dont la gravité et l'intensité sont proportionnelles à l'état anatomique et fonctionnel du foie, ainsi qu'à la nature et à la quantité de substance absorbée et non éliminée. J'ai observé plusieurs faits qui apportent quelque contribution à la genèse de ces accidents.

Le premier a trait à un sujet atteint de syphilis scléro-gommeuse du foie et de la rate, avec induration et hypertrophie considérables de ces organes, ascite, etc.; il existait chez lui les symptômes urologiques et généraux de l'insuffisance presque complète du foie. Une dose quotidienne de 2 grammes d'iodure de potassium provoqua au troisième jour une éruption purpurique, et, le lendemain, une énorme ecchymose occupant toute la moitié droite postérieure du tronc et du membre inférieur du même côté, ainsi que des troubles cérébraux. Une ponction donna issue à 10 litres de liquide teinté de sang. La suffusion sanguine sous-cutanée disparut; mais, un peu plus tard, une nouvelle dose d'iodure de potassium ayant été prescrite par un médecin non au courant des accidents antérieurs, il se produisit, au bout de trois jours, une hémorrhagie sous-cutanée encore plus étendue, des épistaxis abondantes, du délire; le malade succomba avec des symptômes d'intoxication grave.

J'ai vu également un patient atteint de cirrhose hypertrophique avec coloration bronzée de la peau, œdème sans albuminurie, qui, après deux doses de 0 gr. 30 centigr. d'iodure, eut une tuméfaction considérable des parotides et des glandes sous-maxillaires.

On doit rapprocher de ces accidents provoqués par l'iodure ceux que détermine l'antipyrine, qui, à mon avis, sont aussi en rapport avec des troubles fonctionnels du foie. A cet égard, je puis citer le cas d'un sujet atteint de lithiase biliaire avec albuminurie sans signes de brightisme et présentant les symptômes urologiques de l'insuffisance hépatique (urobilinurie, indicanurie, oligurie, urines hyperacides et hypertoxiques), qui, à la suite de l'ingestion de deux doses de 0 gr. 25 centigr. d'antipyrine, eut une bouffissure énorme, érysipéliforme, de la face et des espaces interdigitaux, avec diminution de l'émission urinaire et augmentation de l'albuminurie. Dans un autre fait, il s'agit d'une femme devenue subictérique à la suite d'une colique hépatique, avec dyspepsie par fermentations anormales, qui fut atteinte, après l'ingestion de trois doses de 0 gr. 50 centigr. d'antipyrine, de manifestations cutanées érysipéliformes de la face et de la vulve. Dans ces deux derniers cas, les accidents cédèrent rapidement à l'administration de purgatifs salins, de grands lavages intestinaux et à l'institution du régime lacté.

Le rôle des troubles fonctionnels du foie paraît indéniable dans la genèse de ces accidents. De ce que l'on ne constate pas toujours de modifications de volume du foie, on ne doit pas en conclure que ce rôle est nul. Il y a des degrés dans l'insuffisance hépatique; celle-ci peut être purement fonctionnelle et ne se traduire que par certaines intolérances, et dans quelques conditions seulement.

M. Picot. — C'est de l'insuffisance hépatique sans ictère, notamment au cours de la pneumonie, que je désire vous entretenir. Les observations cliniques et les recherches anatomopathologiques montrent que cette insuffisance se rencontre dans le tiers environ des cas de pneumonie. Elle peut affecter une forme légère, une forme grave et une forme très grave et mortelle. Dans ces différentes variétés, l'insuffisance hépatique se révèle par l'augmentation de volume du foie, par des modifications de la sécrétion urinaire (réaction de Hay (1) et urobilinurie). A ces symptômes viennent se joindre, dans la forme grave, des troubles du système nerveux, caractérisés par un délire, d'abord tranquille et professionnel, mais devenant furieux après douze ou quinze heures; en outre, les urines renferment de la glycose en petite quantité (2 à 3 grammes par litre) et de l'albumine à raison de 0 gr. 50 centigr. ou 1 gramme ‰. La forme mortelle offre la même symptomatologie, à laquelle s'ajoute le coma dans lequel succombent les malades.

Il est à remarquer que les signes de l'insuffisance hépatique légère se manifestent seulement à partir du troisième jour. Le délire de l'insuffisance grave ne survient qu'après la chute de la température; l'apparition de cette forme grave est indépendante de l'étendue des lésions pulmonaires et de leur phase d'évolution; elle peut même se développer quand la pneumonie est en voie de résolution, voire même alors que celle-ci est déjà chose faite. Quant à la forme mortelle, elle s'accompagne de lésions anatomiques du foie (ectasie des vaisseaux, diapédèse leucocytique, dégénérescence graisseuse aiguë des cellules hépatiques); les principales fonctions du foie sont troublées, tant celles qui se rapportent à la glycogénie animale que celles qui ont trait au pouvoir antitoxique. Ces troubles ont pour résultat l'apparition du sucre et de l'urobiline, la réaction de Hay; l'albuminurie paraît également dépendre de l'action, sur le rein, du trouble hépatique.

Dans certains cas, nous avons trouvé, soit pendant la vie, soit à l'autopsie, des pneumocoques dans le foie; toutefois, ces faits sont plutôt rares. Par contre, les toxines microbiennes doivent jouer un grand rôle dans toutes les formes de cette insuffisance hépatique. Quant à la cause individuelle, il faut la chercher dans les conditions qui ont fait du foie un *locus minoris resistentiæ :* dyspepsie, habitudes alcooliques, antécédents d'arthritisme, de tuberculose peut-être.

Le diagnostic de l'insuffisance hépatique dans la pneumonie pourra être fait de bonne heure par la constatation de l'augmentation de volume de l'organe, par la réaction de Hay, l'urobilinurie, la glycosurie et l'albuminurie. Toutefois, ces deux dernières modifications de l'urine ne sont pas indispensables. Je n'ai pas constaté dans mes observations la présence du pigment rouge brun signalé par quelques auteurs.

Le pronostic doit toujours être considéré comme très sérieux. Quand l'insuffisance s'accompagne de dégénérescence du foie, elle est fatale et le malade succombe non à sa pneumonie, mais à son insuffisance hépatique. Dans la forme grave caractérisée par le délire, il faut réserver le pronostic, car rien ne prouve que l'insuffisance n'ira pas jusqu'à la forme mortelle.

M. G. Ballet (de Paris). — Dans le délire qui survient au cours de l'insuffisance hépatique, l'examen le plus minutieux ne décèle aucune lésion de l'encéphale, si le délire n'a été que passager; mais s'il a été intense, accompagné d'état comateux, s'il s'est prolongé pendant plusieurs jours, on constate dans les centres nerveux des altérations appréciables, à condition toutefois qu'on ait recours aux méthodes fines d'investigation préconisées dans ces dernières années (méthode de Nissl); ces lésions sont, d'ailleurs, bien caractéristiques et diffèrent nettement des altérations banales. Dans les cas de M. Picot, je serais assez disposé

(1) Au mois de décembre 1900, M. H. Frenkel (de Toulouse) a signalé, dans une communication faite à la Société de biologie de Paris, une réaction du soufre caractéristique des acides biliaires dans les urines, réaction dont il a attribué la découverte à Haycraft (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 443). Depuis lors, divers auteurs ont publié des travaux sur ce procédé d'examen clinique, qui jusqu'ici a été couramment appelé réaction de Haycraft. Or, M. Frenkel vient de déclarer (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 mars 1902) que c'est à tort qu'il a désigné ce dernier comme auteur du procédé en question : c'est M. Mathew Hay, professeur de médecine légale et d'hygiène publique à la Faculté de médecine d'Aberdeen, qui a réellement découvert la réaction du soufre en présence des acides biliaires et qui l'a fait connaître, en 1886, par une note détaillée publiée à la page 381 de la deuxième édition anglaise de la *Physiologie de Landois* traduite par Stierling, alors professeur de physiologie à l'Université d'Aberdeen, et pour qui M. Hay avait revu certaines parties de la traduction.

Dans ces conditions, il y a lieu désormais de désigner sous le nom de *réaction de Hay*, le procédé du soufre pour la recherche des acides biliaires dans les urines. — N. D. L. R.

à supposer *a priori* l'existence de telles lésions, étant donné que le délire a persisté trois jours.

M. Picot. — La présence de lésions matérielles me paraît incompatible avec la curabilité des troubles, dans les cas en question.

M. Maurel. — L'albuminurie signalée par M. Picot me semble devoir être considérée comme un signe important de l'insuffisance hépatique; l'albumine que l'on observe en pareille occurrence n'est pas de la sérine, mais une hydro-albumine, sorte d'albumine modifiée vers la peptonisation. Dans la pneumonie, on donne fort peu d'aliments azotés aux malades; aussi l'urée urinaire provient-elle d'albumines de l'organisme, albumines usées, fournies seulement en petite quantité. Dans ces conditions, on conçoit que le foie puisse devenir insuffisant.

M. G. Ballet. — Je ne saurais souscrire à l'opinion de M. Picot: à mon avis, la curabilité du délire d'origine hépatique n'est pas une preuve de l'absence de lésions anatomiques. On peut citer à cet égard les altérations évidentes dans la psychose alcoolique polynévritique, altérations qui rétrocèdent parfaitement après guérison.

M. J. Teissier (de Lyon). — L'absence de lésions manifestes dans les cas de M. Picot peut parfaitement s'accorder avec les constatations de M. Ballet; le délire n'ayant duré que trois jours, rien ne prouve, en effet, qu'il se soit agi, en l'espèce, de faits rentrant dans la seconde catégorie visée par M. Ballet.

M. Maurice Faure (de Paris). — En étudiant et les troubles mentaux chez les hépatiques et les affections du foie chez les aliénés, on aboutit à une même conclusion, à savoir que l'altération simultanée des fonctions du foie et des fonctions du cerveau n'est pas rare. Quelle que soit la nature de la lésion qui produit les troubles hépatiques, ce sont toujours les signes de l'insuffisance du foie qui accompagnent le trouble mental. Variable dans sa forme, ce dernier peut consister en un délire transitoire analogue au délire des fébricitants, des alcooliques et des inanitiés, ou se caractériser par de la somnolence, de la torpeur intellectuelle avec affaiblissement mental et puérilité, ou bien encore par un délire mélancolique ou maniaque. En somme, on peut noter toutes les modalités habituelles dans les toxi-infections. Le terme de folie hépatique est donc absolument impropre et doit être rejeté, au même titre que les termes de folie cardiaque ou urémique.

La seule chose à retenir, c'est l'existence de troubles cérébraux liés à l'action sur les cellules corticales de poisons retenus dans l'organisme devenu insuffisant, et dont l'action se manifeste, pour peu qu'elle se prolonge, par des lésions appréciables desdites cellules.

J'ajouterai que le délire des alcooliques, que l'on observe dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde, etc., pourrait bien être aussi en rapport avec une lésion antécédente du foie.

M. J. Teissier. — L'existence de troubles mentaux dans les maladies du foie ne relève pas toujours de l'insuffisance de cet organe; celui-ci est, en effet, capable de renforcer l'activité de certaines toxines microbiennes (pneumobacilline, toxine diphtérique, malléine). C'est vraisemblablement en pareille occurrence que survient l'albuminurie signalée par M. Maurel.

M. Glénard (de Vichy). — En outre de la « grande insuffisance » hépatique, qui est l'agonie du foie, en outre de la « petite insuffisance » qui est une phase aiguë des affections hépatiques proprement dites, je désigne sous le nom d'*hépatisme* une insuffisance plus petite encore, se traduisant par les maladies dites « de la nutrition », par certaines dyspepsies ou névropathies indéterminées, par des états chlorotiques, des ptoses, des dermatoses, la constipation chronique, la colite membraneuse, la migraine, etc., etc., troubles qui sont tous caractérisés par une dyscrasie acide, due à l'insuffisance des oxydations, laquelle résulte elle-même d'un ralentissement dans les mutations nutritives, conséquence de l'insuffisance hépatique.

Cette dyscrasie acide existe également, et encore plus accentuée, dans les maladies proprement dites du foie, qui appartiennent ainsi, de par ce caractère, à la même famille que les précédentes et alternent avec elles chez un même sujet. C'est cette parenté que traduit le terme d'hépatisme.

M. Gastou (de Paris). — On a attaché à l'insuffisance rénale une valeur considérable dans la pathogénie des dermatoses; mais à côté de cette insuffisance du rein, j'estime que celle du foie joue également un rôle important dans la production des altérations de la peau. La preuve en est fournie tant par les lésions anatomiques dont le foie est parfois le siège chez les sujets affectés de lésions cutanées (cirrhose atrophique ou hypertrophique dans les cas de pemphigus aigu ou chronique), que par un ensemble de signes cliniques et de formules urinaires variant avec le type de l'insuffisance hépatique, type qui est en rapport avec l'hypo ou l'hyperfonctionnement du foie. Cliniquement, cette insuffisance se diagnostique par les caractères que M. Glénard a assignés à l'hépatisme. Au point de vue urologique, elle se traduit par des crises de polyurie ou d'oligurie, un dépôt abondant de phosphates et d'oxalate dans les urines, qui sont troubles, colorées, fétides, hyper ou hypoazoturiques et renferment un excès d'acide urique. A ces symptômes il faut ajouter l'augmentation de la toxicité urinaire, la glycosurie spontanée, l'albuminurie et surtout la présence de pigments variables (urobiline, indican, pigments biliaires). La formule urinaire révèle le plus souvent un hypofonctionnement du foie dans les dermatoses desquamatives ou bulleuses à évolution subaiguë ou chronique, alors que dans les dermatoses aiguës papuleuses, très prurigineuses, eczématiformes, le type urinaire ressortit plus fréquemment à un hyperfonctionnement hépatique. L'influence de l'insuffisance du foie, dans la pathogénie des affections cutanées, me semble prouvée par la fréquence, chez les hépatiques, d'éruptions toxiques d'origine alimentaire ou médicamenteuse, et surtout par l'action favorable du régime et du traitement de l'hépatisme au cours des dermatoses.

M. J. Teissier. — Puisque, dans un certain nombre de cas dont vient de parler M. Gastou, il s'agit d'hyperfonctionnement du foie, la désignation d'insuffisance hépatique me paraît impropre, le terme insuffisance signifiant hypofonctionnement.

M. Gastou. — Je suis d'accord avec M. Teissier; parler d'insuffisance dans les cas auxquels il vient d'être fait allusion n'est pas conforme à la réalité des faits; mais j'ai dû me servir de la désignation employée en pareille occurrence par la plupart des auteurs.

M. Dufourt (de Vichy). — Chez des animaux soumis au régime carné exclusif ou surabondant, j'ai vu apparaître un eczéma généralisé avec ulcérations disséminées, accompagné de congestion rénale et d'hypertrophie hépatique, d'où imminence d'auto-intoxication. Dans ces cas, il y a réellement hyperfonctionnement du foie; cet organe n'est donc pas insuffisant d'une façon absolue; cependant il ne suffit pas à sa tâche et, malgré son hyperfonctionnement, il est en insuffisance relative.

M. Maurice Faure. — Il me paraît avantageux de substituer au terme impropre d'insuffisance hépatique celui, plus précis et en même temps plus compréhensible, de *trouble hépatique par hyper ou par hypofonctionnement.*

M. Glénard. — C'est parce que l'expression « insuffisance hépatique » m'a paru mauvaise que j'ai proposé celle d' « hépatisme ».

M. J. Teissier. — Le terme d'hépatisme ne me paraît pas meilleur que celui d'insuffisance hépatique, car il est beaucoup trop large. Je propose la désignation de *troubles hépatiques par défaillance ou par surmenage du foie.*

M. Maurice Faure. — Je crois aussi que le mot hépatisme ne convient pas aux cas réunis jusqu'ici sous la rubrique d'insuffisance hépatique, parce qu'il implique un élément constitutionnel et héréditaire.

M. Mongour. — Comme vient de le faire observer M. Maurice Faure, le mot hépatisme consacre un état constitutionnel et ne s'applique nullement aux complications des maladies de foie qu'on avait jusqu'ici réunies sous la rubrique d'insuffisance hépatique. Aussi proposé-je de les appeler *troubles hépatiques par hyperpragie ou par méiopragie.*

M. J. Teissier. — Je m'associe à la proposition de M. Mongour.

Des convulsions de l'enfance.

M. Moussous (de Bordeaux), *rapporteur.* — Quelle que soit la forme que revêtent les convulsions de l'enfance ou les troubles qui les accompagnent, jamais ces convulsions ne sont autre chose qu'un symptôme ou qu'un syndrome extériorisant une perturbation fonctionnelle ou une altération matérielle des centres nerveux. Nous limiterons néanmoins notre étude aux convulsions dites essentielles, laissant volontairement de côté celles qu'on désigne habituellement sous le nom de convulsions symptomatiques. Nous nous attacherons à élucider leur pathogénie, à montrer leurs suites éloignées, enfin à rechercher le traitement qu'il convient de leur opposer. Mais, en raison des difficultés que nous rencontrerons sur notre route, nous n'aboutirons trop souvent qu'à des hypothèses et non à des conclusions fermes.

Contrairement à une opinion déjà ancienne qui localisait le centre des convulsions dans le bulbe, on s'accorde actuellement à penser que les différentes parties constitutives du névraxe (moelle, bulbe, protubérance) peuvent, à divers titres, entrer en jeu dans la production de l'accès convulsif. La disposition des noyaux d'origine des nerfs moteurs, qui s'échelonnent de la région du pont de Varole jusqu'au renflement lombaire, implique cette intervention combinée des différents départements des centres nerveux, de même, d'ailleurs, que les phénomènes qui s'observent au cours de l'accès: pâleur de la face au début, dilatation bilatérale de la pupille, ralentissement initial du cœur durant la phase tonique, puis accélération jusqu'à la fin de la phase clonique, perturbations du rythme respiratoire, vasoconstriction généralisée pendant tout l'accès, salivation.

Au point de vue du siège primitif de l'excitation provocatrice des convulsions, on peut établir chez l'adulte une distinction, dont l'expérimentation sur les animaux confirme d'une façon complète la légitimité, entre l'excitation directe des centres bulbo-spinaux, celle des voies sensitives centripètes et celle de la corticalité. Un semblable départ, bien que n'ayant pas encore été proposé en matière de pathologie infantile, me paraît cependant motivé en raison de diverses constatations faites sur les animaux nouveau-nés et en raison, aussi, de certaines données anatomiques relatives au développement des centres nerveux.

On sait, en effet, que si la zone motrice est excitable au moment de la naissance chez les animaux qui courent dès cette époque de la vie (cobaye), il n'en serait plus de même pour d'autres espèces animales (chien, chat, singe) où l'excitabilité n'apparaîtrait que plus tard. Cette différence d'excitabilité serait en relation avec des différences importantes dans la myélinisation de la voie pyramidale, plus précoce chez le cobaye que chez les autres animaux précités.

Chez l'enfant nouveau-né, aucune circonstance n'a permis jusqu'ici de constater directement si les zones corticales péri-rolandiques sont excitables ou non; quant aux notions tirées, à défaut de démonstration directe, tant de l'anatomie pathologique que de la clinique, elles doivent nous rendre très réservés avant d'admettre qu'il existe chez lui des convulsions à point de départ cortical.

En ce qui concerne la nature de l'excitation convulsivante, l'expérience a prouvé depuis longtemps la réalité des convulsions réflexes. Celles-ci sont, d'ailleurs, les seules où le névraxe subisse l'action de son excitant normal, l'influx nerveux. Elles s'observent en cas de corps étrangers du conduit auditif, des fosses nasales, des conduits biliaires, de la vessie, ainsi qu'à l'occasion de la poussée laborieuse des dents, facteur dont on ne saurait nier l'influence convulsivante, malgré certaines dénégations suscitées par l'abus qu'on a fait de cette pathogénie.

Sans insister sur l'action, encore mal connue, des agents physiques, je signalerai celle des troubles nutritifs entraînés par des modifications circulatoires. Le type en est fourni par les mouvements convulsifs survenant à la suite d'une saignée à blanc ou d'une occlusion vasculaire. Les données expérimentales ainsi obtenues rendent compte des convulsions qui peuvent survenir chez les enfants à la suite de grandes hémorrhagies. L'anoxémie agit de même façon.

Nous ne pouvons entrer dans l'énumération de tous les poisons susceptibles de provoquer des convulsions du jeune âge. Si l'intervention, dans l'éclampsie infantile, d'une intoxica-

tion de l'organisme par un poison venu du dehors est chose relativement rare, l'influence de l'auto-intoxication occupe, au contraire, une place extrêmement importante.

Les preuves de la présence normale de poisons convulsivants dans l'organisme ont été établies pour des humeurs ou matières excrémentitielles provenant de l'homme adulte. Quoique moins nombreux, les faits sur lesquels on peut se baser pour en admettre aussi l'existence chez l'enfant, même dès la naissance, semblent également convaincants. Les difficultés et les inconvénients qu'il y aurait à soustraire, à un enfant bien portant, du sang en quantité suffisante pour en étudier convenablement la toxicité expliquent la pénurie des documents sur ce point. Autant que pour l'adulte, il est difficile de préciser les sources de ces poisons. Ce qu'on peut dire, c'est qu'il en existe dans l'intestin, mais l'on ne saurait établir la part qui revient aux substances minérales, aux produits de putréfaction et aux sécrétions microbiennes dans leur production.

Bien qu'en règle générale les centres nerveux des enfants sains offrent une tolérance complète à l'égard des poisons convulsivants normalement fabriqués dans l'organisme, cette règle est cependant susceptible d'exceptions, et l'intolérance que traduit un accès éclamptique peut exister passagèrement. Ce sont surtout des sujets issus de souche névropathique qui présentent à ce point de vue une susceptibilité singulière se manifestant, dès le jeune âge, par des états prurigineux de la peau, du prurigo simple, des urticaires à répétition, du strophulus, de l'eczéma sec, toutes affections qui relèvent d'une auto-intoxication. Or, celle-ci semble être la conséquence d'une impressionnabilité extrême de l'organisme vis-à-vis des poisons que fabrique celui-ci, bien plus que d'une augmentation de la quantité des poisons fabriqués ou absorbés. En dehors de ces cas exceptionnels, les convulsions infantiles par auto-intoxication n'éclatent guère que lorsque cette auto-intoxication s'exagère sous l'influence de certains facteurs pathogènes déterminant tout au moins une perturbation fonctionnelle et cliniquement appréciable dans le jeu d'un organe. L'auto-intoxication peut ainsi résulter de l'hyperfonctionnement de certaines glandes à sécrétion interne (hypertrophie du thymus) ou de l'hypofonctionnement de divers parenchymes ayant pour mission de détruire ou d'éliminer des poisons organiques (suppression de l'appareil rénal, insuffisance hépatique). Le surmenage et l'indigestion sont également capables d'engendrer l'éclampsie infantile.

Il est rare que l'intervention d'un seul des facteurs que nous venons de passer en revue suffise à déterminer l'accès convulsif; les faits sont d'ordinaire plus complexes, les convulsions faisant leur apparition au cours d'une affection déjà constituée ou au seuil d'une maladie qui va naître.

Des accidents convulsifs peuvent survenir chez les nouveau-nés à terme ou avant terme, présentant tous les attributs de la débilité congénitale. Si l'on ne peut en rendre responsable un état septicémique, il faut les mettre sur le compte d'une auto-intoxication d'origine variable.

Parmi les enfants issus de mères éclamptiques, et qui ne succombent que plusieurs jours après leur naissance, quelques-uns ont aussi des attaques convulsives. Il paraît rationnel d'admettre que ces convulsions, qui offrent une grande analogie avec les phénomènes présentés par la parturiente, ressortissent à la même pathogénie que l'éclampsie puerpérale.

Les convulsions liées à un état pathologique des voies digestives (indigestion, gastro-entérites aiguës ou chroniques, dilatation de l'estomac, constipation, helminthiase) sont parmi les plus fréquentes de celles que l'on observe chez les nourrissons.

Qu'elle soit la conséquence d'une gastro-entérite prolongée ou qu'elle se soit établie sous l'action d'une autre cause, la dilatation de l'estomac est chose commune, même chez les enfants très jeunes. Les accidents nerveux dont elle a été rendue responsable affectent surtout la forme de contracture tétanique des extrémités, mais elle semble pouvoir engendrer également des attaques éclamptiques vulgaires.

Il est deux états pathologiques de la première enfance, véritables dyscrasies résultant l'une et l'autre de troubles gastro-intestinaux, au cours desquels il peut se produire des convulsions. Ce sont l'athrepsie et le rachitisme.

Quant aux convulsions liées à la constipation et à l'helminthiase, elles ont aussi un point de départ intestinal; mais leur mécanisme diffère sûrement, à certains égards, de celui des types que nous avons envisagés précédemment. Très vraisemblablement, en effet, ces convulsions sont simultanément ou alternativement de nature réflexe et de nature toxique. En ce qui concerne les convulsions d'origine vermineuse, quoique leur existence me paraisse incontestable, je les crois extrêmement rares.

Bien qu'elles y soient beaucoup moins communes que dans les affections du tube digestif, les convulsions sont assez fréquentes au cours des inflammations de l'appareil respiratoire survenant chez les enfants très jeunes. De toutes les affections aiguës, c'est la pneumonie, laquelle n'est nullement exceptionnelle même chez le nourrisson, qui les sollicite le plus souvent; les attaques éclamptiques qui peuvent éclater pendant la période d'état de la pneumonie ont même permis de distinguer une forme dite méningée de cette maladie (Rilliet et Barthez). Ces troubles sont probablement dus à la toxine pneumococcique agissant comme un poison convulsivant, du moins dans les cas à issue favorable; un processus franchement phlegmasique, au contraire, se traduisant cliniquement par une évolution fatale ou une guérison avec séquelles, est vraisemblablement imputable à l'envahissement des centres nerveux par le pneumocoque lui-même.

Les convulsions de la coqueluche frappent surtout les enfants très jeunes, au-dessous de trois ou quatre ans. Elles n'apparaissent guère avant le douzième ou le quinzième jour de la maladie, et seulement dans le cas de quintes violentes et répétées; la toxi-infection doit revendiquer, à côté de l'asphyxie, sa part dans l'éclosion de ces accidents. Quant aux exemples de mort subite, ils ne sont certainement pas tous à mettre sur le compte d'un spasme glottique, mais on doit incriminer parfois une action toxique ou réflexe s'exerçant sur le bulbe, ainsi qu'en témoignent les faits où la mort subite est survenue, au moment de la quinte, chez des enfants trachéotomisés.

Les accès qui se produisent dans la cyanose congénitale à l'occasion des paroxysmes sont à rapprocher des précédents; ils semblent bien aussi relever d'une double cause : asphyxie et congestion veineuse.

En dehors des crises épileptiformes qui peuvent se produire au cours de certaines complications des otites suppurées (méningite, abcès du cerveau, thrombose des sinus), il en est d'autres se développant en l'absence de toute lésion appréciable, notamment dans les otites moyennes aiguës, où l'on doit probablement invoquer à la fois une action réflexe et un élément infectieux. L'oreille interne ne semble en cause que beaucoup plus rarement. Encore faudrait-il savoir si, dans les faits où il paraît en être ainsi, les convulsions ne seraient pas sous la dépendance directe de l'état morbide primitif des noyaux du nerf acoustique, c'est-à-dire du plancher du quatrième ventricule.

Les convulsions qui marquent le début de beaucoup d'affections fébriles et qui ont été considérées comme l'équivalent du frisson observé chez l'adulte, semblent dues à l'action exercée sur les centres nerveux par les substances pyrétogènes, variables suivant qu'on a affaire à une fièvre toxique ou à une fièvre infectieuse.

On voit que le mécanisme qui préside à l'éclosion des phénomènes convulsifs chez les enfants varie essentiellement d'un cas à l'autre, si bien que l'on ne saurait dégager de formule unique indiquant ce que cette pathogénie a de spécial et en quoi elle diffère de la pathogénie des convulsions considérées aux autres périodes de l'existence. On peut dire cependant que le système nerveux de l'enfant offre, toutes choses égales d'ailleurs, une résistance moins grande, à l'égard des causes nocives, que celui de l'adulte. Plus souvent que celui-ci, il exprime sa souffrance en réagissant sous forme de spasmes convulsifs. Sans prétendre que la production de lésions anatomiques du système nerveux soit l'intermédiaire indispensable entre la cause provocatrice et l'apparition de l'accès convulsif, on ne saurait nier la fréquence avec laquelle ces lésions se rencontrent sur la table d'autopsie. Cette vulnérabilité particulière est, d'ailleurs, la règle pour la généralité des tissus des enfants très jeunes; elle s'affirme de la façon la plus nette pour ceux de ces tissus dont l'accroissement s'opère avec le plus d'activité : le système osseux et le système nerveux. Elle me semble mériter la première place, parmi les facteurs conditionnant la fréquence des convulsions du jeune âge, même si on laisse de côté, comme nous l'avons fait, les convulsions symptomatiques des lésions massives des centres nerveux.

Il serait cependant exagéré de faire intervenir seule cette vulnérabilité du système nerveux des enfants, car il est évident que les convulsions peuvent prendre naissance en dehors de toute modification anatomique des éléments nerveux, comme, par exemple, dans les convulsions d'ordre réflexe. En expliquant les cas de ce genre par l'hyperexcitabilité du système nerveux dans le jeune âge, on constate un fait plutôt qu'on ne l'interprète. Pas plus que celle de l'adulte, l'excitabilité des centres nerveux de l'enfant ne peut être mesurée, et l'on manque, par conséquent, de tout moyen précis pour les comparer l'une à l'autre.

Quant à l'influence modératrice que les centres supérieurs joueraient à l'égard des centres sous-jacents, elle paraît incontestable; mais les difficultés surgissent dès que l'on cherche à préciser comment et dans quelle mesure s'exerce cette influence. C'est particulièrement au sujet des convulsions d'ordre réflexe que l'on peut légitimement incriminer ce défaut de subordination, chez les enfants, des centres bulbo-spinaux à l'égard de la corticalité. Quelle que soit, d'ailleurs, l'idée que l'on se fait de la voie suivie par l'influx nerveux dans le réflexe sensitivo-moteur, ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'est pas à la naissance ce qu'il sera dans la suite, soit qu'il suive des voies provisoires destinées à être abandonnées peu à peu, soit qu'il continue à utiliser ces voies, mais dans des conditions différentes. Ajoutons que la spasmodicité attribuée aux nouveau-nés, surtout aux prématurés, est loin d'être aussi bien prouvée que le pensent certains auteurs, étant donnée la difficulté de la recherche des réflexes chez le nouveau-né : sur le même enfant, la même exploration pratiquée dans des conditions en apparence semblables donne d'un instant à l'autre des résultats absolument contradictoires.

Il importe, au surplus, de noter que tous les enfants sont loin de se comporter de même dans des circonstances identiques et que, si les premières années de la vie sont l'âge des convulsions, il n'en reste pas moins que la facilité extrême à entrer en convulsion est l'apanage de certains enfants seulement.

Une des questions les plus importantes à envisager dans l'éclampsie infantile est celle de l'avenir réservé aux enfants atteints de convulsions. L'accès convulsif est-il chez eux un prodrome ou une manifestation de l'épilepsie? Pour les cas où il y a réellement continuité d'évolution entre la névrose convulsive des premières années et la névrose convulsive qui lui fait suite en revêtant les caractères du mal comitial, il nous semble difficile de combattre une assimilation complète entre l'éclampsie infantile et l'épilepsie vulgaire. La similitude de l'expression clinique dans les deux cas, l'analogie des causes étiologiques, sont trop absolues pour qu'on puisse élever des arguments sérieux contre cette façon de voir. Toutefois, cette continuité d'évolution est si exceptionnelle que la légitimité de cette assimilation devient fort suspecte. Il s'écoule d'ordinaire, en effet, entre les accès convulsifs de l'enfance et le début de l'épilepsie, un laps de temps plus ou moins long, se chiffrant même généralement par des années. De plus, si nombre d'épileptiques ont eu des convulsions pendant l'enfance, il ne faut pas oublier que beaucoup de sujets sont à cette époque de la vie enclins à des convulsions fréquentes, sans jamais pour cela devenir épileptiques. Tout en reconnaissant la succession possible, voire fréquente, des deux états morbides, nous les croyons distincts, reliés uniquement entre eux par des liens plus ou moins intimes.

S'il est vrai que le groupe des convulsifs infantiles fournit surtout des épileptiques, il n'est pas moins certain qu'il fournit aussi des choréiques, des tiqueurs, des déséquilibrés, des neurasthéniques, des vésaniques, etc. Mais ce sont là des éventualités impossibles à prévoir.

Tout dépend de la gravité de la tare léguée en héritage à l'enfant et du sens dans lequel elle agira. Les convulsions infantiles peuvent même rester l'unique expression de cette hérédité névropathique.

Les convulsions se montrant presque toujours chez les enfants comme un incident surajouté à un état pathologique déjà constitué, c'est contre la maladie causale que le traitement devra être dirigé. Pendant l'accès convulsif même, il faudra favoriser le jeu de la respiration par tous les moyens possibles, vider au besoin l'estomac, débarrasser l'intestin par un lavement purgatif. Les bains tièdes, frais ou froids, la chloroformisation, la compression des carotides, les émissions sanguines, les injections de sérum artificiel, les inhalations d'oxygène, telles sont les ressources que l'arsenal thérapeutique met à la disposition du médecin pour combattre l'éclampsie infantile pendant les paroxysmes. Dans l'intervalle des accès, une hygiène bien entendue devra être instituée en vue de modérer les progrès de l'aptitude convulsive qu'ont démasquée les crises antérieures.

M. d'Espine (de Genève), *co-rapporteur*. — Nous nous bornerons, en nous plaçant sur le terrain de la clinique, à faire ici une revue rapide, à vol d'oiseau, des nombreux travaux parus dans ces dernières années sur les convulsions infantiles, au triple point de vue de leur étiologie, de leur symptomatologie et de leur diagnostic.

Comme M. Moussous, j'estime que les convulsions infantiles doivent être divisées en convulsions *symptomatiques* de lésions manifestes des centres nerveux, telles que la méningo-encéphalite, les hémorrhagies, les tumeurs, etc., et en convulsions *idiopathiques*, comprenant toutes les convulsions infantiles qui ne sont pas produites par des altérations grossières du myélencéphale.

Au point de vue symptomatologique, on peut distinguer des convulsions externes ou *éclampsie*, des convulsions internes ou *spasme de la glotte* et la contracture essentielle des extrémités ou *tétanie*.

L'éclampsie, qui est la variété de beaucoup la plus fréquente, constitue un symptôme commun à diverses encéphalopathies passagères de la première enfance, nées sous l'influence de substances toxiques ou de toxines infectieuses. Elle suppose toujours une hyperexcitabilité anormale des centres nerveux, hyperexcitabilité transmise par l'hérédité ou créée de toutes pièces et mise en jeu par une irritation réflexe.

Groupées en un seul faisceau pour les besoins de la clinique, les convulsions de l'enfance se décomposent en une série d'entités morbides disparates qui convergent par des transitions insensibles, d'une part, vers cette névrose redoutable qu'est l'épilepsie, d'autre part, vers des lésions inflammatoires des centres nerveux, parenchymateuses ou interstitielles, produites par les mêmes causes agissant d'une manière plus intense ou plus durable.

D'une façon générale, nous nous refusons à admettre que l'épilepsie soit créée de toutes pièces par un accident aussi fréquent et aussi banal que l'éclampsie infantile, syndrome qui tue souvent, mais qui, lorsqu'il guérit, finit généralement par disparaître sans laisser de traces. Dans l'immense majorité des cas, les convulsions infantiles sont l'expression d'une diathèse nerveuse transitoire; d'après notre statistique, 7.2 % seulement des sujets qui en sont atteints sont destinés à devenir des épileptiques vrais.

En mettant à part les lésions secondaires produites par les attaques convulsives (congestions, apoplexies capillaires), on peut séparer nettement l'éclampsie infantile d'avec les convulsions symptomatiques, par le fait de l'absence d'altérations macroscopiques des centres nerveux. Quant aux lésions histologiques, la valeur de celles qui ont été décrites dans ces dernières années est très contestée. Nous pensons que, pour l'éclampsie comme pour l'épilepsie, la décharge convulsive est un accident qui se produit comme un court circuit dans un réseau urbain, et qu'il est difficile d'expliquer sans admettre, dans l'un comme dans l'autre cas, un dérangement quelconque dans le réseau (diminution des résistances, contacts anormaux).

Pour l'éclampsie infantile toxi-infectieuse, on peut établir, soit par les résultats de la ponction lombaire, soit par l'examen microscopique, une chaîne progressive partant de l'absence de lésions visibles et aboutissant, d'une part, à l'hydrocéphalie, de l'autre, à la méningite purulente. Dans une première catégorie de faits appartenant sans conteste à l'éclampsie, il n'y a pas de lésions appréciables des méninges ni du myélencéphale; le liquide céphalo-rachidien reste clair et ne contient ni leucocytes ni microbes. Les convulsions ne peuvent être attribuées, en pareille occurrence, qu'à l'action des toxines. Dans un second groupe de cas, on constate la présence de microbes dans le cerveau et dans le liquide céphalo-rachidien, mais sans lésions appréciables du système nerveux, soit que le malade ait été sidéré par la virulence des microbes avant que ces lésions aient pu se développer, soit que ces microbes aient trouvé un mauvais terrain de culture et que la méningite ait avorté. Enfin, dans une troisième classe de faits, l'autopsie révèle la présence d'une méningite séreuse, d'une hydrocéphalie ou d'une méningite purulente.

La *prédisposition native* aux convulsions domine toute l'étiologie de l'éclampsie infantile. Celle-ci paraît l'apanage de certaines familles, tandis que dans d'autres les phénomènes convulsifs sont inconnus, quoique parfois les causes déterminantes ne manquent pas, telles que maladies infectieuses, rachitisme, dyspepsie, indigestion ou même albuminurie. C'est ainsi que, d'après une statistique que m'a communiquée M. Haushalter (de Nancy), parmi 11,030 enfants issus de 2,900 femmes, 332 sont morts de convulsions (9 % des décès) sur 3,572 ayant succombé.

Il nous semble trop absolu de dire que les convulsions infantiles ne se rencontrent pas dans la descendance des hystériques non entachés d'épilepsie : parfois l'on ne relève comme antécédents héréditaires que l'hystérie maternelle. Mais c'est l'hérédité convulsive qui est le plus redoutable, soit sous la forme d'épilepsie, soit sous celle d'éclampsie infantile ou puerpérale.

L'alcoolisme des parents crée à un haut degré, chez les enfants, la prédisposition convulsive, et la syphilis, même quand elle n'est pas transmise par les ascendants, paraît avoir chez les descendants le même effet.

Quant à l'hérédité tuberculeuse, son influence nous semble devoir être mise en doute. Les preuves données jusqu'à l'heure actuelle n'excluent pas l'hypothèse de simple coïncidence, alors qu'il s'agit d'une maladie à laquelle succombe le cinquième de la population. Néanmoins, il est très possible et même probable que toutes les cachexies des géniteurs favorisent ou renforcent les influences épileptogènes proprement dites.

L'influence de l'*âge* est aussi importante que la prédisposition familiale. Les convulsions sont, en effet, une maladie de la première enfance; elles atteignent leur maximum de fréquence au cours des deux premières années, subissent une diminution considérable dans la troisième pour devenir rares après cinq ans et exceptionnelles après sept. Le maximum de fréquence ne coïncide pas, comme on le soutient généralement, avec l'époque de la dentition (six mois à deux ans), mais tombe sur les six premiers mois de la vie : d'après ma statistique personnelle, le chiffre des convulsions infantiles, pour les six premiers mois, dépasse d'un bon tiers le total des cas observés de six mois à deux ans (38 contre 26).

Ainsi donc, les convulsions ne reconnaissent pas une origine dentaire puisqu'elles sont plus fréquentes dans les premiers mois de la vie que pendant la période de dentition, sans compter qu'on peut les rapporter habituellement à une cause bien nette, autre que la poussée dentaire : auto-intoxication de cause digestive, hyperthermie, maladie infectieuse, albuminurie, etc. Ajoutons que dans les cas où les convulsions ont coïncidé avec l'éruption dentaire et ont paru céder à la scarification des gencives, nous les avons vu parfois reparaître sans cause appréciable, à une époque intercalaire, en dehors de toute poussée dentaire.

Une seconde légende à détruire est celle qui invoque le rachitisme comme facteur d'éclampsie infantile; la coïncidence des deux affections est un fait avéré, mais dont la fréquence varie suivant les divers observateurs. D'ailleurs, la proportion des enfants rachitiques atteints de convulsions est très faible par rapport au nombre total des rachitiques. Enfin, la coexistence fréquente des unes et de l'autre s'explique par le fait que ces deux maladies sont les produits d'une même cause, l'auto-intoxication gastro-intestinale.

Dans les deux premières années de la vie, les prédispositions d'âge et d'hérédité s'additionnent pour déterminer le maximum de fréquence des convulsions. La cause déterminante, dans les quatre cinquièmes des cas environ, est l'auto-intoxication gastro-intestinale; les convulsions dues à l'hyperthermie et à l'infection viennent ensuite, puis les convulsions toxiques (empoisonnements), traumatiques, et enfin les convulsions réflexes et idiopathiques, dans lesquelles la spasmophilie par prédisposition héréditaire est le facteur principal. Les convulsions par asphyxie seraient peut-être les plus communes de toutes si l'on faisait rentrer dans l'éclampsie infantile les convulsions terminales : celles-ci sont une manière de mourir plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, mais qui n'est point spéciale au premier âge de la vie.

Au delà de trois ans, la cause déterminante des convulsions se précise. Plus puissante, moins banale, elle suffit parfois à elle seule à les provoquer, en dehors de toute prédisposition. C'est tantôt une indisposition grave, tantôt une attaque d'urémie, facteur suffisant pour faire apparaître l'éclampsie chez l'adulte, tantôt un traumatisme, tantôt l'hyperthermie; tantôt enfin c'est l'épilepsie qui s'installe quand les convulsions se répètent sous l'influence d'une cause minime ou même sans motif apparent.

Pour avoir des renseignements précis sur les convulsions des nouveau-nés, nous nous sommes adressé aux accoucheurs placés à la tête d'un service hospitalier. Dans les maternités, les enfants sont, en effet, soumis à l'observation pendant les dix ou quinze premiers jours après la naissance, période qui correspond assez exactement à la définition du nouveau-né. Les documents ainsi recueillis montrent la rareté des convulsions à cet âge de la vie. Nulles à Berne, elles sont exceptionnelles à Bâle et à Zurich. A Paris, M. Budin les a constatées chez 2 enfants nés de mères éclamptiques. Les chiffres communiqués par MM. Porak, Maygrier, Champetier de Ribes, Jentzer et Rapin indiquent aussi leur peu de fréquence (0.24 % en moyenne) chez les nouveau-nés robustes, tels qu'on les observe habituellement dans les services d'accouchement; par contre, elles sont extrêmement communes dans le pavillon des débiles de la Maternité de Paris, dont la population est formée principalement de prématurés et d'enfants malingres à hérédité chargée : sur les 14 morts par convulsions observées dans ledit pavillon en 1901, les convulsions furent terminales dans 6 cas; pour les 8 autres, l'autopsie a été pratiquée 6 fois; elle n'a révélé aucune lésion matérielle du cerveau, sauf, dans un cas, de la congestion des méninges, sans lésions en foyers; mais le foie était altéré 5 fois sur 6, et les poumons et les reins présentaient 2 fois de la congestion diffuse. M. Champetier de Ribes signale, dans 2 des observations qu'il nous a envoyées, une forme très spéciale de convulsions, affectant l'aspect d'un tremblement ou plutôt d'une trépidation intermittente partant de la périphérie et se propageant vers la racine des membres, soit spontanément, soit sous l'influence de la moindre excitation cutanée; les réflexes étaient exagérés; les crises de tremblement durèrent, dans un cas, quatre ou cinq jours, dans l'autre huit jours, et se terminèrent par la guérison.

Le pronostic des convulsions des nouveau-nés est très sombre : sur les 49 cas que m'ont communiqués les accoucheurs précités, il y a eu 34 décès, soit 69 %.

Les gaz de combustion des poêles sont, plus souvent qu'on ne le pense, une cause de convulsions chez les nourrissons, soit parce que le cerveau infantile est plus facilement intoxiqué que celui de l'adulte par l'oxyde de carbone, soit parce que, ces gaz tendant par leur densité à s'accumuler dans les parties basses des appartements, les nouveau-nés dans leur berceau sont plus exposés à leur action.

La cyanose congénitale due à une malformation du cœur a été signalée comme pouvant donner lieu à des convulsions de cause asphyxique; nous croyons les phénomènes convulsifs rares dans cette affection.

Dans la coqueluche, les convulsions sont relativement fréquentes, soit sous forme de convulsions externes, soit sous celle de spasme, parfois mortel, de la glotte.

Les convulsions toxiques, quoique relativement peu communes, ont une grande importance pratique. Le cerveau infantile est beaucoup plus sensible à l'influence de certains poisons que celui de l'adulte, et toute une série de toxiques, comme l'opium et ses alcaloïdes, l'acide phénique, l'iodoforme, le chlorate de potasse, l'alcool surtout, qui le plus souvent chez l'adulte ne sont pas convulsivants, le sont au premier chef chez l'enfant, comme aussi chez certains animaux.

Les convulsions par auto-intoxication sont de beaucoup les plus fréquentes des convulsions infantiles; quelques-unes ressortissent à des causes assez rares : telles sont les convulsions urémiques (scarlatine, néphrite primitive) et celles qu'on peut rattacher à la perturbation des sécrétions internes du corps thyroïde et du thymus. Le rôle considérable que jouent les auto-intoxications digestives est trop connu pour que nous y insistions ici.

Les convulsions initiales des fièvres sont en rapport direct avec l'hyperthermie. Elles s'observent principalement dans les maladies qui s'accompagnent dès le début d'une élévation brusque de la température, comme la pneumonie franche, la variole, la scarlatine, la fièvre intermittente. L'hyperthermie ne suffit pas toujours par elle-même à déterminer la convulsion; il faut une prédisposition héréditaire.

L'éclampsie des maladies infectieuses dépend aussi, dans une large mesure, de l'hyperthermie, en ce qui concerne les convulsions initiales surtout; puis de la malignité de la maladie (scarlatine, malaria), de l'invasion microbienne des centres nerveux et de complications inflammatoires, telles que la méningo-encéphalite, simple ou purulente; enfin, de l'asphyxie (complications pulmonaires et convulsions terminales).

L'éclampsie traumatique, à la suite de chute ou de coup sur la tête sans lésions anatomiques grossières, rentre à proprement parler dans le groupe des convulsions symptomatiques. Ce qui en fait le danger, c'est la possibilité de voir se développer dans la suite une épilepsie vraie.

L'éclampsie réflexe, dont on a beaucoup exagéré l'importance, représente l'infime minorité des convulsions infantiles; néanmoins, son existence est indiscutable. Ici, la prédisposition nerveuse joue un rôle essentiel; il faut redouter sa transformation en épilepsie vraie quand les convulsions persistent. Leur cessation, déterminée par une intervention thérapeutique, permet seule parfois d'exclure le diagnostic d'épilepsie. Le point de départ de ces convulsions réflexes est très variable : peau, oreilles, gland, prépuce, vessie, hernie étranglée, testicule dans l'anneau, tube digestif (aliments indigestes, corps étrangers), etc. L'influence épileptogène des vers intestinaux a été exagérée, mais elle est incontestable; il existe, en effet, une série de cas où les convulsions ont disparu après l'expulsion d'helmintes.

L'éclampsie et le spasme glottique doivent être considérés comme une seule névrose à siège cérébral, et la tétanie comme une maladie convulsive spéciale, à siège médullaire, plus fréquente en somme chez l'adulte que chez l'enfant, mais qui, chez ce dernier, a des rapports intimes avec l'éclampsie et le spasme glottique soit par ses causes, qui sont les mêmes, soit par sa coïncidence fréquente, chez le même enfant, avec les autres formes de convulsions infantiles.

Grâce au concours d'un grand nombre de pédiâtres, j'ai pu dresser une statistique comparative de la fréquence de ces trois formes de convulsions chez l'enfant. Il en ressort à l'évidence que les convulsions infantiles ne sont pas un accident banal et qu'elles sont moins communes qu'on ne l'admet généralement. C'est d'éclampsie qu'il s'agit dans la grande majorité des cas, puis vient le spasme de la glotte, dont la fréquence est très variable suivant les localités; la tétanie est rare, quoique plus répandue qu'on ne l'a dit; elle n'a une certaine fréquence que dans quelques régions.

De cette statistique, ayant porté sur 288,426 cas, il résulte que, sur 10,000 enfants malades de tout âge, 62 sont éclamptiques, 51 ont des spasmes de la glotte et 20 sont affectés de tétanie. Si l'on fait abstraction des chiffres fournis par M. Escherich (de Gratz) et M. Baginsky (de Berlin), chiffres qui s'écartent notablement de tous les autres pour le spasme glottique et la tétanie, on arrive, sur un total de 208,035 enfants, à la proportion de 100 convulsifs pour 10,000 enfants, soit 61 cas d'éclampsie, 33 de spasme de la glotte et 6 de tétanie.

Dans toutes les formes de convulsions infantiles, on doit considérer comme prodromes vrais les signes qui dénotent l'hyperexcitabilité des centres nerveux (exagération des réflexes tendineux, hyperexcitabilité galvanique).

L'attaque épileptiforme est une modalité exceptionnelle de la crise d'éclampsie. La forme habituelle est constituée par un mélange de tonisme et de clonisme. Chez le nouveau-né et dans les six premiers mois de la vie, les convulsions sont souvent toniques; j'ai fréquemment constaté chez le nouveau-né, au cours de l'attaque convulsive, du trismus, de l'opisthotonos, et parfois aussi de la contracture des extrémités dans des cas terminés par guérison, et qui n'étaient pas en rapport avec une lésion grossière des centres nerveux; mais ce serait aller trop loin que de nier l'existence de secousses cloniques à cet âge.

Les convulsions dans l'éclampsie peuvent être généralisées ou partielles. Leur ordre d'extension est toujours le même : commençant par les globes oculaires, elles s'étendent à la face, puis au cou et à la nuque, aux extrémités supérieures et au tronc, en dernier lieu aux membres inférieurs. Les convulsions partielles les plus faibles — ce sont aussi les plus communes — sont limitées aux yeux et à la face. D'ordinaire, les convulsions éclamptiques sont symétriques et bilatérales; mais cette règle souffre de nombreuses exceptions.

Dans sa forme habituelle, le spasme de la glotte est caractérisé par une série de petits cris grêles, inspiratoires ou expiratoires, ou par un arrêt complet de la respiration. La mort, qui peut être la terminaison de l'accès, arrive habituellement par syncope, comme dans l'empoisonnement par le chloroforme; on a cité néanmoins des cas où la trachéotomie ou le tubage a empêché l'issue fatale. Le spasme de la glotte est une maladie de la première année; il est exceptionnel plus tard. Je dois signaler, en ce qui concerne sa fréquence, les chiffres de M. Escherich, auxquels je faisais allusion plus haut, car ils sont en contradiction avec toutes les autres statistiques : ils donnent pour un total de six années (1895-1901), chez les enfants au-dessous d'un an, 0.66 % de cas d'éclampsie contre 0.11 % de cas de spasme glottique et de tétanie; pendant la deuxième année, ces chiffres sont respectivement 0.26 % et 0.89 %; pendant la troisième, 0.15 % et 3.44 %.

Quant à la tétanie, elle semble très rare en France, d'après les documents que j'ai recueillis; à l'étranger, sa fréquence paraît très variable selon les auteurs : c'est ainsi que, pour Berlin, M. Baginsky déclare en avoir observé 143 cas sur 25,355 enfants, soit 0.56 %, tandis que M. Heubner n'en compte que 3 sur 17,262 (0.01 %). Je ne saurais accepter la division établie par M. Escherich qui admet trois formes : tétanie des rachitiques, tétanie classique et pseudo-tétanos. Pour moi, quoique la tétanie, comme l'éclampsie, ne soit qu'un symptôme, puisqu'elle peut survenir au cours de la pachyméningite hémorragique des nourrissons ou de l'hydrocéphalie, il existe une maladie idiopathique qui se termine plus souvent par la guérison que par la mort, et qui est caractérisée par des contractures des mains et des pieds, souvent douloureuses, volontiers intermittentes, donnant fréquemment à la physionomie un cachet particulier de souffrance avec proéminence des lèvres en bec de canard, et s'accompagnant à la longue d'oedème et d'empâtement douloureux du côté de l'extension des mains et des pieds.

Le diagnostic des convulsions doit être fait, d'une part, avec les névroses convulsives, surtout avec l'épilepsie; d'autre part, avec les méningites et les hydrocéphalies aiguës. On n'aura à trancher le diagnostic entre l'hystérie convulsive et l'éclampsie que chez les grands enfants; c'est surtout la tétanie qui pourra, à cet âge, être de nature hystérique.

Il est parfois impossible de distinguer les attaques épileptiformes éclamptiques d'avec les véritables attaques d'épilepsie; la marche seule de la maladie permettra de se faire une opinion sur ce point.

Avec les méningites, le diagnostic est souvent difficile en pratique; il sera basé sur l'aspect clinique (fièvre et autres signes concomitants, état de la fontanelle), sur l'existence du signe de Kernig, enfin sur les renseignements fournis par la ponction lombaire.

M. Riberolles (de La Bourboule). — Certaines observations me font penser que l'éclampsie infantile ne se manifeste que chez des enfants à hérédité cardiaque. L'accès convulsif infantile ne serait que la première de toute une série de manifestations qui se déroulent au cours de l'existence, et dont l'ensemble ressortit au neuro-arthritisme.

M. Maurice Faure. — En examinant avec la méthode de Nissl l'écorce cérébrale de 5 enfants morts en bas âge de convulsions qui étaient survenues au cours de différentes affections (broncho-pneumonie, coqueluche, gastro-entérite), je n'ai constaté d'altérations en rapport avec les manifestations convulsives ni dans l'état de la circulation ni dans celui des cellules corticales. Aussi les convulsions infantiles me paraissent-elles pouvoir être considérées, dans un certain nombre de cas, comme l'analogue du délire de l'adulte.

M. Audebert (de Toulouse). — Chez des nouveau-nés issus de mères non albuminuriques, j'ai observé de l'albuminurie une fois seulement sur 26, tandis que j'ai rencontré ce symptôme 8 fois sur 10 enfants nés de mères albuminuriques ou éclamptiques. Des 2 enfants non éclamptiques de cette seconde série, l'un provenait d'une mère chez laquelle l'albumine n'apparut que pendant le travail; l'autre eut des convulsions le quatrième jour.

M. Cany (de Toulouse). — Si M. Escherich réunit le spasme glottique et la tétanie dans la statistique qu'il a communiquée à M. d'Espine, c'est qu'il a constamment vu disparaître les accidents glottiques après une nuit de repos, de sorte qu'il considère ces accidents comme faisant partie intégrante de la tétanie. J'ajouterai que le maximum de fréquence de cette affection, entre deux et trois ans, a conduit M. Escherich à admettre qu'elle est jusqu'à un certain point en relation avec le développement des centres de la parole.

Je suis étonné du faible nombre de cas de tétanie indiqué par M. Heubner; personnellement, en une année passée à Berlin, j'en ai certainement vu plus de 3 exemples.

M. Bézy (de Toulouse). — Une enquête expérimentale et clinique que je poursuis depuis deux ans avec M. Jammes, ne nous permet d'attribuer aucun rôle à l'helminthiase dans la production des convulsions infantiles.

M. d'Espine veut-il dire dans son rapport que les convulsions de la première enfance ne sont jamais hystériques? Pour ma part, j'ai souvent trouvé les convulsions dans les antécédents des petits hystériques.

M. d'Espine. — Je suis embarrassé pour répondre à la question de M. Bézy, parce que je ne connais aucun signe qui permette d'affirmer l'existence de l'hystérie dans les deux premières années de la vie, les stigmates, si précieux à cet égard chez l'adulte, ne pouvant être recherchés chez l'enfant en bas âge.

Des médicaments d'épargne.

M. Soulier (de Lyon), *rapporteur*. — On peut grouper les médicaments d'épargne en trois classes : aliments d'épargne, médicaments antidéperditeurs, médicaments d'épargne à proprement parler.

1° *Aliments d'épargne :* ce sont ceux qui limitent le plus les pertes en substances protéiques de constitution chez l'animal dont la ration alimentaire est au-dessous de la ration d'entretien. C'est ainsi que la gélatine facilite, mieux que la graisse, l'utilisation de la diète carnée; elle empêcherait le gaspillage en azote qui se produit dans l'organisme, par exemple dans l'empoisonnement par le phosphore ou dans le thyroïdisme. Le chlorure de sodium paraît pouvoir agir de même.

2° *Médicaments antidéperditeurs :* je propose de comprendre sous ce terme les agents qui ralentissent la dénutrition en diminuant les oxydations; ce sont surtout ces substances qui constituent les médicaments d'épargne des cliniciens (arsenicaux, tanniques, huile de foie de

morue, chlorure de sodium, peut-être sels de magnésium).

3° *Médicaments d'épargne*; ces derniers sont mal dénommés puisqu'ils accélèrent plutôt qu'ils ne ralentissent le processus de nutrition; ce sont des agents d'usure plus que d'épargne, car ils déterminent un accroissement des oxydations, une accélération de la nutrition. L'action d'épargne se caractérise principalement par l'utilisation, avec le plus d'économie possible, des réserves alimentaires de l'organisme. Les médicaments dont il est ici question sont représentés par le groupe café-kola.

Quelque contesté qu'il soit, on peut aussi reconnaître à l'alcool un rôle utile, sinon en hygiène, du moins en thérapeutique. L'alcool peut remplir certaines indications, par exemple dans l'infection puerpérale, la diphtérie, la pneumonie adynamique, surtout chez les alcooliques. L'hyperthermie paraît détruire les inconvénients de l'emploi de l'alcool. Ce n'est pas, d'ailleurs, l'action d'épargne que l'on cherche à obtenir dans ces cas, mais une action excitante sur le cœur. La caféine et le café sont prescrits dans le même but; leur effet d'épargne n'intervient qu'au point de vue de l'hygiène.

La noix de kola me paraît être le représentant du groupe qui permet d'utiliser le mieux, avec le plus d'économie possible, les réserves alimentaires de l'organisme. La coca a une action assimilable à celle de la noix de kola, sauf qu'elle supprime la sensation de la faim. Le thé, la théine, le cacao, la théobromine, le maté, la paullinia agissent tous plus ou moins comme la kola.

L'arsenic, que les uns (Alb. Robin, Renaut) considèrent comme un antidéperditeur, les autres (A. Gautier) comme un oxydant, apéritif et eutrophique, est pour moi, avant tout, un modificateur élémentaire, capable de modérer la nutrition comme de la favoriser, pouvant produire des actions contraires suivant le sens dans lequel évolue le processus morbide. Son mode d'intervention relève des ferments.

M. Henrijean, *co-rapporteur*. — On peut concevoir l'existence de médicaments d'épargne d'action très différente. Les uns, sans modifier la dissociation des aliments, sont de nature à empêcher le gaspillage du calorique; d'autres agiraient d'une façon inconnue sur le système neuro-musculaire pour augmenter le rendement de la machine humaine; d'autres encore auraient pour effet de rendre disponible l'énergie potentielle perdue dans les aliments mal transformés; enfin, certains interviendraient en diminuant la dépense digestive, de façon que l'énergie emmagasinée ne fût pas trop réduite par la valeur de l'énergie qui l'a rendue assimilable. Peut-être, à ce dernier point de vue, les ferments digestifs pourraient-ils, dans quelques circonstances, constituer de véritables médicaments d'épargne.

En tout cas, nous pensons que la question de ces agents thérapeutiques ne saurait être résolue par la seule étude des bilans nutritifs. Il nous paraît d'autant plus indispensable d'insister sur ce point qu'il n'est pas exact d'envisager les processus d'oxydation comme la source unique d'énergie dans l'organisme : alors que des découvertes récentes ont montré que certains métaux possèdent la propriété de soustraire de l'électricité aux corps voisins qui en renferment, et peuvent même, de la sorte, occasionner des accidents chez ceux qui les manipulent, force est d'admettre que l'organisme peut également emprunter de l'énergie à des sources dont, il y a peu de temps encore, on était loin de soupçonner l'importance.

M. Maurel. — Pour mériter le nom d'agent d'épargne, un médicament doit remplir cette condition indispensable de permettre à l'organisme d'accomplir un travail donné en diminuant la dépense de calories.

Partant de cette idée, et acceptant, du reste, l'opinion de M. Soulier sur le mode d'action des trois groupes d'agents d'épargne tels que le rapporteur les a compris, il me semble que désormais il est difficile de considérer les substances composant le premier et le troisième de ces groupes (aliments d'épargne et agents d'épargne) comme ayant réellement une action d'épargne. Les premiers, en effet, ne diminuent en rien les dépenses de l'organisme, puisqu'ils se contentent de se substituer aux autres aliments; quant aux seconds, ils dépensent les propres réserves de l'économie.

Restent les *antidéperditeurs*; ceux-ci peuvent devenir des agents d'épargne en rapprochant autant que possible le nombre des calories dépensées en temps utile du total de la dépense. Il est possible que les vasoconstricteurs, en diminuant la surface des échanges, puissent agir ainsi. S'ils le font, ce sont les seuls médicaments méritant le nom d'agents d'épargne; en ce qui concerne les autres, il vaudrait mieux, pour mettre fin à une erreur, cesser de leur donner ce titre.

M. Bard (de Genève). — Je crois qu'en se plaçant sur le terrain de la clinique, on ne saurait nier l'existence d'aliments d'épargne. En augmentant l'oxydation des aliments à l'aide d'un médicament déterminé, n'obtient-on pas une épargne et ce médicament ne mérite-t-il pas, dès lors, le nom de médicament d'épargne?

Sur la nature et le traitement des affections parasyphilitiques.

M. Leredde (de Paris) fait une communication dans laquelle il expose à nouveau les vues qu'il a récemment défendues devant la Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 53 et 84), en ce qui concerne la nature des affections dites parasyphilitiques (tabes et paralysie générale), ainsi que leur curabilité par un traitement mercuriel précoce et intensif.

M. Pitres (de Bordeaux). — Dans la majorité des cas, le tabes survient de trente à cinquante ans. Toutefois, un nombre appréciable de malades ne sont frappés qu'après cinquante ans; c'est ainsi que, sur un total de 350 observations personnelles, j'en trouve 87, soit environ 25 %, concernant des sujets de plus de cinquante ans. En défalquant de ce chiffre 55 cas où la maladie avait commencé avant cet âge, et s'était seulement prolongée au-delà de la cinquantaine, il en reste 32 où le tabes a réellement *débuté* entre cinquante et soixante-dix-neuf ans.

Il importe de faire la distinction entre ces deux sortes de tabes, l'un *prolongé*, l'autre *sénile*. Au point de vue anatomique, je n'ai trouvé que des lésions banales, à l'autopsie d'une femme devenue tabétique à cinquante-sept ans et morte à soixante-dix ans.

La syphilis, qui est extrêmement fréquente dans le tabes de l'adulte (je l'ai dépistée dans 76 % des cas), est moins commune dans le tabes survenant entre cinquante et soixante-cinq ans (56 % des cas), et surtout dans celui qui ne se développe qu'après la soixante-cinquième année: je ne l'ai trouvée que 2 fois sur 6 malades de cette dernière catégorie, soit 33 %. Par contre, ce tabes tardif frappe habituellement des sujets à artères fortement incrustées de dépôts athéromateux.

En ce qui concerne la symptomatologie, contrairement au tabes vulgaire, où l'on peut admettre d'une façon approximative que le plus habituellement les troubles sensitifs ouvrent la scène, suivis souvent à quelques années de distance seulement par les troubles moteurs, l'évolution est extrêmement rapide dans le tabes sénile. Il s'agit, en effet, de sujets restés indemnes jusque vers soixante-dix ans et entrant alors brusquement, de plain-pied, dans le tabes, à la fois avec des crises douloureuses et des troubles moteurs.

Je crois que si l'existence d'une variété sénile et non syphilitique du tabes devait se confirmer par la suite, ce serait là un premier pas très important dans le démembrement étiologique de cette maladie.

M. J. Teissier. — Je ne pense pas que la syphilis soit seule capable de donner le tabes; le plomb, le mercure me paraissent également susceptibles de jouer un rôle dans l'étiologie de cette affection.

M. Lemoine (de Lille). — J'ai obtenu de très bons résultats thérapeutiques de l'emploi du benzoate de mercure à hautes doses (0 gr. 04 à 0 gr. 05 centigr. par jour pendant des périodes de vingt-cinq jours séparées par des intervalles de repos) dans la paralysie générale et le tabes. Dans la première de ces deux affections, le traitement commence à agir après deux ou trois mois; dans la seconde, l'amélioration ne se produit qu'après quatre, cinq ou six mois, mais la médication influe dès le début sur les douleurs fulgurantes. C'est dans les cas à marche rapide, c'est-à-dire parvenant en un an ou dix-huit mois à l'impotence absolue, que ce traitement spécifique m'a donné les meilleurs résultats; dans les cas essentiellement chroniques, au contraire, je n'en ai jamais rien obtenu.

Je considère que, dans la grande majorité des faits, la paralysie générale et le tabes sont d'origine syphilitique, mais je pense qu'il est nécessaire que cette syphilis évolue sur un terrain alcoolisé chroniquement et arthritique héréditairement.

M. Lépine (de Lyon). — M. Leredde a soutenu que la dose de mercure est tout, et le sel rien. Je ne suis pas de cet avis. J'ai, pour ma part, beaucoup employé le bi-iodure de mercure, pour lequel l'organisme présente une tolérance remarquable, puisqu'on peut administrer une dose quotidienne de 0 gr. 06 centigr. pendant des périodes prolongées; pour éviter la douleur qui accompagne l'injection, il suffit de faire précéder celle-ci d'une injection de cocaïne. Je suis porté à croire que toutes les préparations mercurielles n'agissent pas de la même façon, car j'ai actuellement dans mon service une malade qui n'est soulagée que par les frictions. J'ai obtenu un certain nombre d'améliorations dans le traitement des affections parasyphilitiques à l'aide du traitement susmentionné, quand celui-ci a été institué d'une façon suffisamment précoce.

M. Pitres ne croit-il pas que le « tabes sénile » constitue simplement une transition entre le tabes vulgaire et les altérations des cordons postérieurs qu'on observe chez les diabétiques artérioscléreux?

M. Leredde. — J'estime que le choix du sel n'est qu'une affaire d'habitude et d'expérience personnelle; la dose de mercure est tout.

M. Henrijean. — En ce qui concerne le calomel, je crois que ses bons effets peuvent s'expliquer par la régularité de sa résorption.

M. Leredde. — Je pense, au contraire, que la résorption du calomel est très irrégulière; immédiatement après l'injection se fait une résorption très rapide qui devient presque nulle dans les jours suivants. Il me semble que c'est précisément à cette résorption massive du début que sont dus les bons effets du calomel.

M. Cassaët. — Avec des doses suffisantes, et en choisissant bien son médicament, j'estime, comme M. Leredde, qu'il est possible de faire reculer la paralysie générale et même de la guérir.

M. Pitres. — Les malades auxquels je faisais allusion avaient toute la série des grands signes du tabes. Je ne pense pas, par conséquent, qu'il s'agisse de ces cas de transition dont M. Lépine évoque la possibilité.

Je ne saurais en toute sécurité me laisser aller au courant de confiance qui ferait admettre la curabilité plus ou moins complète des affections parasyphilitiques. A mon avis, la suppression de tout traitement est préférable, pour les malades, aux exagérations thérapeutiques.

Tant que je me suis servi de frictions, je n'ai jamais observé que l'amélioration passagère qu'on obtient au début de tout traitement, du fait du changement de vie qu'il détermine chez les patients. Depuis trois ans, les injections d'huile bi-iodurée gaïacolée m'ont rendu les services les plus satisfaisants, mais je n'ai pas obtenu plus d'améliorations qu'auparavant. Il est vrai que je n'ai pas employé les hautes doses dont il a été parlé, notamment par MM. Lépine et Lemoine.

M. G. Ballet. — Je partage l'opinion de M. Pitres. Résolument hostile à l'emploi de l'iodure de potassium, je suis tout disposé, cependant, à tenter la mercurialisation à hautes doses. Les bons effets que M. Lemoine déclare avoir obtenus ne me paraissent pas concluants, car il pourrait ne s'agir que d'accalmies apparentes.

Valeur pronostique de l'examen bactériologique des crachats tuberculeux.

M. Berthier (médecin militaire). — Dans l'expectoration des tuberculeux, la petitesse des bacilles, et surtout leur grand nombre, dénotent une tuberculose à marche rapide; aussi la recherche de ces éléments de pronostic peut-elle rendre des services au début de la maladie, alors que les signes physiques ne présentent aucun caractère alarmant. D'un autre côté, même en présence d'une amélioration prononcée et de l'état général et de l'état local, il faut se méfier d'un retour offensif de l'affection tant que les bacilles restent nombreux dans les crachats; au contraire, quand expectoration et bacilles

diminuent, on peut admettre que les lésions évoluent vers la guérison.

Endocardite dysentérique.

M. Gils (médecin militaire). — Dans un cas d'endocardite aiguë (avec insuffisance mitrale), survenue au cours d'une dysenterie, l'examen nécropsique a montré l'existence d'un épaississement œdémateux des bords libres de la mitrale et d'une ulcération de la grande valve; au microscope, le tissu conjonctivo-élastique de la valvule était infiltré par un exsudat fibrineux contenant une grande quantité de leucocytes polynucléaires, qui formaient des foyers de suppuration ouverts à l'extérieur, au niveau de la perte de substance endothéliale. En outre, il existait de la myocardite diffuse.

La dysenterie paraît donc susceptible, au même titre que d'autres maladies infectieuses, de donner lieu à des déterminations cardiaques, comme le fait a été observé en 1897, à Vincennes, au cours d'une épidémie dysentérique. Ces complications, le plus souvent, ne se manifestent que par des désordres légers et fugaces, mais elles peuvent, dans certains cas, provoquer des lésions graves et permanentes.

Sur le diagnostic de variété, dans les anévrysmes de l'aorte, d'après les caractères du pouls aortique.

M. d'Espine. — Dans les tracés du pouls aortique anévrysmal, on doit distinguer deux modalités essentiellement différentes.

Dans la première, que j'ai observée 2 fois, le tracé est identique à celui du pouls aortique obtenu chez le cheval par MM. Chauveau et Marey; dans l'un de ces cas, le retard aortique était de 5 centièmes de seconde; dans l'autre, où la poche pulsatile occupait l'arc de la crosse aortique, il était de 6 millièmes de seconde seulement. Un tracé de ce genre permet d'affirmer qu'il s'agit d'un anévrysme fusiforme communiquant largement avec l'aorte.

L'autre variété de tracé, qui m'a été fournie par un anévrysme pulsant au niveau du deuxième espace intercostal gauche, consiste en une ondulation à peu près uniforme; les repères du début et de la terminaison du pouls carotidien tombaient sur la première partie de ce tracé, celui-ci continuant à évoluer après la fin du pouls carotidien. L'autopsie a confirmé dans ce cas le diagnostic de poche diverticulaire ne communiquant avec le vaisseau central que par un orifice relativement étroit, diagnostic que le tracé avait fait porter.

Sur la tension superficielle des liquides de l'organisme humain.

M. Frenkel (de Toulouse). — La présence des acides biliaires abaisse, dans le sérum comme dans l'urine, la tension superficielle, mais cet abaissement est moins considérable pour le sérum que pour l'urine provenant du même malade. Les liquides d'œdème peuvent avoir une tension plus élevée que le sérum; toutefois, cette tension reste toujours inférieure à celle de l'eau. La tension des épanchements séreux de la plèvre, du péricarde, du péritoine, est plus faible que celle des liquides d'œdème, tandis que la sérosité d'hydrocèle est analogue, à ce point de vue, à l'anasarque.

Sur le diagnostic de l'aortite abdominale.

M. J. Teissier. — Voici quelques petits signes de l'aortite abdominale. Dans cette affection, les battements de l'aorte abdominale sont modifiés par l'intensité de la respiration; dans les grands mouvements respiratoires, il y a une sorte de bigémination du pouls. Un symptôme intéressant est constitué par l'augmentation constante de la pression de l'artère pédieuse, relativement à la pression de la radiale; à l'état normal, la pression dans le premier de ces vaisseaux est toujours inférieure à celle de la radiale de 2 à 3 centimètres de mercure; or, dans l'aortite abdominale, elle est au moins égale, sinon supérieure, à celle de la radiale; j'ai vu des différences allant jusqu'à 5 centimètres de mercure.

La facilité avec laquelle les malades atteints de cette variété d'aortite font ou semblent faire de la fièvre est également remarquable; il n'est pas bien sûr que ce soit là une véritable fièvre, car il pourrait ne s'agir que d'une hyperthermie due à des phénomènes locaux; ce qui me fait admettre cette interprétation, c'est qu'après une fatigue, les sujets en question ont une élévation de la température beaucoup plus prononcée au niveau du rectum que dans la bouche ou dans l'aisselle.

Sur les abcès de fixation.

M. Arnozan (de Bordeaux). — Avec l'aide de MM. Duvergey et Carles, j'ai fait à 36 malades des injections d'essence de térébenthine, dans le but de provoquer des abcès curateurs; 7 de ces patients étaient des tuberculeux atteints de complications aiguës; le traitement semble avoir eu chez eux une action plutôt favorable. Sur les 29 autres cas (bronchopneumonie, fièvre typhoïde, paludisme, etc.), j'ai eu 18 guérisons et 11 morts. Cette statistique est loin d'être brillante, mais il faut tenir compte que le traitement en question n'a été appliqué qu'à des malades très gravement atteints et parfois même presque à l'agonie.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Fochier, le pronostic est d'autant plus favorable que la réaction locale inflammatoire est plus intense; si violents que soient, d'ailleurs, les phénomènes locaux, ils ne déterminent que très rarement une élévation thermique.

J'ai cherché avec M. Carles si des poisons facilement décelables, tels que l'arsenic et le cuivre, viendraient se fixer dans ces abcès, véritables voies d'élimination des agents toxiques. Chez le cobaye empoisonné par l'ingestion de doses successives de cacodylate de soude, le pus de l'abcès térébenthique contient d'une façon constante beaucoup plus d'arsenic qu'un poids égal de substance hépatique; le cuivre, au contraire, se localise en plus grande quantité dans le foie.

M. Carrieu (de Montpellier) fait une communication sur la leucocytose produite par l'application d'un vésicatoire; c'est par cet effet qu'il explique les bons résultats que donnent parfois les vésicatoires dans certaines formes de tuberculose, où le nombre des globules blancs est abaissé.

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril 1902.

Sur le xiphopage hindou Radica-Doodica.

M. Doyen. — Le cas des jumelles xiphopages Radica-Doodica, que j'ai séparées le 9 février dernier et dont l'une (Doodica) est morte depuis, présente au point de vue de l'anatomie, de la physiologie pathologique et de la technique opératoire des particularités intéressantes.

Les deux jumelles n'étaient réunies par aucune trace de tissus supplémentaires : il n'y avait pas à proprement parler de membrane d'union. La jonction se faisait de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, comme si, incisant entre ces deux points la paroi abdominale de deux jeunes enfants, on avivait les deux foies, dans le dédoublement de la veine ombilicale, pour les suturer l'un à l'autre et réunir ensuite les parois abdominales, les diaphragmes, les appendices xiphoïdes et la peau.

Le pédicule d'union n'était donc que factice et résultait du tiraillement des tissus, ce qui m'a permis de juger que la séparation devait être faite exactement sur la ligne médiane. Ce pédicule offrait, dans le décubitus latéro-dorsal, où il avait sa plus grande étendue, l'aspect d'un trapézoïde de 12 à 14 centimètres de hauteur, sur 4 à 5 d'épaisseur; sa face antérieure avait en haut une largeur de 5 à 6 centimètres, en bas de 10 à 12; sa face postérieure était réduite à un sillon cutané vertical. Si l'on changeait les fillettes de côté, le pont d'union formait charnière, et la face primitivement antérieure devenait postérieure, en se réduisant à son tour à un simple sillon vertical, tandis que le tiraillement des tissus produisait, aux dépens de la peau qui se trouvait désormais en avant, le même pédicule, en forme de trapézoïde, que nous venons de décrire plus haut. L'ombilic se trouvait au milieu du bord inférieur de ce pédicule, qui ne constituait plus qu'une anastomose ovalaire quand on plaçait les deux fillettes face à face, au contact l'une de l'autre.

En ce qui concerne la physiologie pathologique de ce xiphopage, l'épreuve du bleu de méthylène, qui n'a pu être faite, en raison des accidents qui ont fait hâter l'opération, que sur Doodica, a démontré que les échanges s'effectuaient très vite de Doodica vers Radica.

La présence de trois artères volumineuses dans le pédicule hépatique du côté de Doodica, et ce double fait que Radica a toujours paru se développer aux dépens de Doodica et a été légèrement affaiblie à la suite de l'opération, tandis que Doodica, qui était la plus malade, s'est trouvée immédiatement beaucoup plus résistante, semble corroborer la supposition que Radica recevait de Doodica du sang artériel en abondance, pour ne lui rendre que du sang veineux. Comme Radica a présenté des ganglions tuberculeux longtemps avant que sa sœur offrît des signes de tuberculose péritonéale, il est permis de supposer, ou bien que l'infection tuberculeuse s'est propagée, par voie embolique, des ganglions cervicaux de Radica au péritoine et à l'intestin de Doodica, ou bien que l'infection a évolué sur Doodica d'une manière tout à fait indépendante. D'autre part, Doodica avait avant l'intervention 39° de fièvre, tandis que la température de sa sœur était de 37°5, ce qui démontre que la fièvre, chez Doodica, se trouvait liée à l'état inflammatoire local, au processus phlegmasique qui se passait au sein des tissus tuberculeux eux-mêmes; c'est là un argument de premier ordre contre la théorie humorale de la fièvre.

La séparation des deux jumelles a été faite d'urgence, pour sauver, s'il en était encore temps, la moins atteinte des deux. La moindre perte de sang eût été fatale : ici l'application de ma méthode d'écrasement extemporané m'a donné, pour la section et l'hémostase du pédicule hépatique, tout ce que je pouvais en attendre. La suture du pédicule hépatique de chaque enfant avec la paroi, en ayant soin de laisser, pour avertir d'une hémorrhagie éventuelle, deux mèches de gaze, l'une au-dessus, l'autre au-dessous, a été suivie d'un excellent résultat.

Voici des photographies du corps de Doodica avant et pendant l'autopsie; l'abcès stercoral pelvien et bi-iliaque qui a entraîné la mort y est très visible, et l'on constate également les dégâts causés par la tuberculose péritonéale, qui affectait la forme fibreuse, sans épanchement; le foie, l'estomac, le cœur, occupent leur situation normale. Huit jours après l'opération, Doodica pesait 12 kilogr. 500 grammes et Radica 19 kilos; cette dernière en pèse actuellement 25; elle a été opérée de ses ganglions tuberculeux cervicaux et axillaires, et se trouve en voie de guérison. La radiographie que je vous présente démontre que chez elle le cœur occupe sa situation normale; mais on remarque une déviation latérale très marquée de la colonne vertébrale dorso-lombaire, qui doit être attribuée à la position défectueuse qu'occupaient les deux enfants par suite de leur adhérence bi-xyphoïdienne. Cette particularité, qui n'a pas encore été signalée, plaide en faveur de l'opération avant le complet développement du squelette.

De l'emploi du lait de chèvre dans l'alimentation des enfants.

M. Railliet lit, à l'occasion d'une note de M. Barbellion sur ce sujet, un rapport duquel il résulte que, contrairement aux idées généralement admises, le lait de certaines races de chèvres semble offrir une composition qui le rapproche du lait de femme. Les essais auxquels on a soumis ces laits *in vitro* ayant révélé une légèreté particulière du coagulum et une grande digestibilité, le rapporteur estime que le lait de chèvre ne doit plus être proscrit *a priori* de l'alimentation des enfants.

Au cours de la séance, l'Académie adopte les conclusions du rapport de M. Sevestre relatif à la sérothérapie préventive de la diphtérie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 92), sauf le passage ainsi conçu : « cependant, lorsque ces enfants (appartenant à une famille où il y a eu un cas de diphtérie) ont été séparés du milieu contaminé et que, de plus, ils sont surveillés par un médecin, on peut se dispenser de recourir aux inoculations ».

MÉDECINE PRATIQUE

La numération des leucocytes du sang comme moyen de diagnostic de la présence de pus et, en particulier, des suppurations pelviennes.

Parmi les moyens de diagnostic que la clinique a empruntés au laboratoire, il en est un qui tend à jouer un rôle de plus en plus important, c'est l'examen du sang. Les variations de formule que subissent, au cours des processus morbides, les éléments figurés du sang et, en particulier, les diverses espèces de globules blancs, sont souvent susceptibles, en effet, de fournir des renseignements sur la nature de l'affection dont il s'agit. C'est ainsi que, récemment, l'éosinophilie, d'une part, et la leucocytose polynucléaire, d'autre part, ont été indiquées comme la signature de l'appendicite (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 143 et 209-210). Mais — c'est là le point le plus important — l'examen hématologique est appelé à rendre d'excellents services, alors même qu'on se borne à la *simple numération* des globules, et, en ce qui concerne notamment les leucocytes du sang, on a, depuis longtemps, signalé l'augmentation de leur nombre dans les processus inflammatoires aigus, surtout accompagnés de suppurations circonscrites (Hayem, Patrigeon, Malassez), constatation qui a, du reste, été confirmée par des recherches plus récentes (Rieder, von Limbeck, Grawitz, Cabot, etc).

L'étude de cette question importante a été reprise par M. le docteur H. Curschmann, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Leipzig, qui, au cours de deux ans et demi, a observé, d'une façon systématique, les variations de la teneur du sang en globules blancs chez 60 sujets atteints d'appendicite et a pu de la sorte se convaincre que la numération des leucocytes constitue un moyen sûr et pratique pour déceler la suppuration. En effet, notre confrère a constaté que, dans les cas d'appendicite non purulente, le taux des globules blancs reste à peu près sans modifications ou bien ne subit qu'une augmentation légère, tout à fait au début de l'affection, pour retomber ensuite à la normale. Par contre, lorsque ce taux reste très élevé d'une façon durable, on peut affirmer l'existence d'un abcès, à moins qu'il ne s'agisse d'une autre phlegmasie s'accompagnant de leucocytose exagérée, telle que la pneumonie, par exemple. De plus, la proportion normale des globules blancs étant, pour l'adulte, de 8,000 à 10,000 par millimètre cube de sang (il est quelque peu plus élevé chez les enfants), le seul fait de voir ce taux atteindre ou dépasser le chiffre de 25,000 doit paraître très suspect, alors même qu'il serait noté à la première numération. Faite longtemps après le début du mal, cette constatation équivaudrait, d'après M. Curschmann, à la quasi-certitude qu'on se trouve en présence d'une suppuration, et, dans les cas observés par notre confrère, l'intervention chirurgicale est toujours venue confirmer ce diagnostic. Après l'incision de l'abcès et l'évacuation complète de son contenu, le nombre des globules blancs ne tarde pas à redevenir normal; si l'opération reste sans effet sur le taux des leucocytes, c'est qu'il y a rétention de pus ou bien qu'il existe encore une ou plusieurs autres collections purulentes. Les mêmes phénomènes se produiraient également dans les cas où les abcès pérityphlitiques se vident spontanément à l'extérieur, en s'ouvrant dans l'intestin, la vessie ou d'autres organes creux du bas-ventre : l'écoulement de pus se fait-il avec toute la facilité voulue, le chiffre des globules blancs subit une diminution rapide; par contre, cette diminution peut être très lente ou manquer complètement, voire même faire place à une nouvelle augmentation du taux des leucocytes, suivant que les obstacles à l'évacuation de la masse purulente sont plus ou moins considérables.

A en juger d'après les observations de M. Curschmann, la numération des globules blancs du sang présenterait, au point de vue du diagnostic de la suppuration, une valeur de beaucoup supérieure à celle de la thermométrie. La forme et l'évolution de la courbe thermique peuvent varier, pour ainsi dire, à l'infini, et on voit assez souvent une suppuration très étendue se manifester par une fièvre fort peu élevée, sinon tout à fait nulle, tandis que l'hyperleucocytose intense et durable constituerait, dans les processus suppuratifs, un phénomène à peu près constant et qui, ne variant que dans des limites très étroites, fournirait des renseignements sûrs, même en l'absence de tout autre signe caractéristique de la présence de pus. Une constatation analogue a été faite par M. le docteur H. Küttner, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Tubingue, en ce qui concerne la leucocytose post-opératoire : toutes les fois que, après une intervention chirurgicale, on voit la leucocytose persister, c'est qu'il y a lieu de soupçonner une complication infectieuse; par contre, si le nombre des leucocytes diminue, l'hyperthermie elle-même perd son importance et indique tout simplement qu'on se trouve en présence d'une fièvre *aseptique* (Voir plus loin, p. 132).

De son côté, M. le docteur Max Dützmann, assistant de M. le docteur A. Martin, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Greifswald, a institué une série de recherches cliniques en vue de se rendre compte jusqu'à quel point les observations de M. Curschmann sont applicables aux suppurations ayant pour point de départ les organes génitaux chez la femme. A cet effet, M. Dützmann examina 40 malades atteintes d'affections gynécologiques diverses, en ayant toujours soin de pratiquer la numération des globules aux mêmes heures de la journée, pour éviter que les résultats ne fussent faussés par les oscillations que subit normalement le taux des leucocytes. Ces recherches — d'autant plus probantes que la numération des globules a toujours été contrôlée par l'intervention opératoire — ont pleinement confirmé la valeur diagnostique de l'hyperleucocytose. Fait intéressant, maintes fois le taux élevé des leucocytes plaidait seul en faveur de l'existence d'une suppuration et semblait complètement contredire le diagnostic établi sur d'autres données. C'est ainsi que dans un cas où l'on avait cru, en se basant sur les commémoratifs, sur l'habitus de la patiente et sur l'examen direct, avoir affaire à un cancer du corps de l'utérus, et où le nombre des globules blancs était d'environ 16,000 par millimètre cube, le curettage explorateur de la matrice donna lieu à l'évacuation d'un pus fétide. Or, la température, prise chez cette femme deux fois avant l'intervention, était au-dessous de la normale (36°2). Après le curettage, le taux des leucocytes tomba graduellement à 6,800. Chez une autre malade on comptait 17,800 globules blancs, tandis que le thermomètre marquait seulement 37°2; le diagnostic était resté en suspens (fibrome de l'utérus ou hématocèle), mais au moment même où l'on procédait aux préparatifs en vue de la laparotomie, il s'écoula par le rectum une quantité assez considérable de pus renfermant des streptocoques. Le nombre des leucocytes ne tarda pas à descendre jusqu'à 8,300.

D'autre part, M. Dützmann a également observé des cas où l'on avait posé le diagnostic de lésions suppurées (salpingite, abcès des parois abdominales) en l'absence de toute hyperleucocytose; or, dans ces faits on ne trouva jamais, au cours de l'intervention, la moindre trace de pus.

Enfin, comme l'a aussi constaté M. Curschmann, si l'incision n'a pas été suffisante pour assurer l'évacuation complète du contenu de la poche purulente, la rétention du pus se traduit, chaque fois, par une augmentation du nombre des leucocytes.

En présence de ces faits, on comprend que la numération des globules blancs du sang mérite d'être pratiquée toutes les fois qu'il y aura lieu de soupçonner l'existence d'un processus phlegmasique susceptible d'aboutir à la suppuration, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'un procédé très facile à réaliser, même dans la clientèle privée, et plus expéditif que la recherche de la formule leucocytaire complète.

SIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Toulouse du 1er au 5 avril 1902.

(Suite et fin. — Voir nos deux précédents numéros.)

Le pouls instable dans l'hypotension artérielle.

M. J. Grasset (de Montpellier). — On sait que des individus sains peuvent présenter quelques pulsations de plus dans la position debout ou assise que dans le *decubitus*, mais cette différence n'excède jamais 10 pulsations. Au contraire, chez certains malades, M. Huchard a montré que le nombre des pulsations peut augmenter de 10, 20, voire même de 26, suivant la position : c'est là le *pouls instable*, associé, dans la grande majorité des cas, à l'hypotension artérielle.

Si le pouls instable coexiste presque constamment avec l'hypotension, il s'en faut qu'inversement l'hypotension détermine toujours l'instabilité du pouls. Ce fait a été bien mis en lumière, dès 1897, par M. Papillon, qui considère l'hypotension artérielle *avec pouls stable* comme un signe de début de la tuberculose pulmonaire.

Au cours des recherches que j'ai entreprises sur ce sujet avec M. Calmette, nous avons pu nous assurer tout d'abord que, en effet, on rencontre assez fréquemment, dans la tuberculose, l'hypotension avec stabilité du pouls; mais il n'en est pas toujours ainsi : nous pouvons citer notamment le cas de 4 tuberculeux qui, avec une tension artérielle variant de 11 cm. 5 à 13 cm. — inférieure, par conséquent, à la normale —, avaient une instabilité de 12 à 26 pulsations. En outre, l'hypotension avec pouls stable peut-être observée ailleurs que dans la tuberculose; par exemple, 3 patients respectivement atteints d'insuffisance mitrale, de cirrhose atrophique et de chlorose, avaient un pouls qui ne variait que très peu selon la position (de 2 à 8 pulsations en moins dans le *decubitus*), et cependant leur pression artérielle était au-dessous de la normale (de 12 cm. à 14 cm. 5).

On ne saurait donc inféoder le syndrome « hypotension avec stabilité du pouls » à la tuberculose, et l'expliquer par une action directe et spéciale du poison tuberculeux. Dès lors, il y a lieu de rechercher quelle en est la signification clinique, et pour cela d'en établir le mécanisme physiologique.

Chez l'individu sain, la position du corps a une influence sur la tension artérielle : celle-ci diminue dans la station assise ou debout. Ce fait n'est pas facile à démontrer chez l'homme avec les moyens d'investigation dont nous disposons, mais les recherches expérimentales l'ont mis hors de conteste pour ce qui est des animaux. Or, d'après la loi de Marey, la fréquence du pouls augmente toutes les fois que la tension diminue : de là les quelques pulsations de plus que l'on observe, à l'état normal, dans la position assise ou verticale. En outre, il est connu que cette tachycardie relative se produit par l'intermédiaire du système nerveux, car elle fait défaut après la section des vagues ou de la moelle, ou encore dans l'anesthésie profonde.

On peut appliquer ces données à l'état pathologique, et en conclure que, dans l'hypotension artérielle créée par la maladie, l'instabilité du pouls est également un acte de défense ou de compensation circulatoire, lié à l'intégrité et au bon fonctionnement de l'appareil nerveux préposé à cette défense et à cette compensation circulatoire. Dans certains cas même, l'activité réflexe de compensation circulatoire est non seulement conservée, mais morbidement accrue, et on observe une instabilité extrême du pouls, instabilité douloureuse, dont M. Huchard a cité des exemples.

Mais si, au contraire, pour une cause quelconque, l'appareil nerveux de défense circulatoire est défectueux, malade, ne fonctionne plus normalement, est *insuffisant*, cette hypotension de la position assise ou debout n'aura plus d'influence sur la fréquence du pouls, et le malade, quoique « hypotendu », aura le pouls stable ou très peu instable.

L'instabilité dans l'hypotension (au moins dans de certaines limites) ne serait donc pas un signe de gravité plus grande; au contraire. Elle traduirait les efforts d'un appareil nerveux de défense circulatoire resté très actif, tandis que la stabilité avec cette même hypotension prouverait l'insuffisance, la défaillance de cet appareil nerveux de compensation circulatoire.

En fait, nous trouvons l'instabilité chez des hypotendus passagers, comme les convalescents de grippe, de rhumatisme aigu ou de fièvre typhoïde; et souvent nous rencontrons, au contraire, la stabilité chez des hypotendus durables et profonds, comme les tuberculeux, les cirrhotiques et les cachectiques.

Donc, toutes choses égales d'ailleurs, et notamment à égalité d'hypotension artérielle, la stabilité du pouls indiquerait une moindre suffisance de l'appareil nerveux de défense circulatoire.

Ainsi compris, le syndrome de l'hypotension associée à la stabilité du pouls pourrait être rapproché de ce que j'ai étudié (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 353) sous le nom de « fréquence paradoxale du pouls », c'est-à-dire des cas où il y a bradycardie avec hypotension ou tachycardie avec hypertension. Dans les deux syndromes, le malade n'obéit plus à la loi de Marey; or, cette loi exprime le mode normal de fonctionnement de la défense circulatoire. Par conséquent, quand un organisme malade n'obéit plus à la loi de Marey, c'est que son appareil nerveux de défense circulatoire ne fonctionne plus normalement, est insuffisant.

Du diabète dans ses rapports avec la cirrhose atrophique.

M. Rispal (de Toulouse). — Ayant observé un cas de diabète alcoolique compliqué de cirrhose atrophique et, d'autre part, un fait de diabète vrai survenu à la suite d'une cirrhose atrophique alcoolique, j'ai été conduit à étudier les rapports qui unissent ces deux maladies.

Deux modalités différentes peuvent se présenter, suivant que le diabète précède le développement de la maladie de Laënnec — c'est ce qui se produit le plus fréquemment, et MM. Glénard et André en ont rapporté des exemples —, ou bien que la sclérose hépatique est suivie d'un diabète vrai, comme chez mon second malade. Cette dernière éventualité est nécessairement très rare, car elle exige une guérison prolongée du syndrome cirrhotique, ce qui est exceptionnel.

L'association ou la succession du diabète et de l'atrophie du foie ne saurait être considérée comme une coïncidence fortuite, malgré l'incertitude qui règne encore sur les relations du diabète et des lésions hépatiques. Conformément aux idées de M. Gilbert, qui distingue deux variétés de diabète lié à un trouble du fonctionnement hépatique, j'estime qu'on peut considérer le premier des cas que j'ai observés comme un diabète par hyperhépatie ayant abouti à l'anhépatie sous l'influence des progrès de la cirrhose, et le second comme un exemple de diabète anhépatique d'emblée, résultant de cette cirrhose. C'est chez les alcooliques que se réalise cette succession morbide, car en pareille occurrence le diabète et la cirrhose atrophique relèvent l'un et l'autre de l'action de l'alcool sur la glande hépatique.

Sur l'existence de leucomaïnes diabétogènes.

M. R. Lépine. — La pathogénie du diabète est très complexe, et on découvre sans cesse de nouveaux *éléments* de cette maladie; c'est ainsi que mes recherches récentes avec M. Boulud (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 83) ont démontré l'existence d'un élément toxique. Nos dernières expériences prouvent qu'en injectant à un cobaye de moyenne taille l'extrait alcoolique, repris par l'eau, de 5 grammes de sang normal de chien, on ne produit qu'une glycosurie fugace, tandis qu'avec l'extrait de la même quantité de sang de chien dépancréaté, on obtient une glycosurie durant plusieurs jours. Ces expériences témoignent en faveur d'une idée que j'ai émise il y a deux ans (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 180), à savoir qu'à l'état normal le pancréas favorise, en partie, la glycolyse, en détruisant des substances toxiques diabétogènes. Quant au ferment glycolytique, nous admettons qu'il est une propriété du protoplasma vivant, et qu'il existe, en quantité variable, dans la plupart des tissus.

Sur l'action utéro-motrice de quelques substances injectées dans l'espace sous-arachnoïdien.

M. Audebert. — Chez le lapin, les injections sous-arachnoïdiennes d'eau stérilisée, froide ou tiède, ou d'eau salée même très concentrée (à 25 %), tout en déterminant des troubles passagers, tels que douleurs violentes, mouvements désordonnés, quelquefois même convulsions, n'altèrent en rien l'état général de l'animal. Une solution saturée d'éther, au contraire, bien supportée à la dose de un quart de centimètre cube, provoque à la dose de 1 c.c. une paralysie persistante du train postérieur, suivie de mort au cinquième jour. L'injection de chlorhydrate de quinine aux doses de 0 gr. 005 milligrammes à 0 gr. 01 centigr. a été suivie de mort, tandis qu'une dose de 0 gr. 003 à 0 gr. 004 milligrammes entraînait simplement une paralysie du train postérieur persistant pendant quelques minutes. Des expériences analogues pratiquées sur des lapines pleines à différentes époques de la gestation n'ont jamais amené la mise-bas prématurée.

M. Hallion (de Paris) fait remarquer que l'indifférence, constatée par M. Audebert, lors de ses expériences antérieures, de l'utérus à l'égard des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne est en opposition avec les effets qui se manifestent, sous la même influence, du côté des fibres lisses des vaisseaux : il a observé avec M. Tuffier une contraction manifeste de ces dernières.

Sur les tics.

M. Meige (de Paris). — Un tic reconnaît toujours deux éléments, l'un psychique, l'autre moteur, inséparables l'un de l'autre. On ne saurait, par conséquent, parler d'un *tic douloureux de la face*, car ce n'est pas là un tic, mais un spasme, ni d'un *tic psychique* qui ne se traduirait extérieurement par aucun signe, non plus que d'un *tic purement moteur*. Au point de vue clinique, le tic est, en outre, toujours un mouvement coordonné se produisant dans des conditions anormales. Tantôt, en effet, il s'agit de la perturbation d'une fonction normale (tic de nictitation, tic de respiration), tantôt d'une fonction parasite, intempestive, souvent même préjudiciable à l'individu; dans tous les cas, on retrouve dans le tic les caractères de toute fonction : répétition de l'acte, besoin prémonitoire, satisfaction consécutive.

Sur les prétendus rapports du béribéri et du paludisme.

M. Destarac (de Toulouse). — L'étude que nous avons faite, avec M. Mossé, de 2 cas de béribéri ne nous permet pas d'admettre l'existence de relations entre cette maladie exotique et le paludisme. A cet égard, on peut noter, outre l'absence d'antécédents paludéens dans ces 2 observations, le fait que le béribéri sévit dans des îles où l'on n'a jamais signalé de manifestations paludéennes. En outre, on peut opposer, à la rareté de la névrite paludéenne, la fréquence de la névrite béribérique.

M. Boinet (de Marseille) relate 6 cas de lithiase intestinale chez la femme; une seule de ces malades était atteinte de goutte, les manifestations goutteuses alternant chez elle avec les débâcles de sable intestinal. Chez ces 6 patientes, la lithiase intestinale avait été précédée de crises d'entérocolite muco-membraneuse avec constipation opiniâtre.

M. Marty (de Toulouse) fait une communication sur les bons effets de la médication alcaloïdothérapique dans le traitement de l'insuffisance hépatique.

Dr Francis Munch (de Paris).

TRENTE ET UNIÈME CONGRES DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 2 au 5 avril 1902.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Séances du 4 avril 1902.

Recherches expérimentales sur la péritonite par épanchement du contenu stomacal.

M. Brunner (de Münsterlingen). — J'ai entrepris des recherches pour établir quelle est la virulence du contenu stomacal suivant l'état fonctionnel de cet organe. Je dirai tout d'abord que, parmi les microbes que j'ai trouvés, il s'agissait d'ordinaire du streptocoque associé à d'autres microorganismes.

Dans une première série d'expériences, j'ai opéré avec le contenu de l'estomac d'un individu sain, recueilli une heure ou une heure et demie après un déjeuner d'épreuve. J'ai constaté que l'on pouvait introduire dans le péritoine d'un lapin jusqu'à 30 c.c. de ce liquide sans causer la mort de l'animal. J'ai obtenu des résultats semblables dans un cas d'ulcère de l'estomac et dans un de spasme pylorique. Par contre, après injection d'un suc gastrique ne contenant pas d'acide chlorhydrique, tous les lapins ont péri, même quand je n'injectais que des quantités très faibles. J'ai reconnu enfin que le suc gastrique acide recueilli peu après l'ingestion du déjeuner d'épreuve est plus virulent que celui qu'on obtient au bout d'une heure et demie seulement.

De ces faits, on peut conclure que l'acide chlorhydrique diminue notablement la virulence des microorganismes de l'estomac, et que l'intensité de son action bactéricide dépend en grande partie du temps pendant lequel il reste en contact avec le contenu stomacal. Il en résulte également que la bouillie gastrique est le plus virulente chez les sujets dont le suc gastrique ne renferme pas d'acide chlorhydrique, comme les cancéreux. Il est évident, toutefois, que la gravité de l'infection péritonéale doit également tenir à la quantité de liquide sortie de l'estomac, à la proportion d'éléments solides en suspension dans ce liquide et enfin aux prédispositions individuelles.

J'ai fait en dernier lieu une série d'expériences pour étudier l'effet de l'irrigation de la cavité abdominale comme moyen de désinfection; j'ai pu constater que les lapins qui avaient reçu une dose mortelle de suc gastrique dépourvu d'acide ont tous succombé, malgré l'irrigation, mais moins rapidement que les témoins; des injections prophylactiques de sérum antistreptococcique n'ont en rien modifié ce résultat; et le lavage avec des solutions antiseptiques s'est montré encore moins efficace que l'irrigation avec la solution physiologique. Chez les animaux ayant reçu une dose mortelle de suc gastrique acide, l'irrigation immédiate a suffi pour prévenir la mort.

Je dois ajouter, en terminant, que j'ai eu l'impression que le péritoine du lapin est plus sensible, à l'égard de ces infections d'origine gastrique, que celui de l'homme.

Le traitement opératoire des hémorrhagies dans l'ulcère stomacal.

M. Petersen. — Après avoir été longtemps pessimistes, à la clinique chirurgicale de Heidelberg, sur les effets de l'intervention chirurgicale dans les hémorrhagies provenant d'un ulcère de l'estomac, nous avons obtenu ces derniers temps 4 succès consécutifs. J'attribue ces résultats à ce que nous avons renoncé à aller à la source de l'hémorrhagie, procédé qui nous avait donné 3 décès; nous pratiquons maintenant la gastro-entérostomie postérieure à l'aide du bouton de Murphy, en réduisant la longueur de l'anse afférente à 5 ou 10 centimètres, c'est-à-dire en établissant l'anastomose aussi près que possible du ligament de Treitz. Cette méthode de gastro-entérostomie nous a fourni, d'ailleurs, 59 succès consécutifs dans des affections bénignes.

La gastro-entérostomie n'est utile, dans les cas d'hémorrhagie, qu'à la condition de réaliser une évacuation immédiate de l'estomac, indi-

cation qui ne nous paraît remplie que par le procédé que nous venons de signaler.

M. Krönlein estime que les résultats de la gastro-entérostomie ne sont pas aussi sûrs, en cas d'hémorrhagie gastrique, que paraît le croire M. Petersen. C'est ainsi que l'orateur a perdu 2 malades malgré la gastro-entérostomie, par suite de récidives de l'hémorrhagie.

M. von Eiselsberg (de Vienne) est d'avis, comme M. Petersen, qu'il vaut mieux ne pas chercher la source de l'hémorrhagie, mais il préfère, quand il s'agit de malades très affaiblis, substituer à la gastro-entérostomie la jéjunostomie, intervention plus rapide et tout aussi efficace en ce qui concerne l'hémostase.

M. Bunge relate 2 observations de gastro-entérostomie combinée d'emblée avec la jéjunostomie.

M. Körte communique le fait d'un malade ayant subi la gastro-entérostomie pour un rétrécissement bénin, et ayant succombé douze jours plus tard à une hémorrhagie stomacale, malgré l'anastomose gastro-intestinale.

M. Küster (de Marbourg) est d'avis qu'il convient de distinguer entre les grandes hémorrhagies foudroyantes, sur lesquelles il ne possède pas d'expérience personnelle, et les petites hémorrhagies répétées; pour ces dernières, il reconnaît l'utilité de la gastro-entérostomie, mais il recommande d'aller à la recherche du point saignant et de le cautériser légèrement au thermocautère.

De l'ulcère peptique du jéjunum après la gastro-entérostomie.

M. Kocher montre une pièce anatomique provenant d'un jeune homme ayant subi la gastro-entérostomie postérieure en Y pour un rétrécissement du pylore, et qui présenta de nouveau, une année plus tard, des symptômes d'ulcère; on trouva à l'opération un ulcère rond sur l'extrémité duodénale implantée dans l'estomac. La partie ulcérée du duodénum fut excisée, ainsi que la portion voisine de l'estomac, et le malade guérit.

L'orateur a observé que la fermeture du nouveau pylore opératoire ne se produit pas au niveau de la musculeuse stomacale, mais grâce à une contraction de la musculeuse de l'intestin; il en résulte qu'une partie de la muqueuse intestinale reste constamment en contact avec le suc gastrique acide. M. Kocher est disposé à attribuer la formation de l'ulcère peptique à cette circonstance; il croit que la gastro-entérostomie en Y y dispose plus que toute autre méthode.

M. Heidenhain (de Worms) a dû intervenir deux fois, chez un même malade, pour des ulcères peptiques survenus après une gastro-entérostomie antérieure; les adhérences avec la paroi abdominale antérieure avaient empêché la perforation dans la cavité abdominale.

M. Krönlein relate le cas d'un patient qui eut un ulcère peptique quatre ans après une gastro-entérostomie, et qui offre de nouveau des symptômes semblables.

M. Hahn (de Berlin) a observé 3 cas d'ulcère peptique à la suite de gastro-entérostomies, toujours antérieures. Il conviendrait donc de rechercher si ce n'est que cette dernière méthode qui est la cause de cet accident, ou bien si l'ulcère peut survenir, quel que soit le procédé opératoire employé.

M. Kocher pense, d'après son expérience personnelle, que la gastro-entérostomie postérieure, pas plus que l'antérieure, ne met à l'abri de cette complication.

De la greffe intestinale au niveau de l'estomac.

M. Reerink (de Fribourg-en-Brisgau). — J'ai étudié expérimentalement la possibilité d'implanter un fragment de paroi intestinale emprunté au côlon transverse dans des pertes de substance artificielles de la paroi stomacale; j'ai pu m'assurer que l'on obtient une réunion solide de la greffe intestinale avec l'estomac, à condition que cette greffe reste en communication avec son mésentère. Toutes les fois, au contraire, que cette communication a été interrompue d'emblée, le lambeau s'est nécrosé, et la perforation de l'estomac s'en est suivie, sauf dans un cas où il existait une adhérence épiploïque. J'ai constaté, en sacrifiant un chien au bout de trois mois, qu'à ce moment les vaisseaux mésentériques du segment implanté étaient encore perméables au sang; d'autres expériences m'ont prouvé que ces vaisseaux s'oblitèrent au bout d'une année. Quant à la muqueuse intestinale, elle présentait encore, après un an, ses caractères et sa délimitation nette d'avec la muqueuse stomacale. Jamais je n'ai rencontré de phénomènes d'autodigestion ni d'ulcère peptique au niveau du segment greffé.

Ces expériences, purement théoriques il est vrai, pourraient légitimer, dans un cas exceptionnel, l'application de la même méthode à la chirurgie humaine.

L'entérostomie dans la péritonite.

M. Heidenhain. — Je suis convaincu que, dans certains cas de péritonite, l'issue fatale n'est pas due à la péritonite elle-même, mais plutôt à l'occlusion intestinale qui en est la conséquence. On peut remédier à cette complication en établissant une fistule intestinale au niveau d'une portion de l'intestin encore saine (elle sera située le plus souvent dans la partie supérieure de l'abdomen), ainsi que je l'ai fait dans 4 cas, dont 3 se sont terminés par guérison. Il est indispensable, pour que cette intervention soit efficace, qu'une partie de la cavité abdominale soit indemne de péritonite : quand celle-ci est généralisée, l'opération devient inutile.

M. Sprengel estime que les malades chez lesquels l'entérostomie donne de bons effets guériraient sans cette intervention, et que les autres succombent malgré elle.

M. Kocher est d'avis, cependant, que le procédé de M. Heidenhain mérite d'être mis à l'essai.

Sur l'antipéristaltisme.

M. Prutz (de Königsberg). — J'ai fait, avec l'aide de M. Ellinger, une série d'expériences ayant consisté à sectionner l'intestin grêle en deux points différents, puis à retourner l'anse comprise entre les deux sections et à en aboucher l'extrémité inférieure avec le bout supérieur et l'extrémité supérieure avec le bout inférieur du reste de l'intestin, de façon à renverser la direction de cette anse sans compromettre sa nutrition. Nous avons pu constater dans ces cas une dilatation fusiforme de l'intestin au niveau de la suture supérieure, puis l'arrêt de tous les corps solides dans la région supérieure à l'anse intervertie, enfin une hypertrophie de la musculeuse intestinale en amont de la suture supérieure. Ces trois faits ne peuvent s'expliquer que par un obstacle à la circulation normale des matières, obstacle qui ne saurait être constitué, toute cause mécanique faisant défaut, que par le péristaltisme normal de l'anse renversée, agissant maintenant dans le sens opposé à la direction que devraient prendre les aliments. Il en résulte qu'il n'existe pas d'antipéristaltisme et que les contractions de l'intestin sont incapables de faire progresser le contenu intestinal dans une direction autre que la normale.

Nous avons toujours observé, chez les chiens ainsi traités, une augmentation considérable de l'indican dans l'urine, augmentation qui témoigne d'une décomposition anormale du contenu de l'intestin; c'est là une nouvelle preuve de l'influence fâcheuse du renversement d'une anse intestinale. Nous avons constaté, en outre, un amaigrissement progressif que nous n'avons pu arrêter qu'en soumettant les animaux à un régime spécial.

De la dilatation cæcale en cas d'obstruction du gros intestin.

M. Anschütz (de Breslau) relate des observations concernant la dilatation considérable du cæcum, qui survient dans les cas d'obstruction du gros intestin au niveau de l'S iliaque. Cette dilatation amène tantôt des ulcères par distension, tantôt des perforations, tantôt une nécrose plus ou moins complète de la paroi cæcale; elle s'explique par ce fait que la pression est d'autant plus considérable que l'intestin est plus large. Au point de vue du traitement, il convient de débarrasser le cæcum en pratiquant une anastomose entre l'iléon et la partie de l'intestin située au delà de l'obstacle, autant, du moins, que l'état du malade permet une telle intervention.

Traitement chirurgical de la constipation chronique.

M. Franke (de Brunschwick) communique l'observation d'une femme chez laquelle une constipation des plus opiniâtres, rebelle à tous les moyens thérapeutiques, avait amené un amaigrissement notable, à tel point qu'on avait porté le diagnostic de rétrécissement du gros intestin. L'orateur fit une laparotomie exploratrice; ne trouvant aucun obstacle anatomique au cours des matières, il se décida à remédier à la constipation à l'aide d'une entéro-anastomose entre la dernière anse de l'iléon et l'S iliaque. Le résultat fut excellent, mais passager, de sorte que M. Franke dut pratiquer l'exclusion unilatérale complète du gros intestin, en supprimant la communication entre l'iléon et le cæcum; cette fois-ci la guérison fut durable.

L'orateur estime qu'une telle opération ne saurait être indiquée qu'à titre d'ultime ressource, et seulement chez des patients qui veulent à tout prix être débarrassés de leur constipation.

Du traitement opératoire du prolapsus rectal volumineux.

M. von Eiselsberg. — J'ai réuni les cas de prolapsus rectal opérés à ma clinique par divers procédés. Dans un de ces faits, nous avons pratiqué la torsion d'après la méthode de M. Gersuny; le résultat immédiat a été favorable, mais il y a eu récidive. Chez 7 patients, nous avons eu recours à la résection selon le procédé de M. von Mikulicz; nous n'avons obtenu qu'une seule guérison définitive; en outre, 4 de ces malades ont présenté après l'opération des élévations de température considérables, provenant évidemment d'une infection locale; aussi la résection ne me paraît-elle pas offrir des avantages suffisants pour contre-balancer les dangers indiscutables qu'elle entraîne, et je serais d'avis de la réserver aux cas où il existe des ulcérations étendues de la partie prolabée, ou de la nécrose, mais de ne point la pratiquer pour le prolapsus réductible.

Nous avons fait 10 fois la simple colopexie, en fixant à la paroi abdominale antérieure, après une incision parallèle au ligament de Poupart, l'S iliaque attirée aussi haut que possible; la fixation doit s'étendre sur une surface suffisante de la paroi intestinale; il est utile d'ordonner au malade, après cette opération, un repos au lit de cinq semaines. Dans un de nos cas, nous avons eu une récidive, mais une seconde intervention a amené la guérison définitive; un autre de nos patients a récidivé après neuf mois; nous n'avons pu obtenir de renseignements sur le résultat final pour 8 opérés. 2 fois enfin nous n'avons pas pratiqué la simple colopexie, mais la résection de l'S iliaque tout entière : l'un de ces malades a succombé dix-neuf jours après l'intervention à une hémorrhagie provenant d'un ulcère duodénal; l'autre a été radicalement guéri.

Je conclus de ces observations qu'il y aurait lieu d'essayer toujours, dans le prolapsus du rectum, le massage d'après le procédé de Thure-Brandt; on devrait traiter par la résection les cas de prolapsus étranglé, gangrené ou ulcéré, et par la colopexie les cas de prolapsus libre. En somme, la résection de l'S iliaque peut, à mon avis, être imposée par certaines circonstances, mais elle ne saurait évidemment constituer la méthode de choix.

Sur la pathologie des troubles de la circulation dans les vaisseaux mésentériques.

M. Sprengel. — De l'étude des cas d'embolies mésentériques publiés jusqu'ici, ainsi que de 4 faits qui me sont personnels, il résulte que ces embolies se traduisent par deux formes morbides nettement distinctes, dont l'une présente cliniquement le tableau de l'obstruction intestinale aiguë, tandis que l'autre est caractérisée par des entérorrhagies suivies d'occlusion lente. Les recherches anatomiques que j'ai faites dans 2 de mes cas m'ont démontré qu'il s'agit, dans la première variété, d'une gangrène anémique et dans la deuxième, d'un infarctus hémorrhagique de l'intestin. Cette diversité de la lésion initiale ne saurait être expliquée qu'en se basant sur les expériences instituées il y a dix ans par M. Kader, et qui montrent qu'une constriction énergique de l'intestin et des vaisseaux mésentériques, avec compression complète de tous les vaisseaux, produit la gangrène anémique, tandis que la constriction incomplète amène l'infarctus hémorrhagique; nous sommes donc obligés d'admettre que, dans l'embolie mé-

sentérique à forme gangreneuse, la circulation veineuse est, elle aussi, entravée.

Au point de vue du diagnostic, la présence de sang dans les évacuations permet de reconnaître avec certitude la forme hémorrhagique; mais l'absence de ce signe ne saurait être une preuve absolue de l'existence de la forme gangreneuse.

Quant au traitement, il ne peut consister qu'en la résection, en deux temps, de l'anse atteinte. Les chances de guérison seront moins grandes dans la variété hémorrhagique, la nécrose étant moins bien délimitée. Un de mes malades, qui était atteint de gangrène anémique, a pu être sauvé; c'est le seul cas de guérison connu jusqu'ici.

De l'opération de Talma.

M. Bunge. — Nous avons fait 8 fois, à la clinique de Königsberg, l'opération indiquée simultanément par Talma et Drummond, et nous avons eu recours, dans tous ces cas, à la fixation extrapéritonéale de l'épiploon. Au point de vue des résultats, nous avons obtenu chez 4 patients la disparition de l'ascite, chez 2 une amélioration; 2 enfin sont morts des suites de l'intervention. Une statistique portant sur tous les faits publiés jusqu'à ce jour donne 32 guérisons, 15 améliorations et 32 insuccès.

L'opération en question est indiquée toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un obstacle à la circulation de la veine porte, qu'il s'agisse d'une cirrhose atrophique du foie, de nature alcoolique ou syphilitique, d'une thrombose ou d'une compression de la veine porte. La circulation collatérale qui en résulte me paraît utile non seulement pour la disparition de l'ascite, mais encore comme moyen de combattre les hémorrhagies.

Je ne crois pas que l'on ait besoin, pour assurer cette circulation collatérale, de déterminer des adhérences avec l'intestin, comme l'a proposé M. Ito. J'estime, par contre, que la fixation de la rate pourrait donner des résultats aussi bons, sinon meilleurs, que celle de l'épiploon, par suite de la disposition anatomique de la veine splénique.

Quant aux inconvénients de l'opération, nous mentionnerons avant tout la hernie ventrale, fatale après l'implantation extrapéritonéale de l'épiploon, mais qui serait évitée par la fixation de la rate. On a constaté, en outre, des états convulsifs attribués par M. Nencky à une saturation du sang par l'acide carbaminique; des expériences sur l'animal ont prouvé que ces troubles ne se produisent que sous l'effet d'un régime carné; on interdira donc la viande à tous les malades qui pourraient les présenter.

Comme contre-indications, je mentionnerai principalement l'ictère; l'apparition d'une lévosurie et la diminution de l'excrétion de l'urée ne me paraissent pas, par contre, constituer des contre-indications absolues, nos connaissances sur le fonctionnement physiologique du foie étant encore incomplètes.

M. Franke relate l'observation d'un homme de cinquante-huit ans chez lequel la fixation de l'épiploon fut suivie de symptômes de compression du duodénum, qui nécessitèrent une nouvelle intervention; l'ascite avait disparu. Cette compression du duodénum ne pouvant être exercée que par le côlon transverse, dont le contenu ne s'évacuait pas assez facilement, on fit une gastro-entérostomie à laquelle le malade succomba. Chez une jeune fille atteinte de foie cardiaque, l'opération de Talma eut, au contraire, un excellent résultat.

De la ligature des vaisseaux du foie.

M. Ehrhardt (de Königsberg). — J'ai institué des expériences relatives aux conséquences de la ligature des différents vaisseaux du foie. J'ai pu constater, conformément aux résultats déjà obtenus par d'autres observateurs, que la ligature du tronc de la veine porte amène la mort de l'animal au bout de quelques heures; quand on lie seulement une branche de ce vaisseau, il se produit une atrophie du lobe correspondant, avec formation d'ascite; il s'agit donc là d'un processus analogue à celui de la cirrhose; le reste du tissu hépatique s'hypertrophie. Dans d'autres expériences, j'ai lié soit le tronc de l'artère hépatique, soit une ou plusieurs des branches de ce vaisseau, et j'ai pu m'assurer qu'il en résulte une nécrose soit de l'organe entier, soit du lobe correspondant à la branche liée. La ligature simultanée de l'artère hépatique et de la veine porte amène une nécrose foudroyante.

Sur l'obturation des plaies du cholédoque.

M. Kehr (de Halberstadt) décrit une méthode qu'il a utilisée avec succès pour l'obturation des pertes de substance du cholédoque, et qui consiste dans l'application, sur ces pertes de substance, de lambeaux séro-musculaires empruntés à la paroi stomacale ou de lambeaux séro-musculo-muqueux fournis par la vésicule biliaire. Il fait remarquer que, d'une manière générale, les plaies par incision du cholédoque guérissent spontanément, sans même qu'il soit nécessaire de les suturer, à la seule condition qu'il n'existe pas de calculs dans la partie de ce canal comprise entre la fistule et l'intestin. Les pertes de substance nécessitant ultérieurement une intervention plastique sont le plus souvent le résultat d'une technique défectueuse, sauf quand elles sont consécutives à l'extirpation d'un néoplasme.

Des limites de la néphrectomie et du diagnostic de la néphrite d'après les résultats de la cryoscopie du sang.

M. Kümmell (de Hambourg). — Je me suis appliqué à déterminer sur un grand nombre de sujets la valeur moyenne du point de congélation du sang. Chez 137 individus à fonctions rénales normales, j'ai obtenu comme chiffre moyen — 0°56, avec des variations allant de — 0°54 à — 0°57; dans 51 cas d'affections rénales unilatérales, j'ai trouvé les chiffres de — 0°54 à — 0°56. Par contre, dans 77 cas d'insuffisance rénale, le point de congélation variait de — 0°58 à — 0°81, avec une moyenne de — 0°60; c'est dans ces cas qu'il convient, soit de retarder le traitement opératoire, soit, du moins, de se borner à la simple néphrotomie, en reculant la néphrectomie jusqu'au moment où le point de congélation se sera rapproché davantage du chiffre habituel.

Cette question me paraît avoir une importance toute particulière pour la tuberculose rénale; mais la bilatéralité fréquente des lésions, dans cette affection, nous oblige à pratiquer l'examen cryoscopique de l'urine de chaque rein, après cathétérisme des uretères.

J'ai eu l'occasion, au cours de ces recherches, de constater que la néphrite, abstraction faite de la néphrite chirurgicale, est généralement bilatérale et abaisse, par conséquent, le point de congélation du sang. J'ai été frappé, en outre, du nombre de cas de néphrite où certains symptômes, principalement les douleurs et l'hématurie, faisaient poser le diagnostic d'une affection chirurgicale, notamment d'un calcul.

Quant au traitement opératoire de cette néphrite bilatérale, qu'elle soit parenchymateuse ou interstitielle, mon expérience personnelle ne m'autorise pas à me prononcer. Je suis d'avis, toutefois, qu'on n'a pas encore fourni la preuve de l'utilité de l'intervention chirurgicale.

M. Rovsing (de Copenhague) fait remarquer que, l'état d'un rein malade exerçant souvent une influence fâcheuse, par voie réflexe, sur le fonctionnement de l'autre rein, il est des cas où une intervention radicale peut être permise, bien que le fonctionnement de l'appareil rénal ne soit pas intact, les fonctions du rein du côté opposé s'améliorant dès que le rein malade est enlevé.

M. Löwenhardt (de Breslau) communique le résultat d'expériences qu'il a faites dans le but de substituer à la cryoscopie, toujours assez compliquée, la détermination de la résistance électrique de l'urine. Cette méthode, beaucoup plus facile et exigeant une quantité de liquide infiniment moins grande, lui paraît appelée à remplacer dans une certaine mesure la cryoscopie.

Les papillomes du bassinet.

M. Pels-Leusden (de Berlin) présente deux pièces anatomiques provenant de tumeurs papillaires du bassinet. Ces papillomes, d'un aspect parfois bénin et ne permettant que difficilement de poser, même au microscope, le diagnostic de tumeur maligne, sont cependant susceptibles de produire des métastases et de se comporter comme des néoplasmes malins. Dans l'un des cas observés par l'orateur, on avait soupçonné une affection maligne, en se basant sur un amas de cellules trouvées dans l'urine; or le rein, à la néphrotomie, parut sain, et ce n'est qu'à un examen minutieux que l'on put découvrir une très petite tumeur papillaire du bassinet. M. Pels-Leusden insiste, en terminant, sur ce fait que l'on rencontre fréquemment, en cas de néoplasme rénal, des thromboses malignes de la veine rénale.

M. Küster fait remarquer que l'on ne saurait considérer comme bénins que les papillomes munis d'un pédicule étroit. Pour ce qui est de la néphrotomie, il estime qu'elle pourrait souvent être remplacée par l'incision du bassinet, ainsi que cela se faisait autrefois.

De la néphrotomie exploratrice.

M. Langemak (de Rostock) déclare que, des expériences qu'il a faites sur 75 lapins, il résulte que l'incision, tant longitudinale que transversale, du rein, n'est pas sans gravité, car elle a toujours pour conséquence la nécrose d'un segment plus ou moins étendu de tissu rénal.

M. Barth (de Dantzig) est également d'avis qu'on devrait moins facilement recourir à la néphrotomie exploratrice.

M. König (de Berlin) croit, au contraire, que cette intervention fournit, dans nombre de cas, des renseignements trop précieux pour qu'on puisse l'abandonner.

M. Hildebrand (de Bâle) relate deux cas d'hydronéphrose intermittente dont l'un a guéri par le traitement conservateur, c'est-à-dire par l'implantation normale de l'uretère dans le bassinet. Quant à l'autre, il était remarquable par ce fait que le rein se trouvait déplacé vers le bas et que son siège normal était occupé par la rate, entourée d'une capsule adipeuse analogue à celle du rein.

Valeur clinique de l'examen du sang.

M. Bertelsmann. — Nous avons fait des recherches sur la teneur du sang en microorganismes chez 100 patients atteints de maladies infectieuses, en ensemençant chaque fois 5 c.c. de sang. Dans 47 cas seulement nous avons obtenu des cultures. La péritonite nous a donné généralement des résultats négatifs, ce qui confirme l'opinion d'après laquelle les symptômes généraux de cette affection ressortiraient plutôt à une toxémie qu'à une infection générale. Nous avons rencontré plusieurs fois des microorganismes dans le sang, en l'absence de symptômes de pyémie, et ceci tout particulièrement dans les cas de frisson uréthral; je serais disposé à admettre, en pareille occurrence, le passage direct des microorganismes de l'urine dans le torrent circulatoire, sans intermédiaire d'un foyer purulent. La guérison est d'ailleurs survenue chez des patients qui présentaient jusqu'à 300 germes par 5 c.c. de sang. Nous avons pu constater dans divers cas que l'examen bactériologique du sang est d'une utilité indiscutable pour l'établissement du diagnostic.

M. Küttner. — J'ai examiné le sang dans 61 cas, au point de vue de la leucocytose et de la proportion des globules colorables par l'iode. Il est essentiel, en pareille matière, de répéter la recherche chaque jour une ou même deux fois; il convient, en outre, de tenir compte de la leucocytose accompagnant la digestion et de ce fait que les variations physiologiques sont beaucoup plus considérables chez l'enfant que chez l'adulte.

On constate, en règle générale, une augmentation rapide de la leucocytose et une forte proportion d'éléments iodophiles pendant le développement des infections aiguës, telles que péritonite, appendicite, phlegmon; une leucocytose passagère survient également après les interventions chirurgicales. La leucocytose observée dans les inflammations a de la valeur surtout quand, au lieu de rétrocéder rapidement, elle devient persistante; c'est alors qu'elle peut fournir des indications opératoires, dans les cas douteux d'appendicite, par exemple. Il est à noter cependant que les formes de péritonite les plus graves sont caractérisées précisément par l'absence de leucocytose, celle-ci traduisant une réaction énergique de l'organisme; le résultat négatif de l'examen du sang est donc ici d'un pronostic très fâcheux.

Après une intervention chirurgicale, il y a lieu de soupçonner une complication infectieuse toutes les fois que la leucocytose post-opératoire

persiste; on pourra conclure, d'autre part, à une fièvre aseptique si, malgré l'élévation de la température, le nombre des leucocytes diminue.

M. Riedel (d'Iéna) présente deux pièces anatomiques dont l'une se rapporte à un patient opéré pour une occlusion intestinale, et chez lequel on constata la présence d'un cordon tordu inséré sur la partie inférieure de l'intestin grêle et paraissant provenir d'un diverticule de Meckel ayant subi des torsions multiples, car sa muqueuse était complètement oblitérée. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une tumeur formée par un paquet d'épiploon qui, après avoir été logé longtemps dans une hernie, était rentré dans l'abdomen et s'était tordu autour d'un pédicule très mince; on avait porté le diagnostic d'appendicite.

Séances du 5 avril 1902.

Quelques cas de chirurgie cérébrale.

M. Rehn montre un jeune homme chez lequel il a extrait une balle de revolver logée dans le sinus caverneux droit. Le patient n'avait offert d'autres symptômes, pendant sept jours, qu'une ophtalmoplégie droite complète, sans troubles visuels; puis il eut des crises épileptiques fréquentes et subites, accompagnées de signes de compression intracrânienne, ce qui engagea l'orateur à intervenir. A l'opération, on trouva un épanchement de sang considérable au niveau du lobe temporal; le projectile ayant pu être retiré, les suites opératoires furent bonnes; le malade a guéri, mais il conserve une paralysie du nerf oculo-moteur commun.

M. Thiem (de Cottbus) présente un homme qu'il a opéré pour un kyste situé au niveau du lobe occipital gauche; on observait, avant l'intervention, une stase papillaire bilatérale et de l'hémianopsie droite; les suites opératoires furent normales, et tous les symptômes disparurent en quelques mois.

M. Sänger (de Hambourg) relate 11 observations de tumeurs cérébrales inopérables, traitées par la trépanation décompressive, à titre de mesure palliative; dans 10 cas, cette intervention a amené une amélioration considérable, sinon une disparition complète des symptômes; un de ces patients, notamment, s'est maintenu pendant deux ans et demi dans un état voisin de la guérison, alors qu'au moment de l'opération la mort semblait imminente; dans 8 cas, la stase papillaire a rétrocédé après l'intervention.

M. von Bramann (de Halle) présente un conglomérat de tubercules cérébraux solitaires extrait par lui avec un plein succès chez une fillette de huit ans. Il ajoute que la trépanation palliative lui a fourni également de bons résultats dans des cas de tumeurs inopérables.

M. von Bergmann fait remarquer, au sujet de l'observation de kyste cérébral relatée par M. Thiem, que le plus souvent ces kystes se révèlent, par leur marche ultérieure, comme étant des sarcomes; mais les symptômes de malignité ne surviennent parfois qu'au bout de plusieurs années.

M. Hahn, à propos de la communication de M. Sänger, relate le cas d'un malade soumis à la trépanation décompressive et chez lequel les symptômes, après avoir rétrocédé, reparurent au bout de dix-huit mois; une ponction lombaire ayant été faite, le patient succomba rapidement; l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une tumeur située au niveau du quatrième ventricule.

M. Franke communique l'observation d'une femme atteinte de l'affection décrite sous le nom de « sinus péricrânien ». Il pratiqua, dans ce cas, l'extirpation du kyste sanguin, et combla la perte de substance du crâne par l'implantation d'un treillis en fil d'argent.

Du sérum antistreptococcique.

M. Tavel (de Berne). — Il est indispensable, pour obtenir un bon sérum antistreptococcique, d'observer certaines règles essentielles. Il faut tout d'abord que le streptocoque dont on se sert pour l'immunisation des chevaux soit d'origine humaine et qu'il soit très virulent; par suite, on ne doit pas le faire passer par l'organisme du lapin, sa virulence pour l'homme étant ainsi diminuée, et un streptocoque devenu très virulent pour le lapin pouvant être absolument inoffensif pour l'homme. Il ne faut pas non plus employer trop longtemps la même variété de streptocoque, mais au contraire changer assez souvent l'espèce de streptocoque que l'on injecte; enfin, il faut immuniser les chevaux à la fois pour plusieurs espèces de streptocoques humains.

Quant au mode d'action du sérum, il ne s'agit point d'un effet antitoxique, mais uniquement d'un effet antibactérien, qui se manifeste non seulement sur les liquides de l'organisme, mais aussi sur les leucocytes, en activant la phagocytose.

Je dispose de 46 cas où l'on a eu recours au sérum préparé d'après les règles que je viens de formuler. Sur ces 46 faits, 11 concernent des infections puerpérales; 2 de ces femmes n'ont pas réagi favorablement; une a rapidement guéri, 6 ont été sensiblement améliorées; 2 enfin, après une amélioration, ont eu une récidive, suivie d'une seconde amélioration après une nouvelle injection de sérum. De 12 érysipèles traités de la même façon, un seul s'est montré réfractaire, tandis que pour les autres l'effet a été plus ou moins favorable; dans un cas, notamment, la guérison fut très rapide. Chez un malade atteint d'un érysipèle qui récidivait presque toutes les semaines, des injections prophylactiques ont réussi à espacer les accès à tel point que le malade n'en a plus eu depuis quatre mois. Des résultats analogues ont été obtenus dans des pneumonies streptococciques et dans d'autres affections dues au même microbe. Nous avons même constaté des effets identiques, bien que moins frappants, dans quelques cas d'infection staphylococcique. Les injections de sérum antistreptococcique ont déterminé des exanthèmes — soit précoces, soit tardifs - dans 17 % des faits, mais jamais ils n'ont provoqué d'albuminurie.

Dans les cas qui se sont montrés absolument réfractaires, il s'agissait de manifestations excessivement graves, concernant des sujets chez lesquels la leucocytose faisait défaut et dont l'organisme ne disposait plus de ses moyens de résistance. Il faudrait, pour que les résultats fussent plus complets, pouvoir introduire dans l'organisme, avec le sérum, des lysines et des alexines telles qu'en renferme le sang de l'individu normal.

De la thyroïdite aiguë non suppurée.

M. de Quervain (de la Chaux-de-Fonds). — Nos connaissances sur la thyroïdite aiguë non suppurée étant encore fort incomplètes, les observations que j'ai pu recueillir à ce sujet me paraissent présenter quelque intérêt. Elles sont au nombre de 4 : deux fois la thyroïdite était consécutive à une angine, une fois elle s'accompagnait de rhumatisme articulaire aigu, une fois enfin elle paraissait cliniquement primitive; chez 2 de ces malades, j'ai dû intervenir, ce qui m'a donné l'occasion de pratiquer l'examen histologique du corps thyroïde.

Le premier des cas que j'ai opérés concerne une inflammation aiguë mais légère d'un goitre parenchymateux dont la structure ne s'écartait pas sensiblement de celle de la glande normale; je n'ai constaté, au microscope, aucun signe anatomique d'un processus inflammatoire. Dans le second, il s'agit d'une femme de quarante ans, chez laquelle la thyroïdite survint spontanément, sans aucune affection inflammatoire préexistante; l'intervention ayant paru nécessaire au dixième jour, je trouvai le lobe gauche du corps thyroïde tuméfié et infiltré, mais sans suppuration. L'examen bactériologique resta négatif; par contre, l'examen histologique fit découvrir des altérations inflammatoires très prononcées, principalement au niveau des vésicules thyroïdiennes. Ces lésions consistaient essentiellement en la disparition de la substance colloïde, en une émigration de leucocytes polynucléaires dans les vésicules et en une forte prolifération des cellules épithéliales.

L'inflammation aiguë non suppurée du corps thyroïde peut être attribuée théoriquement à une des trois circonstances suivantes : 1° hyperactivité du tissu thyroïdien comme moyen de défense de l'organisme, à la suite de la circulation de toxines bactériennes dans le sang; 2° lésion toxique des cellules épithéliales par les toxines en question, sans effet utile pour l'économie; 3° processus inflammatoire proprement dit, produit par des microbes ayant envahi le tissu de la glande.

Une série d'expériences sur le chien m'ont permis de confirmer dans une certaine mesure les résultats obtenus par MM. Roger et Garnier, et de reconnaître qu'il existe, en effet, une thyroïdite purement toxique. Cependant, en comparant les caractères anatomiques de cette thyroïdite avec les données fournies par l'examen histologique dans notre dernière observation, nous avons été amené à conclure que, malgré le résultat négatif de l'examen bactériologique, il devait s'agir dans ce cas d'une thyroïdite non seulement toxique, mais aussi infectieuse. La patiente ayant présenté quelques semaines plus tard une poussée de thyroïdite au niveau de la pyramide de Lalouette, poussée qui fut efficacement combattue par le salicylate de soude, nous sommes disposé à admettre que nous avions affaire à une thyroïdite rhumatismale constituant la seule localisation du rhumatisme, infection dont nos moyens d'investigation actuels ne nous permettent pas de déceler l'agent pathogène.

Comme conclusion pratique, nous conseillons de faire précéder toute tentative opératoire, dans la thyroïdite aiguë, de l'administration du salicylate de soude, alors même qu'il n'existerait pas d'autre manifestation de rhumatisme articulaire.

M. Krönlein. — Comme M. de Quervain, j'ai observé un cas de thyroïdite aiguë s'étant manifestée au début par des symptômes inflammatoires très intenses, et qui céda lentement à l'administration de médicaments antipyrétiques.

La péri-arthrite scapulo-humérale.

M. Küster. — Je désire attirer votre attention sur une affection peu connue quoique assez fréquente (j'en ai observé 70 ou 80 cas), à savoir la péri-arthrite scapulo-humérale ou « bursite sous-acromiale », abstraction faite des lésions tuberculeuses de cette bourse séreuse. Cette péri-arthrite est généralement d'origine traumatique, et il convient d'en distinguer une forme aiguë et une forme chronique. Au point de vue des symptômes, je mentionnerai surtout la sensibilité à la pression, localisée à la partie antéro-supérieure de l'articulation scapulo-humérale. Dans la variété chronique, le signe essentiel est l'impossibilité de pratiquer l'adduction et l'abduction du bras, tandis que la rotation est libre et indolore. Cette affection est accompagnée souvent d'une névralgie que j'attribue à la participation du nerf brachial cutané interne au processus inflammatoire, ce nerf passant à une petite distance de la bourse séreuse en question.

Pour ce qui est du traitement, j'ordonne dans les cas aigus le repos absolu avec un pansement immobilisant, et je fais faire des applications de teinture d'iode; au bout de dix à douze jours, je permets une reprise prudente des mouvements, à condition que ceux-ci ne soient pas trop douloureux. Contre la forme chronique, je pratique la mobilisation sous narcose, suivie des exercices et des mouvements actifs et passifs nécessaires.

Un cas de plaie du cœur par coup de revolver.

M. Trendelenburg présente un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région précordiale. Les symptômes, très alarmants au début, s'amendèrent au bout de quelques jours et l'on put constater, à l'examen radioscopique, la présence de la balle dans le côté droit du cœur. Les déplacements de l'ombre du projectile étaient beaucoup plus étendus que ceux du cœur lui-même, ce qui permit d'admettre que la balle se mouvait librement dans le ventricule droit et qu'elle ne siégeait par conséquent pas dans la paroi cardiaque. Quelques semaines plus tard, les déplacements du projectile diminuèrent d'amplitude, et finalement ils correspondirent exactement à ceux du cœur lui-même; à la même époque, les contractions cardiaques, absolument arythmiques jusqu'alors, sont redevenues régulières. L'orateur en conclut que la balle a fini par se fixer à la paroi du ventricule, en s'encapsulant petit à petit.

L'interprétation de cette observation fut confirmée par des expériences faites sur le chien. L'introduction d'un seul grain de plomb dans le ventricule droit, par la veine cave supérieure, amena régulièrement une embolie pulmonaire; au contraire, quand on introduisait

deux grains accouplés à l'aide d'un fil, ce corps étranger restait dans le ventricule droit, et la radioscopie révélait qu'il subissait des déplacements étendus, comme ceux qu'on avait remarqués à l'examen du jeune homme présenté par M. Trendelenburg.

De la valeur sémiologique de la douleur.

M. Ritter (de Greifswald) a étudié les conditions dans lesquelles se produit la douleur inflammatoire; il est arrivé à la conclusion que la douleur est liée à l'hyperémie artérielle, tandis que l'insensibilité spontanée est le résultat d'une infiltration des tissus par la sérosité. Il est d'avis que cette insensibilité tient moins à l'effet mécanique de l'infiltration qu'à la concentration assez élevée du liquide séreux épanché.

M. Müller (de Berlin) fait remarquer qu'il existe une relation étroite entre les affections internes et la sensibilité de certaines régions cutanées. Il relate une observation où une lésion testiculaire et une tumeur de la vésicule biliaire ont pu être diagnostiquées par l'existence de zones d'hyperesthésie cutanée dans des régions plus ou moins éloignées des foyers morbides.

Sur l'innervation du muscle carré du menton.

M. Jaffé (de Hambourg) déclare que l'innervation du muscle carré du menton ne provient pas dans tous les cas, comme on l'admet généralement, de la branche marginale du facial, mais au contraire de la branche cervicale de ce nerf; le filet nerveux qui dessert le muscle en question descend assez bas au cou pour remonter brusquement. Il n'y a donc pas d'inconvénient à inciser sur le bord du maxillaire, pourvu que l'incision ne s'étende pas trop en arrière, vers l'angle de cet os.

M. Riedel recommande, comme traitement de choix des hémorrhoïdes, la ligature sous-cutanée de chaque paquet hémorrhoïdaire, au moyen d'un fil de catgut introduit au niveau du bord anal. Cette méthode, qu'il a employée dans 32 cas sans aucun accident, lui paraît préférable à l'opération sanglante, par le fait de sa simplicité, de son innocuité, et surtout parce qu'elle n'expose pas à un rétrécissement ultérieur.

M. Ledderhose (de Strasbourg) communique l'observation d'un homme ayant subi une rupture intrapéritonéale de la vessie, et chez lequel la laparotomie ne fut pratiquée qu'au bout de seize jours, sans qu'il y eût eu jusque-là des symptômes alarmants du côté du péritoine. Il en conclut que, dans certains cas, la rupture vésicale peut guérir sans intervention immédiate.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril 1902.

Les dangers des préparations mercurielles dans la fièvre typhoïde.

M. Robin. — Une femme syphilitique, soumise à un traitement mercuriel intensif, prend la fièvre typhoïde; celle-ci affecte immédiatement une forme des plus graves, et la malade succombe au bout de vingt et un jours avec des accidents infectieux généralisés (éruptions pemphigoïde, hémorrhagique, ulcéreuse, phlegmatia alba dolens, etc.). L'examen chimique des organes après la mort décèle des quantités notables de mercure dans le foie et dans la rate.

Ce fait prouve que l'imprégnation de l'organisme par les préparations mercurielles n'empêche pas le bacille d'Eberth d'infecter les tissus et n'atténue pas sa virulence. Il démontre, en outre, que l'emploi des préparations mercurielles ne saurait constituer la base d'un traitement systématique de la fièvre typhoïde. Il y a même lieu de penser qu'elles sont nuisibles, puisque, chez la patiente dont l'observation vient d'être rapportée, l'imprégnation mercurielle de l'organisme semble avoir été une des causes de l'aggravation de la maladie.

La perception du radium dans la cécité.

M. Javal. — Je viens de faire quelques observations sur les aveugles, avec un sel de radium enfermé dans une ampoule de verre, contenue elle-même dans une boîte de carton opaque à la lumière.

Nous avons constaté, M. Curie et moi, que deux sujets devenus aveugles, l'un à la suite d'une atrophie des nerfs optiques et l'autre à la suite d'un glaucome, n'ont pas été impressionnés par le radium.

Après ces deux expériences négatives, nous avons mis en présence du radium deux autres aveugles. Le premier avait un décollement rétinien, mais il jouissait d'une légère perception lumineuse dans une petite région du champ visuel. Quand on lui a présenté du radium, il a spontanément annoncé l'apparition d'une lueur, occupant précisément la partie du champ visuel correspondant à la partie sensible de la rétine.

Le second sujet avait perdu la vue à la suite d'une ophtalmie purulente des nouveau-nés : ses cornées étaient absolument opaques, mais il avait gardé une certaine perception lumineuse. Mis en présence du radium, il a immédiatement perçu une lueur qui a subsisté, l'œil étant recouvert des deux mains. On peut donc supposer que si l'on pouvait rendre la transparence à ses cornées, on procurerait à ce malade une vision satisfaisante.

M. Richelot communique les observations de deux malades atteints depuis plusieurs années de dyspepsies rebelles, et qui ont complètement guéri à la suite d'une gastro-entérostomie en Y.

M. Piéchaud (de Bordeaux) relate les observations de trois cas de chirurgie infantile (incision d'un abcès du sommet du poumon gauche, œsophagotomie externe pour corps étranger, extirpation d'un encéphalome).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1902.

De l'intervention dans les cas de grossesse compliquée de fibrome.

M. Quénu. — M. Cottin (de Dijon) nous a envoyé une observation au sujet de laquelle je dois vous présenter un rapport. Il s'agissait d'une grossesse de trois mois, avec tumeur fibreuse enclavée et occasionnant des accidents graves de compression. Notre confrère crut devoir intervenir; la cavité abdominale ouverte, il renonça à tenter une opération conservatrice et pratiqua l'hystérectomie supra-vaginale; la guérison survint sans incident. L'examen des pièces a montré que le fibrome, implanté sur la paroi utérine, n'était séparé de la cavité de la matrice que par une très mince bande de tissu.

J'ai eu pour ma part 4 fois l'occasion d'observer des femmes enceintes, atteintes de tumeurs fibreuses. Dans un premier fait, l'accouchement se fit très simplement. Chez une deuxième malade, malgré quelques accidents qui m'inquiétèrent pendant un certain temps, j'ai pu également m'abstenir et la grossesse est arrivée à terme. Dans les 2 derniers cas, enfin, j'ai dû intervenir, une fois pour une grossesse de trois mois, compliquée de fibrome, l'autre fois pour une grossesse de deux mois et demi environ, développée dans un utérus fibromateux d'un volume énorme; chez ces deux malades, c'est la gravité de l'état général et le développement rapide du néoplasme qui m'ont décidé à opérer.

Plaie pénétrante du rachis par arme blanche, avec écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien.

M. Demoulin. — Vous m'avez chargé d'un rapport sur une observation de plaie pénétrante du rachis par coup de couteau, sans lésion de la moelle, qui nous a été présentée au nom de M. Giss (de Thionville) (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 333). Je vous rappelle que, quarante heures environ après la blessure, il se produisit un écoulement abondant et continu de liquide céphalo-rachidien. Notre confrère constata une parésie du membre supérieur droit et, de plus, une élévation de température qui s'accentua encore les jours suivants. Quelques jours plus tard, l'exploration de la plaie révéla l'existence d'un corps étranger : il s'agissait de la pointe du couteau, qui put être extraite non sans difficulté, en raison de son implantation solide sur la face supérieure de la septième vertèbre cervicale, la lame ayant pénétré dans l'intervalle des sixième et septième vertèbres. Des phénomènes méningitiques persistèrent pendant plusieurs semaines, et l'on remarqua qu'il y avait une coïncidence entre l'intensité de la céphalalgie et la diminution de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, dont l'abondance était assez variable : dans l'espace de cinq semaines, le malade n'a pas perdu moins de 30 litres de liquide céphalo-rachidien. La guérison a été obtenue finalement, mais la convalescence fut longue.

Au point de vue thérapeutique, j'estime que, quelle que soit la déperdition de liquide céphalo-rachidien, il ne faut pas chercher à suturer la plaie. Lorsqu'on parcourt les observations analogues à celle de M. Giss, qui ont été rassemblées par M. Mathieu (médecin militaire), on voit que, dans un cas où cette suture a été faite, il s'est produit des accidents assez marqués, dus à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

M. Routier. — J'ai pratiqué 2 fois, pour répondre à une idée théorique de M. Abadie, une trépanation du canal rachidien, à la région dorsale, dans le but de combattre une atrophie du nerf optique; mes deux malades ont perdu des quantités considérables de liquide céphalo-rachidien, bien que, chez l'un d'eux, j'eusse suturé la dure-mère.

M. Tillaux. — J'ai relaté jadis l'observation d'un homme qui avait par les narines un écoulement très abondant de liquide céphalo-rachidien, vraisemblablement à la suite d'une rupture de la lame criblée, consécutive à l'arrachement d'un polype. Cette déperdition ne semblait exercer aucune influence sur l'état des fonctions, qui étaient absolument normales.

M. Moty (médecin militaire). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de méningite à la suite d'un coup de baïonnette dans le nez; j'ai pratiqué une trépanation et laissé un drainage, grâce auquel l'écoulement de liquide céphalo-rachidien a pu se faire; je crois aussi qu'il ne faut pas fermer les plaies de ce genre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 avril 1902.

Grande dilatation du cœur, action dissociée de la digitale et rythme couplé.

M. Merklen. — La bigéminie cardiaque, qui survient dans l'asystolie sous l'influence de la digitale, semble résulter de l'extrême dilatation du cœur exagérée par l'action dissociée de ce médicament, c'est-à-dire par le ralentissement cardiaque sans diurèse. Je viens d'observer 3 cas où ce syndrome était des plus nets. Il s'agissait de cardiopathies valvulaires anciennes d'origine rhumatismale, avec double insuffisance mitrale et tricuspidienne et asystolie à prédominance hépatique. Le schéma de la matité cardiaque, identique chez les trois malades, était remarquable par ses grandes dimensions, l'oreillette droite débordant de 4 à 5 centimètres le bord du sternum, la pointe battant largement dans l'aisselle. C'était une matité irréductible qui, loin de diminuer, augmenta sous l'influence de la digitale, en raison du ralentissement des contractions du cœur, contrastant avec l'absence de toute diurèse : au lieu de favoriser la déplétion des cavités cardiaques, le médicament en exagérait la réplétion. Le rythme couplé, avec ou sans pouls bigéminé, se montra en même temps.

La pathogénie de la bigéminie cardiaque est encore très controversée ; elle varie suivant les conditions anatomiques ou fonctionnelles qui lui donnent naissance. L'explication qui convient à mes cas est celle qu'a proposée M. Henschen : en raison de leur extrême dilatation et de l'atonie de leurs parois, les oreillettes ne se vident qu'incomplètement pendant la présystole; l'afflux sanguin qu'elles reçoivent au moment de la systole ventriculaire, par suite de l'insuffisance mitrale et tricuspidienne, y détermine donc facilement un excès de pression qui incite à nouveau la contractilité de leurs parois; mais il n'en peut résulter qu'une systole avortée, une extra-systole, parce qu'à ce moment de la révolution cardiaque, l'excitabilité du myocarde est encore épuisée. Cette extra-systole, immédiatement consécutive à la systole régulière, constitue le couple de la contraction bigéminée.

Les causes de la grande dilatation du cœur et de son irréductibilité sont diverses. On pouvait incriminer, dans 2 de mes cas, une péricardite subaiguë avec symphyse, elle-même dépendant d'un état infectieux fébrile; dans l'un d'eux, le rein était manifestement imperméable; dans l'autre, il était atteint de néphrite épithéliale aiguë.

Les conséquences du syndrome sont des plus graves. Deux de mes malades sont morts subitement, l'un neuf jours après l'administration de 0 gr. 001 milligr. de digitaline cristallisée, l'autre douze heures après avoir absorbé un quart de milligramme de ce médicament, dans une période où il n'avait plus de bigéminie cardiaque apparente. Le dernier eut un rythme couplé durant trois semaines, après une première dose de 0 gr. 001 milligr. de digitaline, peut-être aussi sous l'influence d'un ictère intercurrent, cause de bradycardie.

Ces faits sont à rapprocher des observations rapportées par M. Huchard dans son mémoire sur le rythme couplé et la mort par la digitale. Ils prouvent que ce médicament peut être nuisible dans les grandes dilatations cardiaques : ce qui convient, en pareil cas, c'est la médication déplétive par les émissions sanguines locales, les diurétiques directs, les laxatifs, enfin l'évacuation chirurgicale des œdèmes.

Paraplégie spasmodique due à une compression de la moelle dorsale par un endothéliome.

M. Hirtz relate l'observation d'une femme de vingt-huit ans, qui fut prise il y a huit mois environ d'engourdissement au niveau des membres inférieurs; peu à peu la station debout et la marche devinrent impossibles et la malade fut obligée de s'aliter. A son entrée à l'hôpital, on constata une paraplégie spasmodique complète avec exagération des réflexes rotuliens, phénomène des orteils et trépidation épileptoïde. On nota, en outre, une légère hypoesthésie de la moitié inférieure du corps, mais la pression au niveau du rachis ne déterminait aucune douleur et les sphincters étaient intacts.

En l'absence de tout stigmate d'hystérie, d'une part, d'antécédents alcooliques, d'autre part, et aussi de toute cause de toxi-infection, on diagnostiqua une compression de la moelle par une tumeur probablement bénigne, étant donnée la lenteur de son évolution. Une laminectomie fut pratiquée sans résultat et, la malade ayant succombé quelque temps après dans le marasme, l'autopsie permit de constater l'existence d'un néoplasme intrarachidien situé à la face postérieure de la moelle dorsale, laquelle était réduite à l'état de bandelette. Cette tumeur ovoïde et facilement énucléable était constituée par un fibro-endothéliome; son extirpation eût été facile et aurait probablement assuré la survie de la malade si la laminectomie avait été pratiquée un peu plus haut.

Sur un cas de fièvre typhoïde avec phénomènes spinaux.

M. Grenet communique, au nom de M. Moizard et au sien, l'observation d'un enfant qui présenta, au début d'une fièvre typhoïde, des phénomènes méningitiques très accentués : hyperesthésie généralisée, contracture douloureuse des muscles de la nuque, céphalée intense, signe de Kernig, etc. Ces accidents s'amendèrent peu à peu, au fur et à mesure de l'évolution de la fièvre typhoïde, qui fut plutôt bénigne, et le petit malade se rétablit complètement. La ponction lombaire, pratiquée à différentes reprises pendant le cours de l'affection, démontra l'absence d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Hirtz dit avoir constaté également le signe de Kernig chez un malade atteint de fièvre typhoïde.

M. Variot fait remarquer qu'à côté des cas de dothiénentérie accompagnés de troubles purement fonctionnels du système nerveux, il en est d'autres où ces troubles sont manifestement dus à des altérations des méninges. Il a observé un typhoïdique qui présentait, outre de la raideur de la nuque, du trismus et une contracture presque généralisée; ce malade ayant succombé, l'autopsie permit de constater la coexistence des lésions habituelles de la fièvre typhoïde avec des exsudats inflammatoires des méninges, disposés sous forme de plaques opalescentes au niveau de la région rolandique.

De l'emploi thérapeutique des composés organiques de mercure.

M. Danlos fait observer, à propos de la récente communication de M. Gaucher sur l'emploi du lactate neutre de mercure dans le traitement de la syphilis (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 75), que le nombre des sels organiques de mercure est pour ainsi dire illimité; qu'un grand nombre d'entre eux ont été expérimentés, il y a longtemps déjà, chez les syphilitiques, mais que jusqu'à présent aucune de ces préparations n'a donné des résultats aussi satisfaisants que les sels minéraux. L'orateur dit avoir essayé lui-même quelques-uns de ces composés chez des malades atteints de syphilis secondaire : toujours leur action s'est montrée sensiblement inférieure à celle des préparations communément employées.

M. Antony dépose, au nom de M. Billet (médecin militaire), une note sur un cas d'érythème scarlatiniforme fébrile d'origine malarique; le sang du malade, examiné à diverses reprises, contenait, en effet, de nombreux hématozoaires.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 24 mars 1902.

Un cas de mélanosarcomes multiples.

M. von Leyden. — J'ai eu l'occasion d'observer une femme de quarante ans, ayant souffert, un an auparavant, de phlébothrombose, et qui, à la suite d'une période menstruelle, eut des troubles vagues (lassitude, inappétence, insomnies) avec amaigrissement rapide — elle perdit 17 kil. 500 en quatre semaines —, en même temps qu'elle remarquait l'apparition, à un travers de main au-dessus de la crête iliaque gauche, d'une tumeur du volume d'une noisette; bientôt d'autres néoplasmes semblables se développèrent en divers points du tégument. A son entrée dans mon service, je constatai chez elle des symptômes fébriles (température à 39°5), de la fréquence du pouls et une anémie extrême, tous signes plaidant en faveur d'un état infectieux. L'examen du sang révéla de la poikilocytose, une augmentation du nombre des leucocytes avec diminution des hématies à 1,380,000 par millimètre cube, etc. Les urines, non albumineuses, présentèrent, vers la fin, une faible diazo-réaction et une indicanurie prononcée. La patiente succomba un mois environ après le début de sa maladie. A l'autopsie, M. Westenhöffer trouva des tumeurs extrêmement nombreuses dans la plupart des organes (peau, tissu cellulaire sous-cutané, squelette, mésentère, rate, reins, ovaires, etc.), tumeurs qui, au microscope, furent reconnues pour des mélanosarcomes télangiectasiques, dont le point de départ paraissait être l'ovaire. Certaines de ces métastases (reins), formées d'un très petit nombre de cellules, pouvaient être considérées comme de nature embolique.

L'évolution rapide de cette affection, les troubles si graves qu'elle détermina dans l'état général, enfin la symptomatologie et les données fournies par l'examen des urines, plaident, à mon avis, en faveur de la nature infectieuse de ces tumeurs (peut-être causées par des protozoaires), bien que des essais d'inoculation aux animaux soient restés sans résultats.

M. Litten déclare avoir observé un cas analogue; il croit aussi que des embolies microscopiques jouent un rôle important dans la dissémination des néoplasies, ce qui expliquerait la fréquence des récidives après l'intervention chirurgicale.

M. Benda fait observer que la présence d'embolies métastatiques dans les affections cancéreuses donne à celles-ci une grande ressemblance avec les processus infectieux.

Quelques cas de chirurgie cérébrale.

M. Jastrowitz, à propos de la récente communication de M. F. Krause sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 106), demande à M. Krause s'il pense qu'on doive opérer en cas d'hémorrhagie méningée; il a vu survenir la mort au cours d'une trépanation pour un tel accident. En ce qui concerne les tumeurs cérébrales d'origine tuberculeuse, il estime que l'intervention est indiquée même quand il existe des signes de phtisie pulmonaire, l'opération étant à même, en pareil cas, de prolonger l'existence; on en peut dire autant des syphilomes cérébraux.

M. A. Fränkel relate l'observation d'un homme qui présentait, à la suite d'un traumatisme crânien, une parésie de tout le côté droit du corps, facial compris, avec céphalées violentes et stase papillaire bilatérale; la trépanation permit d'extirper une tumeur du volume d'un œuf de poule; le lendemain de l'opération, l'hémiplégie droite était complète, mais cette complication s'est améliorée depuis lors. L'orateur est d'avis que l'intervention n'est pas indiquée seulement dans les cas où le diagnostic est certain, mais doit être pratiquée toutes les fois qu'il reste quelque chance de sauver le malade.

M. Remak croit qu'il faut nettement distinguer, au point de vue de l'opportunité de la trépanation, entre les tumeurs cérébrales et l'épilepsie corticale : dans cette dernière, on peut se demander s'il y a réellement lieu d'opérer. A titre d'exemple, il cite le fait d'un homme de quarante ans, atteint depuis des années de crises d'épilepsie partielle se manifestant uniquement par des convulsions du gros orteil, qui s'étendent peu à peu à tout le membre inférieur, sans perte de connaissance. M. Krause interviendrait-il dans ce cas?

M. F. Krause. — Je répondrai à M. Jastrowitz que je crois l'intervention indiquée en cas d'hémorrhagie déterminant une augmentation notable de la pression intracrânienne, comme c'est le cas pour les hémorrhagies de la méningée moyenne, qui peuvent donner lieu à la formation d'hématomes volumineux; par contre, les épanchements sanguins diffus, déterminant des phénomènes d'irritation corticale, ne me paraissent pas nécessiter la trépanation, car ils se résorbent spontanément dans la plupart des cas.

En ce qui concerne l'épilepsie, je n'en ai opéré que 4 cas ayant entraîné l'idiotie : 2 de ces malades ont guéri. C'est dire que je ne suis pas interventionniste à outrance, et que je n'aurais pas trépané dans le fait cité par M. Remak. Pour ce qui est des tubercules et des gommes du cerveau, je les considère comme des tumeurs; les gommes me semblent d'autant plus justiciables du traitement chirurgical que les manifestations tardives graves de la syphilis ne sont d'ordinaire influencées ni par le mercure ni par l'iodure de potassium.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 12 avril 1902.

Du cancer du pénis.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Englisch** a fait connaître que, d'après les statistiques des hôpitaux de Vienne, de 1892 à 1898, la proportion des cancers de la verge, par rapport à tous les cas de cancer, est de 1.78 %; ces tumeurs sont le plus souvent des épithéliomas. Au point de vue de l'âge, c'est entre cinquante et soixante ans que cette localisation du cancer paraît le plus fréquente, mais on l'a observée également chez des jeunes gens, voire 2 fois au dessous de vingt ans. Dans 29.2 % des cas, les sujets atteints du cancer en question avaient eu autrefois un phimosis; les traumatismes paraissent jouer également un rôle important dans l'étiologie de la maladie. Le cancer du pénis évolue, en général, assez rapidement (douze à quinze mois); il débute ordinairement à la face externe du prépuce ou du gland, rarement au niveau du fourreau cutané. L'amputation de la verge au moyen de l'écraseur, de l'anse galvanique ou du couteau est jusqu'à présent le seul traitement de cette affection. Parmi les ganglions sur lesquels retentit le cancer du pénis, il convient de citer ceux de la région inguinale, de la face antérieure de la symphyse, du canal crural, etc. Les récidives au niveau du

moignon ne sont pas rares : on en compte de 1 à 20 % suivant le mode d'intervention opératoire; dans les ganglions, les récidives sont un peu moins fréquentes (de 4 à 12 %).

Erythromélie localisée au côté gauche du corps.

M. S. Ehrmann a présenté un malade chez lequel la peau de la hanche et de la cuisse du côté gauche est rouge, amincie et complètement atrophiée; au niveau de la jambe du même côté il existe une véritable sclérodermie. On ne constate chez cet homme aucune modification de la sensibilité; il s'agit donc ici de troubles trophiques d'origine non pas nerveuse, mais sans doute vasculaire. C'est un exemple de l'affection connue sous les noms d'érythromélie, d'érythème angioparalytique, etc.

M. E. Lang fait observer qu'il est très rare que cette maladie soit localisée à un côté du corps.

M. J. Neumann croit qu'on peut parler ici d'« atrophie idiopathique de la peau »; dans cette affection, les corps papillaires, après un stade d'hypertrophie, s'atrophient *in toto*, tandis que dans la sclérodermie il s'agit d'une prolifération conjonctive tirant son origine du tissu sous-cutané.

M. J. Weinlechner déclare avoir observé un cas d'atrophie cutanée très prononcée, ayant déterminé des contractures.

M. E. Lang fait remarquer que les contractures appartiennent à la sclérodermie, et non à l'atrophie de la peau.

M. K. Kreibich est au contraire d'avis que cette dernière peut aussi être une cause de contractures, au moins chez les sujets âgés.

M. S. Ehrmann pense, comme M. Lang, que l'atrophie cutanée n'aboutit jamais à la contracture; il n'y a dans cette affection aucune sclérose de la peau, lésion qui est, par contre, très accentuée dans la sclérodermie où elle intéresse même les tendons et les os.

Traitement prothétique de l'ensellure du nez par les injections de vaseline.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Fein** a montré 3 sujets qui étaient atteints d'ensellure du nez et qu'il a traités au moyen des injections sous-cutanées de vaseline, selon le procédé de Gersuny. Pour que le résultat soit satisfaisant, il faut avoir soin que la vaseline injectée ne soit ni trop chaude ni trop liquide. En outre, l'orateur estime qu'il y a lieu d'enfoncer l'aiguille non à la racine du nez, comme l'a proposé M. Moskovicz, mais dans la pointe de cet organe, ce qui donne plus de liberté aux mouvements de l'opérateur. Enfin, il faut avoir soin que l'injection soit bien sous-cutanée, car, introduite dans l'épaisseur de la peau, la vaseline peut déterminer une réaction assez intense.

M. Matzenauer dit que, d'après les résultats obtenus à la clinique de M. Neumann, les effets de ces injections sont toujours éphémères et qu'au bout d'un ou deux ans le nez a repris son aspect primitif.

M. Ehrmann estime que si l'on a la précaution de localiser l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, on obtient des résultats durables; lorsque, au contraire, la vaseline pénètre dans l'épaisseur des muscles, ses effets ne persistent pas, parce qu'elle est expulsée de la région par les contractions musculaires.

Dr Schnirer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'érysipèle par la lumière rouge.

Il y a deux ans, M. le docteur V. Bie (de Copenhague), en signalant, au cours d'un travail sur la photothérapie, les bons effets obtenus depuis longtemps dans le traitement de la variole par la lumière rouge (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 469), se demanda s'il ne conviendrait pas d'essayer le même moyen contre d'autres maladies infectieuses à exanthème et, en particulier, contre la scarlatine et l'érysipèle. Un confrère allemand, M. le docteur H. Krukenberg, médecin en chef de l'hôpital de Liegnitz, ne tarda pas à mettre en pratique cette idée, en instituant une série d'essais de ce genre dans 18 cas d'érysipèle, dont 15 localisés à la face. Le traitement a consisté uniquement dans le séjour des malades dans une « chambre rouge » aménagée de façon à ne laisser passer que des rayons rouges et éclairée, le soir, au moyen d'une lampe analogue à celles dont on se sert dans les laboratoires de photographie. Dans les 3 premiers cas seulement, on eut, en outre, recours à des applications de compresses imbibées d'alcool.

Ce mode de photothérapie a paru exercer une influence éminemment favorable sur l'évolution du processus érysipélateux, et notamment sur la durée de la fièvre : 7 fois l'hyperthermie disparut en moins de vingt-quatre heures; dans d'autres cas, elle ne persista que de un jour à deux jours et demi, et 2 fois seulement elle dura six et sept jours. Encore importe-t-il de tenir compte que, dans l'un de ces derniers cas, où l'érysipèle était accompagné de troubles plus ou moins graves de l'état général (qui ont complètement fait défaut chez les autres malades), le traitement n'a pas pu être suivi dans toute sa rigueur, la patiente étant couchée dans une chambre à quatre fenêtres qui restaient de temps à autre ouvertes. Or, si la photothérapie en question se montre efficace à l'égard des lésions érysipélateuses, ce n'est pas en raison d'une action spécifique des rayons rouges, mais tout simplement parce que ces rayons sont les seuls qui n'exercent pas d'influence nuisible en pareille occurrence. Aussi, pour assurer le succès du traitement, doit-on s'appliquer à rendre impossible la pénétration dans la chambre du malade de toute autre sorte de rayons lumineux.

Il importe, en outre, de savoir que, si la guérison obtenue par la chambre rouge est très prompte, elle peut n'être pas définitive, pour peu que la photothérapie soit interrompue trop tôt.

La zomothérapie de la tuberculose pulmonaire chez les enfants.

Les bons effets obtenus par MM. les docteurs Ch. Richet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et J. Héricourt, chef-adjoint du laboratoire de physiologie à ladite Faculté, dans le traitement de la tuberculose expérimentale, grâce à la viande crue et au jus de viande (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 404 et 1900, p. 81, 203 et 239), ont engagé M. le docteur A. Josias, médecin des hôpitaux de Paris, à essayer les mêmes moyens chez les enfants atteints de phtisie à divers degrés. Notre confrère donne habituellement, tous les jours, le suc extrait de 500 grammes de viande crue de bœuf (100 grammes de viande fournissent de 15 à 20 c.c. environ de suc) et 100 à 200 grammes de viande crue hachée. Il a soin, en même temps, d'interdire complètement l'usage de la viande cuite, celle-ci, d'après MM. Richet et Héricourt, étant nuisible pour les tuberculeux. Les enfants prennent facilement le suc musculaire, soit pur, soit dans du bouillon froid ou tiède.

Depuis deux ans, M. Josias a eu l'occasion de traiter de la sorte, à l'hôpital, 24 enfants atteints de tuberculose pulmonaire, pour lesquels le diagnostic clinique avait été confirmé soit par l'examen bactériologique des crachats, soit par une injection de tuberculine. Les prescriptions susmentionnées mises à part, les petits malades étaient soumis au régime ordinaire de l'hôpital et ne recevaient aucun médicament. Sur 6 tuberculeux au premier degré, 4 ont guéri et 2 sont en voie d'amélioration; dans 6 cas de tuberculose à la deuxième période, on a enregistré 1 guérison, 2 améliorations considérables, 2 aggravations et 1 décès; enfin, sur 12 phtisiques au troisième degré, 1 a guéri, 2 ont été améliorés, 4 aggravés et les 5 derniers ont succombé. Au total, ces 24 cas ont donné 6 guérisons, 6 améliorations, 6 aggravations et 6 décès.

En se basant sur ces faits, notre confrère estime que le traitement par le suc musculaire et la viande crue à haute dose agit d'une manière efficace et peut amener un arrêt dans l'extension du processus tuberculeux tant qu'on se trouve en présence de lésions liées seulement à l'activité du bacille de Koch. Par contre, dans les cas avancés avec infection mixte et intoxication profonde de l'organisme, la zomothérapie resterait, le plus souvent, sans effet. Le pronostic dépend moins, d'ailleurs, de l'étendue des altérations pulmonaires que de l'état général du malade. L'augmentation rapide du poids, dès le début du traitement, constituerait le meilleur indice du réveil de la résistance organique et permettrait de porter un pronostic favorable.

Les lavages de l'estomac avec une solution de nitrate d'argent comme cholagogue.

Un médecin allemand, M. le docteur F. Ehrlich (de Stettin), traite, depuis quelque temps, les cas graves d'angiocholite, ainsi que la cholélithiase (surtout compliquée d'angiocholite ou de cholécystite), par des lavages de l'estomac avec une solution de nitrate d'argent. A cet effet, le patient étant à jeun, notre confrère commence par laver la cavité gastrique au moyen d'eau chaude à 40° ou 50°, jusqu'à ce que le liquide revienne complètement clair. Puis on introduit dans l'estomac 500 c.c. d'une solution chaude (40° ou 50°) de nitrate d'argent à 1 ‰ (dans l'eau distillée), et, après avoir laissé agir ce liquide pendant trente secondes à deux minutes, on le retire pour recommencer la même manœuvre une seconde fois. Enfin, on termine par un lavage à l'eau ordinaire chaude, qu'on a soin de continuer tant que le liquide conserve une certaine lactescence. Comme la durée totale de l'opération est assez longue (de dix à quinze minutes), il est bon d'y habituer, au préalable, le malade à l'aide de lavages ordinaires, de façon à être sûr de pouvoir mener à bonne fin l'irrigation au nitrate d'argent, car le fait d'être obligé de laisser dans la cavité stomacale une quantité plus ou moins considérable de solution argentique pourrait naturellement donner lieu à une intoxication grave.

Les lavages — qui doivent être pratiqués immédiatement avant les repas — ne seraient nullement douloureux, mais en raison de l'impression plus ou moins pénible que détermine toute irrigation de l'estomac, surtout chez les sujets nerveux, on devra espacer les séances, en laissant entre elles un intervalle d'un ou deux jours. Il va de soi qu'on aura soin d'instituer, en même temps, un régime alimentaire approprié (viande maigre et, de préférence, hachée, jaunes d'œufs, beurre frais, boissons chaudes, etc.).

Après quelques lavages, on noterait une tuméfaction considérable du foie avec aggravation plus ou moins marquée des symptômes morbides; puis, le traitement étant continué, on verrait survenir une diarrhée bilieuse accompagnée d'expulsion de calculs, s'il s'agit de cholélithiase; la tuméfaction de la glande hépatique et tous les autres phénomènes anormaux ne tarderaient pas alors à se dissiper.

En dehors de l'action mécanique exercée par le lavage de l'estomac (massage du foie) et des effets thermiques dus à la température de la solution employée, le nitrate d'argent agirait encore par lui-même en pénétrant dans le duodénum et en provoquant un boursouflement de la muqueuse de l'orifice du canal cholédoque avec hypersécrétion réflexe de bile, d'où tuméfaction du foie et, finalement, débâcle biliaire. Le nitrate d'argent exercerait, d'ailleurs, une action cholagogue, alors même qu'on l'administrerait tout simplement par la bouche (à la dose quotidienne de 3 cuillerées à soupe d'une solution à 1 ‰), mais cette façon de procéder ne serait pas exempte d'inconvénients (goût métallique persistant, perte d'appétit, etc.), tout en étant moins sûre.

L'ichtyol contre la bronchite chronique chez les enfants.

Partant de ce fait que l'ichtyol, administré à l'intérieur, favorise la résorption des exsudats, M. le docteur W. B. Jennings, assistant du St. Mary's Free Hospital pour enfants, à New-York, a eu l'idée d'essayer ce médicament contre la bronchite chronique infantile, consécutive à des refroidissements ou à une maladie infectieuse, telle que la rougeole, la coqueluche, etc. Notre confrère prescrit habituellement une potion formulée ainsi qu'il suit :

Ichtyol		2 grammes.
Glycérine	} àâ	8 —
Sirop d'écorces d'oranges		
Eau		60 —

La première dose de cette mixture provoquerait souvent des nausées, parfois même des vomissements; mais l'enfant ne tarderait pas à s'habituer au remède, surtout si l'on a soin de ne l'administrer qu'après les repas. Toutefois, les nourrissons ne supporteraient guère l'ichtyol. A en juger d'après les observations de M. Jennings, ce médicament amènerait rapidement la guérison de la bronchite, même dans les cas rebelles.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Progrès à réaliser dans le traitement mercuriel des accidents graves de la syphilis.

Dans ce travail, je me propose d'étudier surtout les deux points suivants :

1° Nécessité de traiter les accidents graves de la syphilis uniquement par des injections mercurielles;

2° Nécessité d'élever d'*une manière considérable* les doses de mercure prescrites contre ces accidents.

I

Le traitement mercuriel dans les accidents graves de la syphilis ne doit être fait que sous forme d'injections.

Nous verrons plus loin combien la dose de mercure introduite dans l'organisme est importante dans la thérapeutique des lésions syphilitiques. Or, les injections sont le seul moyen que nous ayons à notre disposition pour administrer une quantité de mercure connue. La démonstration en est facile, et je l'ai déjà fournie ailleurs (1). L'expérience thérapeutique de tous les jours prouve, en effet, aux dermatologistes, que l'effet thérapeutique des pilules de protoiodure (0 gr. 10 centigr. par jour) est inférieur à celui d'une injection hebdomadaire de 0 gr. 10 centigrammes de calomel, que l'effet thérapeutique de frictions à la dose quotidienne de 6 grammes est presque toujours inférieur à celui de la même injection de calomel. Par suite, on ne peut croire un moment que le malade qui prend journellement 0 gr. 10 centigr. de protoiodure absorbe la totalité du sel ingéré, ni que le sujet à qui on fait des frictions avec 6 grammes d'onguent napolitain absorbe chaque jour 3 grammes de mercure métallique. Le premier serait, du reste, intoxiqué en peu de temps; quant au second, il le serait le jour même de la première friction. Et, d'autre part, nous ne pouvons penser que l'intestin, chez tous les malades, absorbe la même quantité de protoiodure à ingestion égale, encore moins que les frictions amènent la pénétration de la même quantité de mercure chez tous, à travers la peau ou le poumon (puisqu'une partie du mercure est absorbée par celui-ci).

Ceci nous démontre qu'il existe un procédé, mais un seul, à l'heure actuelle, capable d'introduire une dose déterminée de mercure dans l'organisme : ce sont les injections;

Et ceci, en second lieu : toutes les fois qu'on voudra obtenir du mercure tous les effets utiles en évitant les effets toxiques, on ne pourra employer d'autre procédé que les injections.

II

L'effet thérapeutique des injections mercurielles dépend de la dose de mercure introduite dans l'organisme.

J'ai déclaré dans un travail récent (2) que je n'attachais aucune importance à la nature du sel injecté, soluble ou insoluble, au point de vue de l'efficacité thérapeutique, la seule qui doive entrer en ligne de compte en ce moment, puisque, pour tous les sels usuels, nous disposons de formules et de procédés d'injection qui nous permettent, dans les cas graves de syphilis, de n'attacher *aucune* importance aux considérations accessoires.

A mon avis, l'efficacité thérapeutique d'un composé mercuriel dépend uniquement de la quantité de mercure introduite en circulation dans l'organisme dans un temps donné. Les affirmations des auteurs sur la supériorité de tel ou tel composé (au point de vue de l'efficacité) sont toutes contradictoires et se détruisent toutes; elles s'expliquent très facilement par des raisons personnelles et par le désir, fort légitime, que chacun a de faire adopter le composé dont il a l'habitude et qu'après avoir expérimenté largement, il préfère aux autres, parce qu'il en a obtenu d'excellents résultats.

On peut grouper sous forme de tableau les proportions de mercure contenues dans les divers composés mercuriels usuels, afin de faire entre eux une comparaison précise (1) :

Chlorure mercureux (calomel)..	Hg^2Cl^2	— 84.92 %
— mercurique (sublimé).	$HgCl^2$	— 73.80 %
Iodure mercureux..................	Hg^2I^2	— 61.16 %
— mercurique (bi-iodure)..	$Hg I^2$	— 44.05 %
Benzoate de mercure...........	$(C^6H^5Co^2)^2Hg$	— 45.25 %
Cyanure de mercure...........	$(CAz)^2Hg$	— 79.32 %

La lecture de ce tableau nous montre, pour nous limiter aux composés habituellement employés, que, parmi les sels solubles, le cyanure et le sublimé (79 et 73 % de Hg) contiennent presque deux fois plus de mercure que le benzoate et le bi-iodure. Leur activité thérapeutique est manifestement supérieure, à doses égales, d'après mon expérience; leur effet toxique est plus intense, toujours à doses égales. Le calomel est, de tous les sels d'usage courant, le plus riche en mercure, puisqu'on a à peu près renoncé à l'emploi de l'oxyde jaune. Mais ici, une objection se présente à l'esprit. Comment se fait-il que l'injection de calomel ait, d'après la plupart des dermatologistes, une efficacité si considérable, supérieure à celle des sels solubles (2) dans le traitement des syphilides rebelles de la peau, et même à celle de l'huile grise, qui permet d'injecter des doses de mercure plus élevées? Injecter 0 gr. 10 centigr. de calomel par semaine, c'est introduire 0 gr. 08 centigrammes de mercure dans l'organisme. Or, en injectant, comme on le fait parfois, 0 gr. 015 milligrammes de sublimé chaque jour, on introduit en une semaine la même dose de mercure, à quelques milligrammes près. A quoi tient la supériorité du calomel, si la nature du sel n'a aucune importance?

Il est facile de répondre à cette objection quand on étudie la manière dont agit le calomel sur l'organisme.

Toute injection de ce sel est suivie d'une réaction locale, mais également d'une réaction générale. La fièvre, la courbature, qui persistent pendant trois jours en moyenne, ne peuvent s'expliquer que par l'intoxication.

On doit admettre que, durant ces trois jours, les trois quarts du calomel introduits dans le muscle sont solubilisés, peut être plus.

Telle est pour moi l'explication, et la seule plausible, de l'action parfois héroïque de l'injection de calomel : elle permet de faire passer dans la circulation, en un temps très court, une quantité de mercure infiniment supérieure à celle qu'on introduit par tous les procédés que nous employons d'habitude, soit peut-être 0 gr. 02 centigrammes de mercure quotidiennement, pendant les jours qui suivent l'injection.

Quant aux injections d'huile grise, elles ne provoquent ni réaction locale importante, ni réaction générale; il est évident que cette préparation, contrairement au calomel, se résorbe avec une très grande lenteur; je n'en veux pour preuve que les stomatites tardives, suivant, au bout d'une, deux et trois semaines, le traitement par l'huile grise.

Bref, on ne peut tirer argument des effets produits par les injections insolubles pour combattre la théorie que j'ai exposée plus haut, relativement à l'importance de la dose de mercure introduite dans l'organisme.

Cette question de dose doit dominer, à mon avis, tout le débat sur le traitement mercuriel; si la guérison des accidents syphilitiques dépend bien du mercure, elle dépend aussi, ce qu'on n'a pas fait remarquer, je crois, de l'action d'une quantité déterminée de mercure. Or, *tous les accidents syphilitiques ne sont pas curables par les mêmes doses.*

Il y a plus : entre la quantité suffisant à la guérison d'un accident déterminé et la dose insuffisante, il semble qu'il n'y ait qu'un très léger écart, et je crois qu'on peut proposer la loi suivante :

Les lésions syphilitiques, je parle des lésions en activité, incurables par une quantité de mercure A, le sont par une quantité $A + a$; c'est-à-dire que si des accidents résistent, d'une manière complète, à une dose déterminée de mercure, il peut suffire d'augmenter cette dose pour les voir guérir. Et j'ajoute qu'il ne faut pas compter sur l'accumulation du mercure, sur son effet au bout d'un certain temps d'absorption; ce qui importe, c'est la quantité de mercure apportée en vingt-quatre heures dans l'organisme.

Tout ceci résulte directement de l'observation des lésions cutanées traitées par le mercure. Et voici la conséquence très grave qu'on en peut tirer :

N'existe-t-il pas d'une manière commune, au niveau des viscères, en particulier du système nerveux, des lésions que l'on croit rebelles au traitement antisyphilitique, et qui, comme certaines lésions cutanées, guériraient par un traitement à doses plus fortes qu'on ne le fait en général? Ne devons-nous pas, avant de les déclarer incurables, essayer d'augmenter l'activité du traitement qui est fait d'une manière banale?

III

Ces données établies, voyons quels sont les progrès que l'on peut chercher à réaliser en matière de traitement mercuriel.

Les réflexions que j'ai faites sur ce sujet ont eu pour point de départ une observation extrêmement intéressante de M. A. Robin (1). Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'une iritis syphilitique des plus graves, paraissant devoir entraîner la perte de la vue, qui avait résisté à une injection de 0 gr. 10 centigr. de calomel et qui guérit par des injections de benzoate de mercure quotidiennes de 0 gr. 05 centigr. pendant huit jours, puis de 0 gr. 03 centigr. durant trois semaines.

Ce qui m'a frappé dans ce fait, c'est que le benzoate de mercure produisait un effet thérapeutique supérieur à celui du calomel, mais cela parce que M. Robin l'avait employé à des doses beaucoup plus fortes qu'on ne le fait d'ordinaire. Or, je n'avais jamais réfléchi à ces questions et je vivais de l'idée courante de la supériorité du calomel sur les autres sels de mercure, supériorité spécifique en quelque sorte, due à ce qu'il s'agissait de calomel et non d'un autre composé. A la réflexion, je fus surpris de voir que les auteurs parlaient de la valeur de tel ou tel sel, sans chercher à l'expliquer, sans discuter même de très près la dose nécessaire au point de vue thérapeutique. J'admettais, comme tout le monde, que les injections de composés insolubles étaient supérieures comme efficacité aux injections de préparations solubles. Aujourd'hui, une pareille théorie me paraît invraisemblable : comment le mercure serait-il moins actif à l'état dissous qu'à l'état non dissous? Cette proposition ne peut être exacte que sous la forme suivante : à l'heure présente, nous employons en injections de sels solubles des doses mercurielles peu élevées, en injections de composés insolubles des doses plus fortes; par suite, ces dernières injections sont plus actives.

Injectons sous forme soluble des quantités de mercure plus considérables, nous verrons les injections de préparations solubles plus actives que celles de sels insolubles.

(1) Leredde. La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. (*Rev. prat. des maladies cutanées*, 1er avril 1902, p. 12.)

(2) Leredde. La question des injections mercurielles. (*Bull. et mém. de la Soc. de thérap.*, 23 février 1902.)

(1) Les solutions de peptone mercurique — médicament qui ne figure pas dans le tableau ci-dessus —, employées en général, contiennent par centimètre cube 0 gr. 004 milligr. de sublimé, ou environ 0 gr. 003 milligrammes de mercure.

(2) On doit sous-entendre ici, ce qui n'est jamais spécifié dans les traités de thérapeutique : aux doses usuelles.

(1) A. Robin. (*Bull. et mém. de la Soc. de thérap.*, 18 déc. 1901, p. 568.)

Ici intervient une question fondamentale. Peut-être admettra-t-on, comme logiques et simples, les idées que j'ai exposées, mais on se demandera, bien certainement, si cette théorie qui conduit à élever les doses de mercure n'expose pas les malades à des dangers redoutables. L'impression qui se dégage de l'étude du traitement mercuriel, exposé partout, c'est qu'entre les doses thérapeutiques et les doses toxiques il y a peu de différence, et à vouloir augmenter les premières, on voit apparaître le spectre de l'hydrargyrisme, accidents buccaux terribles, accidents cutanés, accidents généraux.

En y mettant quelque sang-froid, tous ces dangers ne paraissent pas bien grands. C'est une erreur de penser que les doses toxiques soient si voisines des doses thérapeutiques; cette erreur remonte à l'époque *où on ne dosait pas le mercure*, où on introduisait dans le tube digestif 0 gr. 10 centigr de proto-iodure sans se préoccuper de ce qui pouvait être absorbé, où on frottait la peau avec 6 grammes d'onguent napolitain pour réussir à faire absorber quelques centigrammes de mercure métallique par l'organisme. Il n'est pas surprenant qu'on ait observé de temps à autre des accidents graves.

Mais nous avons vu que M. Robin a pu injecter à une malade une dose quotidienne de 0 gr. 05 centigr. de benzoate de mercure (0 gr. 022 milligrammes de Hg) pendant huit jours sans accident. M. Lemoine a déclaré au Congrès de médecine de Toulouse (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 127) qu'il avait guéri des tabétiques et des paralytiques généraux en leur injectant chaque jour de 0 gr. 06 à 0 gr. 08 centigr. (0 gr. 036 milligr. de Hg) de benzoate de mercure; et M. Lépine a dit à son tour avoir injecté 0 gr. 06 centigr. de bi-iodure par jour à certains syphilitiques (0 gr. 026 milligr.). Or, ni l'un ni l'autre n'ont fait mention d'accidents quelconques.

Les doses de calomel qu'on injecte communément (0 gr. 10 centigr. par semaine, soit 0 gr. 084 milligr. de Hg) sont bien inférieures à celles que je viens d'indiquer (j'ai dit plus haut qu'à mon avis l'injection de calomel était suivie d'une résorption intense pendant les deux ou trois premiers jours, ce qui explique son action curative considérable); je dois rappeler que les premiers auteurs qui ont recommandé les injections de calomel ont prescrit jusqu'à 0 gr. 15 et 0 gr. 20 centigr. de ce sel par semaine (0 gr. 12 et 0 gr. 16 centigr. de Hg).

Ces quantités de benzoate, de bi-iodure, de calomel sont très supérieures aux doses que nous employons tous les jours en injections. Je ne parle ni des frictions ni de l'ingestion, puisque, comme je l'ai fait remarquer déjà, nous ne savons pas en prescrivant des frictions ou des pilules quelle proportion de mercure le malade absorbera réellement.

Les syphiligraphes manient donc le mercure à doses faibles. La grande majorité des lésions cutanées guérissent, en effet, sous l'influence de 0 gr. 10 et même de 0 gr. 05 centigr. de proto-iodure chaque jour, d'une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, de frictions à la dose de 4 grammes par jour, d'une injection quotidienne de 0 gr. 01 centigr. (0 gr. 008 milligr. en Hg) de cyanure ou même de 0 gr. 01 centigr. (0 gr. 0045 décimilligr. en Hg) de benzoate, voire même de 0 gr. 004 milligr. de bi-iodure suivant la formule de M. Panas (0 gr. 0017 décimilligr. en Hg)! *Nous avons pris l'habitude de prescrire le mercure à ces doses.* S'il s'agit de lésions viscérales, graves ou rebelles, on ordonne sans réflexion, *par tradition*, des frictions à la dose de 4 ou 6 grammes d'onguent napolitain par jour (? en Hg) ou des injections de sels solubles aux doses que nous avons indiquées plus haut et qui suffisent à guérir les lésions cutanées que nous observons journellement, *mais ne suffisent pas à les guérir toutes.* Et les neurologistes, dans le traitement des lésions graves, rebelles, se guident sur les bases adoptées par les dermatologistes pour le traitement de lésions cutanées faciles à guérir.

Il faut cependant penser que, lorsqu'il s'agit de lésions viscérales, nous devons chercher à agir autrement que lorsque nous avons à traiter des lésions cutanées, celles-ci n'ayant aucune gravité immédiate alors que, celles-là étant souvent des plus graves, nous devons *toujours* agir de telle manière que, *dans le moindre temps possible, nous amenions leur résolution complète.* S'agit-il d'accidents cérébraux ou spinaux? Une question d'heures a son importance, puisque à un moment donné l'oblitération d'un vaisseau peut être irrémédiable, et déterminer un ramollissement. Et la question de doses a aussi son importance, car il existe dans le cerveau et la moelle des lésions qui, comme certaines manifestations cutanées, sont rebelles à des doses insuffisantes.

Je viens de dire que les doses de mercure que nous employons presque toujours ont été déterminées en se réglant sur les quantités qui suffisent à guérir des accidents bénins de la peau. Je puis indiquer une autre raison. Tous les syphiligraphes, en prescrivant le mercure, ont cherché et cherchent à éviter la stomatite mercurielle, accident pénible pour le malade et pour le médecin, et qui oblige à suspendre le traitement.

Il n'est pas douteux que la quantité de mercure absorbée joue un rôle dans le développement de la stomatite : tel patient qui supporte, sans accident buccal, une dose déterminée ne peut supporter une dose plus forte. Mais nous savons également ceci :

La stomatite hydrargyrique dépend essentiellement de l'état de la muqueuse buccale. Tel sujet tolérera sans stomatite une dose élevée de proto-iodure; tel autre ne supportera pas une dose beaucoup plus faible. Même observation pour les frictions et pour les injections, qu'il s'agisse de sels solubles ou insolubles. *Les individus qui ont les dents et les gencives en bon état, nettoyées par un dentiste s'il existe le moindre doute sur l'état de la dentition au début du traitement, et qui prennent pendant celui-ci les soins de propreté minutieuse indispensables, peuvent supporter des doses très élevées de mercure sans stomatite.*

La stomatite mercurielle peut même être évitée lorsqu'on emploie le mercure à doses plus élevées; certainement elle aura d'autant plus de chances de se produire que les doses seront plus fortes, mais lorsqu'il sera indiqué d'y avoir recours, les précautions nécessaires seront prises avec une rigueur excessive, de façon à ne pas être obligé d'interrompre le traitement.

Le seul critérium que l'on doive adopter pour déterminer les doses maxima de mercure est fourni par les signes de l'intoxication mercurielle : la fièvre, la courbature, l'affaissement — phénomènes qui suivent assez souvent l'injection de 0 gr. 10 centigr. de calomel —, c'est-à-dire l'apparition d'accidents qu'on peut craindre plus graves que les manifestations spécifiques contre lesquels on doit lutter (1).

IV

De ce qui précède, on peut tirer déjà quelques *conclusions pratiques* et proposer de modifier le traitement des accidents graves de la syphilis, d'élever les doses, d'augmenter les quantités de sels solubles ou de calomel introduites dans l'organisme.

On pourra, comme MM. A. Robin et Lemoine, employer le benzoate de mercure aux doses quotidiennes de 0 gr. 05 à 0 gr. 08 centigr., ou comme M. Lépine le bi-iodure à la dose de 0 gr. 06 centigr. Préfère-t-on se servir de sublimé ou de cyanure, on se rappellera que ces sels contiennent plus de mercure, et doivent être administrés à doses presque moitié moindres que le bi-iodure ou le benzoate. J'ai récemment prescrit le cyanure à la dose quotidienne de 0 gr. 03 centigr.

En principe, lorsqu'on voudra donner le mercure à des doses aussi fortes que celles que je viens d'indiquer, il sera préférable de pratiquer des injections de sels solubles, puisqu'il sera facile d'arrêter l'absorption du mercure s'il existe une stomatite ou des phénomènes généraux d'origine toxique, ou si l'état urinaire est modifié par le traitement de manière à obliger de suspendre celui-ci. Cependant, je ne serais pas étonné qu'on trouvât un précieux avantage à employer le calomel à la dose où on le prescrivait autrefois, de 0 gr. 15 ou 0 gr. 20 centigr. par semaine. Mais, au lieu de pratiquer une injection hebdomadaire, on pourrait en faire, par semaine, deux de 0 gr. 07 ou 0 gr. 10 centigr. chacune. On mettrait ainsi à profit l'action brusque, brutale du calomel, et il est certains cas, dans le tabes, par exemple, où il y aurait en principe avantage à faire de cette façon les injections de composés insolubles, les injections de préparations solubles constituant pour les malades un mode de traitement réellement onéreux.

V

Examinons maintenant quelles sont les *indications* du traitement mercuriel à doses intensives.

Il est évident que, dans tous les cas où les accidents syphilitiques sont curables par les doses habituelles, nous devons continuer à les employer. Mais nous devons employer des doses plus élevées : *a*) lorsque le mercure est administré comme moyen de diagnostic; ceci n'a pas besoin d'être expliqué; *b*) quand il est démontré que les doses courantes ne sont pas curatives; *c*) toutes les fois que, *étant dans l'ignorance de la dose nécessaire, nous aurons à traiter un malade présentant des accidents qui doivent être guéris rapidement et complètement*, autrement dit, lorsqu'une dose normale pourrait être insuffisante pour empêcher des désordres irréparables. Ces règles posées, nous devons les justifier en entrant dans quelques détails et chercher à quels cas elles s'appliquent.

1° Un malade offre des accidents cutanés, tels que lésions palmaires et plantaires, lésions tuberculo-gommeuses à progression excentrique, ou encore des accidents linguaux d'origine syphilitique. Ces manifestations sont rebelles au traitement mercuriel ordinaire; il y a indication à élever les doses. En général l'injection de 0 gr. 10 centigr. de calomel suffira; si on veut faire des injections de sels solubles, on aura recours au sublimé ou au cyanure (0 gr. 02 centigrammes au moins), ou au benzoate (à la dose de 0 gr. 04 centigr.), au lieu de s'en tenir, comme on le fait d'habitude, aux injections de 0 gr. 01 centigr. de cyanure ou de benzoate chaque jour. Si les lésions résistent, on pourra même élever davantage ces doses. On pourra agir de même pour des accidents profonds, tels que lésions osseuses, articulaires.

Bref, lorsque la question de temps est de second ordre, ce n'est qu'après avoir donné le traitement aux doses habituelles qu'on arrivera aux doses fortes.

2° Mais dans les lésions du système nerveux, nous devons d'emblée employer le mercure à dose maxima; d'abord dans les manifestations que tout le monde reconnaît comme syphilitiques, puisque, je le rappelle, *il s'agit d'intervenir à doses suffisantes pour que des accidents graves ne se produisent pas, et non d'attendre que ces accidents se soient produits pour s'apercevoir qu'on n'a pas agi avec assez d'énergie.*

Les doses maxima devront être également

(1) Il faut, bien entendu, éliminer les cas où le malade présente une sensibilité anormale au mercure (hydrargyrie cutanée, par exemple), et ceux où l'état des vaisseaux ou du rein fournit une contre-indication à l'emploi de doses qui, à la limite de la toxicité pour un individu normal, deviennent toxiques par suite de conditions pathologiques.

employées dans le tabes, la paralysie générale et les autres affections du système nerveux que M. Fournier a appelées parasyphilitiques. Ce n'est pas ici le moment de revenir sur une discussion que j'ai portée ailleurs (1); je rappelle seulement que le tabes et la paralysie générale, entre autres affections « parasyphilitiques », sont pour moi des affections syphilitiques et curables par le mercure, à condition que le traitement soit institué d'assez bonne heure et *à doses suffisantes*. La discussion qui vient d'avoir lieu au Congrès de Toulouse (2) a entièrement confirmé mes idées, et le terme « affections parasyphilitiques » n'y a pas trouvé de défenseurs. De nouveaux cas de guérison du tabes et de la paralysie générale y ont été apportés (Lemoine, Cassaët).

Parmi les insuccès du traitement mercuriel dans ces maladies, il en est qui sont dus : *a*) à ce que peut-être toutes les paralysies générales, tous les tabes ne sont pas d'origine et de nature syphilitiques; *b*) à ce que, dans les tabes et les paralysies générales d'origine et de nature syphilitiques, nous intervenons souvent, je dois dire *presque toujours*, trop tard. Et comme, par une tendance d'esprit que je ne puis absolument comprendre, les neurologistes et même les syphiligraphes cherchent à mettre surtout en évidence les insuccès et les inconvénients du traitement, on en arrive à dire qu'on ne peut guérir un tabétique ou un paralytique général par le mercure, alors que les observations de guérison existent de tous les côtés (3).

Mais, surtout, je crois que parmi les causes d'échec du traitement mercuriel dans le tabes et la paralysie générale, il faut faire figurer fréquemment en ligne de compte un traitement insuffisant. M. G. Ballet a prononcé, au Congrès de Toulouse, une phrase qui doit être mise en vedette : « Nous n'avons pas de succès dans le tabes et la paralysie générale que nous traitons par les procédés de traitement mercuriel, j'entends par ceux que les syphiligraphes nous indiquent. » Une enquête que j'ai faite sur ce sujet parmi les neurologistes, m'a appris que presque tous recouraient encore aux frictions, procédé que les syphiligraphes emploient déjà beaucoup moins.

Eh bien, j'affirme que pratiquer des frictions quotidiennes avec 4 grammes d'onguent napolitain, chez un malade atteint d'accidents nerveux syphilitiques, c'est instituer un traitement insuffisant, et ce traitement est surtout insuffisant lorsqu'il s'agit de lésions syphilitiques diffuses, comme le sont celles du tabes et de la paralysie générale. Dans ces affections, *le mercure ne doit être prescrit qu'en injections*; en principe, on emploiera des doses de 0 gr. 03 ou 0 gr. 04 centigrammes de sels forts (cyanure ou sublimé), de 0 gr. 06 à 0 gr. 08 centigr. de sels faibles (benzoate ou bi-iodure), ceci sous la réserve qu'on utilisera peut-être dans l'avenir des moyens encore plus énergiques. On pourra encore essayer de faire chaque semaine deux injections de calomel de 0 gr. 07 ou 0 gr. 10 centigr. chacune (4).

Toutes les modifications que l'on peut apporter au traitement mercuriel ne sont pas signalées dans ce qui précède. Des réflexions que j'ai exposées, on pourrait tirer encore quelques conséquences. Ainsi, l'action remarquable du calomel avec des doses assez faibles de mercure pourrait conduire à faire une seule injection d'un sel soluble à dose très élevée, puis à attendre l'élimination du mercure pour recommencer. La question des injections intraveineuses devra être reprise, les doses employées par M. Abadie ne permettant pas de juger de la supériorité de la méthode en elle-même.

Mais nous arrivons ici à des procédés qui ne seront peut-être usités qu'à titre exceptionnel et dans des accidents tout à fait anormaux. Pour le moment, qu'il suffise, comme conclusion, de dire qu'on peut manier le mercure beaucoup plus énergiquement qu'on ne le fait en général, sans danger réel pour le malade, dans les accidents syphilitiques graves, et qu'on obtiendra sans doute ainsi des résultats qu'on ne pouvait obtenir autrefois.

Dr Leredde (de Paris).

(1) Leredde. Sur les affections dites parasyphilitiques. (*Bull. de la Soc. française de dermatol. et syphiligr.*, 6 février 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 53.) — Guérison d'un cas de tabes par les injections de calomel. (*Bull. de la Soc. française de dermatol. et syphiligr.*, 6 mars 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 84.)

(2) Sur le diagnostic et le traitement des affections parasyphilitiques. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 127.)

(3) J'appelle guérison l'arrêt de la maladie, la non-apparition définitive de nouveaux accidents; je n'exige même pas, pour employer ce terme, la rétrocession, fréquente cependant, de symptômes dont certains sont de telle nature qu'ils ne peuvent rétrocéder.

(4) Ces doses, comme toutes celles que j'ai indiquées dans cet article, sont calculées pour l'homme adulte, vigoureux et sain. Il faut, en principe, chez la femme les réduire d'un quart environ.

MÉDECINE PRATIQUE

Un procédé perfectionné de percussion.

Bien que la percussion soit, depuis environ un siècle, devenue d'un emploi journalier, il n'en reste pas moins que cette méthode d'exploration laisse parfois à désirer au point de vue de la précision. La percussion instrumentale donne, il est vrai, des résultats acoustiques supérieurs à ceux qu'on obtient en pratiquant la percussion digitale; mais sans compter que, seuls, les doigts peuvent apprécier des modifications délicates de la résistance ou de l'élasticité des parties, il importe encore de noter que le plessimètre ne se laisse pas appliquer partout. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, des avantages et des inconvénients respectifs de ces deux procédés, il est certain que ni l'un ni l'autre ne permettent, par exemple, de définir d'une façon tout à fait précise les limites inférieures du poumon gauche. D'autre part, des altérations pulmonaires peu étendues en surface ou tout à fait superficielles échappent facilement à la percussion telle qu'on la pratique d'habitude; il en est de même pour des épanchements pleuraux mesurant moins de 400 c.c., ainsi que pour des cavernes peu volumineuses; enfin, on sait combien il est difficile de délimiter la matité cardiaque et d'obtenir des renseignements exacts en percutant des organes pleins, formant une masse solide, tels que le foie ou la rate.

Cela étant, un médecin hongrois, M. le docteur J. Plesch (de Budapest), a cherché à perfectionner la technique de la percussion digitale. Au lieu d'appliquer sur la partie à percuter un ou plusieurs doigts de la main gauche *à plat*, comme on le fait habituellement, notre confrère ne touche la surface à explorer qu'avec la pulpe d'un doigt recourbé à angle droit au niveau de l'articulation entre la phalange et la phalangine et maintenu fortement en extension dans la jointure entre la seconde et la troisième phalange; quant aux autres doigts et à la portion métacarpienne de la main gauche, ils restent étendus parallèlement à la partie explorée, séparés de celle-ci par la longueur des deux dernières phalanges du doigt sur lequel on percute. On peut, du reste, se servir à cet effet de n'importe quel doigt, suivant les dimensions, la conformation et le relief ou la dépression de la région à examiner. La percussion doit être pratiquée à l'aide du médius de la main droite et dans l'axe des deux dernières phalanges du doigt intercalé, c'est-à-dire que le médius doit venir frapper l'épiphyse inférieure de la première phalange. Il importe que la main gauche ne soit en contact avec la partie à explorer que par l'extrémité d'un doigt et que la phalangine et la phalangette de ce doigt, soigneusement étendues, forment bien un angle droit (et non pas un angle obtus) avec la phalange.

Ce procédé présenterait l'avantage de fournir des renseignements beaucoup plus précis que n'en donne la percussion ordinaire, les vibrations se propageant ici directement dans le sens vertical et très peu en surface, tandis que la main appliquée à plat sur la région à percuter ne fait qu'en atténuer la tonalité. Aussi, à en juger d'après l'expérience de M. Plesch, qui a vérifié par la radioscopie les résultats obtenus de la sorte, le procédé en question permettrait de délimiter d'une façon très exacte les viscères thoraciques et abdominaux, et notamment les rapports qui existent entre les poumons, d'une part, et le cœur, l'estomac, la rate et le foie, d'autre part. On pourrait également de cette façon déceler des lésions pulmonaires d'une étendue inférieure à 4 centimètres (dans la tuberculose au début, par exemple). Enfin, la percussion, telle que la pratique notre confrère, semble aussi appelée à rendre de bons services pour le diagnostic des tumeurs abdominales, l'exploration à l'aide d'un seul doigt étant de beaucoup moins pénible pour les malades que la percussion avec la main appliquée à plat.

L'urobilinurie de la grossesse et ses rapports avec la mort du fœtus.

M. le docteur C. Merletti, privatdocent et assistant de M. le docteur E. Truzzi, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Padoue, a observé, au cours de recherches sur l'anémie pernicieuse progressive chez les femmes enceintes, une urobilinurie intense dans un cas de mort intra-utérine du fœtus. Notre confrère a été, dans la suite, à même de se convaincre, par de nombreuses analyses, que, pendant les trois derniers mois de la grossesse, le spectroscope décèle toujours, dans les urines, deux ou trois fois plus d'urobiline qu'à l'état normal, et cela en l'absence de tout symptôme morbide. Une constatation analogue a été faite par M. le docteur Dialma Ferrari, sur 10 femmes enceintes, à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Parme.

Mais, à côté de cette urobilinurie en quelque sorte *physiologique* de la grossesse, il en existerait une autre, beaucoup plus marquée, qui serait liée à la mort du fœtus. En dehors du cas susmentionné d'anémie pernicieuse, M. Merletti a eu l'occasion d'observer cette *urobilinurie pathologique* dans 4 faits : 2 fois au cours du cinquième mois de la grossesse, 1 fois pendant le sixième mois et 1 autre fois au septième mois. Chez toutes les femmes en question, tant que le fœtus mort séjournait dans l'utérus, l'urine contenait des quantités considérables d'urobiline, de sorte qu'on pouvait mettre ce pigment en évidence non seulement à l'aide de l'analyse spectrale, mais aussi par le procédé de fluorescence, qui consiste, comme on le sait, à additionner l'urine de chlorure de zinc ammoniacal. Après la délivrance, cette urobilinurie ne tarda pas à s'atténuer progressivement pour revenir, au bout de cinq à dix jours, à son taux normal.

En se basant sur ces faits, notre confrère estime que l'exagération de l' « urobilinurie de la grossesse » aurait une valeur diagnostique au point de vue de la mort du produit de la conception. Bien que la chose demande encore à être vérifiée sur un plus grand nombre de cas, elle n'en méritait pas moins d'être signalée.

Un signe précoce de la pleurésie avec épanchement.

D'après un médecin russe, M. le docteur B. G. Prjevalsky (de Kharkov), l'épanchement pleurétique se traduirait, dès le début, par un signe particulier qui consiste dans un rétrécissement, avec augmentation de résistance, des espaces intercostaux du côté atteint. Dans les 19 cas (dont 14 pleurésies séro-fibrineuses et 5 pleurésies purulentes) où notre confrère a eu l'occasion d'examiner soigneusement le thorax des malades, à la période précoce de l'affection, ce signe n'a jamais fait défaut. Il serait particulièrement net chez les enfants.

Le rapprochement des côtes entre elles dans la moitié du thorax qui renferme l'exsudat pleural présenterait une certaine analogie avec les contractures musculaires des extrémités, qu'on observe au cours des phlegmasies articulaires et qui donnent lieu à des attitudes fixes des membres. Dans les épanchements pleurétiques, il s'agirait également d'une sorte d'*attitude fixe des côtes*, qui ne serait qu'une contracture réflexe, à moins qu'on n'admette la participation directe des muscles intercostaux internes au processus inflammatoire de la plèvre.

VINGTIÈME CONGRÈS ALLEMAND

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril 1902.

Le diagnostic et le traitement de l'ulcère de l'estomac.

M. Ewald (de Berlin), *rapporteur*. — Je me limiterai, dans ce rapport, à l'étude de l'ulcère gastrique au point de vue du diagnostic, laissant à mon co-rapporteur le soin de traiter le côté thérapeutique de la question; mais, auparavant, qu'il me soit permis de dire en passant que l'opinion de M. W. van Ijzeren, qui tend à admettre que la cause de l'ulcère de l'estomac est à chercher dans un spasme du pylore (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 15), me paraît très invraisemblable; dans la plupart des cas, ce spasme manque complètement; je crois qu'il y a ici confusion entre la cause et l'effet, car nous savons que l'hyperacidité du suc gastrique produit un spasme parfois permanent du pylore, même en l'absence de tout ulcère.

Le diagnostic trouve peu d'éléments utiles dans les données statistiques. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer 1,080 cas d'ulcère gastrique dans les dix dernières années. En classant ces faits d'après le sexe et l'âge, j'arrive à peu près au même résultat que les autres auteurs. Je puis en dire autant pour la mortalité.

En ce qui concerne les signes physiques de l'ulcère, je ne crains pas d'introduire la sonde, afin d'étayer un diagnostic hésitant; mais je m'abstiens en général du cathétérisme dans les cas qui ne prêtent pas au doute. En présence d'hémorrhagies profuses, cependant, j'estime que l'introduction de la sonde et l'irrigation de la muqueuse avec de l'eau glacée sont indiquées, mais c'est alors dans un but thérapeutique.

J'ai été frappé du grand nombre de sujets atteints d'ulcère qui n'offrent pas d'hyperacidité. J'ai trouvé le suc hyperacide dans 34.1 % des cas, d'acidité normale dans 56.8 %, hypoacide dans 9 %. J'ai noté plusieurs fois de grandes fluctuations dans le degré de l'acidité, que j'ai vu varier entre 28 et 44, 36 et 78, 38 et 54, 29 et 75, etc. Ce point est d'une grande importance pour les cas où l'ulcère se transforme en cancer. L'acide lactique a toujours manqué chez mes malades. Les bacilles longs faisaient souvent défaut.

Le suc gastrique de nombre de mes patients renfermait du sang, sans que les vomissements fussent sanguinolents et sans que le contenu de l'estomac possédât des caractères particuliers. Des hématémèses furent constatées 203 fois sur 364 (125 hommes et 78 femmes). La valeur de ce symptôme pour le diagnostic différentiel est très grande, mais il faut bien s'assurer que, dans le cas particulier, la perte sanguine n'a pas une autre origine. Je note particulièrement trois causes d'erreur : les hémorrhagies menstruelles vicariantes, les hémorrhagies dues à un grave processus septique, les hémorrhagies parenchymateuses.

Je ne puis reconnaître aux *érosions hémorrhagiques* la valeur d'une entité morbide. Mes observations et mes recherches prolongées, particulièrement sur le suc gastrique obtenu au moyen de la sonde et sur les lambeaux de muqueuse trouvés dans l'eau ayant servi aux lavages, me portent à admettre qu'il s'agit là de lésions accessoires sans importance et guérissant rapidement, ou bien de débuts d'ulcères ronds qui évoluent plus tard de la manière habituelle.

Depuis vingt ans, nous n'avons fait aucun progrès au point de vue du diagnostic de localisation de l'ulcère gastrique. Nous ne pouvons émettre à cet égard que des suppositions, sauf quand nous trouvons une tumeur du pylore, les autres symptômes permettant d'admettre un ulcère rond. Le diagnostic différentiel doit envisager : 1° le spasme pylorique; 2° une hypertrophie musculaire ou une tumeur cicatricielle; 3° un néoplasme cancéreux.

Il est des cas où il est matériellement impossible de juger avec certitude, même après un examen histologique minutieux, s'il s'agit de lésions bénignes ou bien d'un processus malin. J'ai vu deux malades chez lesquels, un rétrécissement d'apparence bénigne ayant été extirpé et l'examen microscopique n'ayant pas révélé de tissus cancéreux, il se développa quelques années plus tard un cancer. J'ai déjà fait remarquer que les tumeurs malignes se propagent dans la muqueuse et la sous-muqueuse bien au delà de leur limite apparente; cette particularité augmente les difficultés de l'opération radicale.

Les douleurs, dans l'ulcère rond, sont loin d'être toujours typiques, surtout dans les cas à évolution chronique, où elles sont facilement confondues avec des gastralgies provenant d'autres causes; il faut signaler particulièrement les gastralgies que l'on observe dans le premier stade de la phtisie ou bien dans le tabes (période préataxique). Je tiens à attirer aussi l'attention sur les hernies de la ligne blanche; j'ai constaté à plusieurs reprises qu'elles peuvent entraîner des erreurs de diagnostic, et que des douleurs attribuées à un ulcère rond disparaissent parfois à la suite de l'opération de la hernie.

L'amaigrissement et le facies cachectique sont relativement rares dans l'ulcère de l'estomac; on les observe seulement chez les sujets nerveux, ou bien chez des individus gras, qui ont réduit leur nourriture par crainte des douleurs. L'amaigrissement peut alors rendre le diagnostic malaisé.

L'hypertrophie des ganglions lymphatiques n'a qu'une valeur très secondaire. L'état de la langue est plus important; dans l'ulcère de l'estomac, la langue est d'habitude humide, rouge, peu ou pas du tout chargée.

Les complications de l'ulcère gastrique peuvent être la source de grandes difficultés. La perforation dans la cavité abdominale est d'ordinaire facile à diagnostiquer; pourtant j'ai été induit en erreur par une perforation de l'appendice accompagnée d'une grave hémorrhagie gastrique. Nous ne possédons aucun moyen de reconnaître s'il y a menace de perforation. L'opération offre d'autant plus de chances de succès qu'elle est faite plus tôt; mais les difficultés opératoires peuvent être énormes si l'ulcère est étendu, et si la perforation se trouve au centre d'une large ulcération.

Parmi les complications « chroniques » de l'ulcère, nous pouvons citer l'estomac en sablier; outre les symptômes habituels (impossibilité de retirer une grande partie de l'eau injectée, gargouillements limités à la partie pylorique, gonflement d'un seul côté après l'insufflation d'air), le diagnostic peut être facilité par l'usage d'un ballon de caoutchouc, ayant la forme de l'estomac et que l'on gonfle d'air une fois qu'il est en place; ce ballon ne distend que la partie cardiaque de l'estomac, tandis que l'insufflation dilate l'estomac tout entier.

Il nous est souvent impossible de savoir si l'ulcère a retenti sur les organes voisins; d'autres fois, au contraire, les symptômes sont évidents (perforation dans la plèvre, dans le péricarde, abcès sous-phrénique, perforation dans le gros intestin, etc.). Ces lésions secondaires peuvent être prises pendant des années pour des névroses fonctionnelles; c'est le cas, notamment des adhérences périgastriques. Le diagnostic se basera sur l'anamnèse (ulcère rond floride), sur les douleurs toujours localisées au même point, que la production d'acide chlorhydrique soit augmentée ou diminuée; sur l'existence de vomissements réguliers sans gastrectasie. L'intervention chirurgicale a souvent guéri ces malades, qui jadis passaient pour nerveux ou bien étaient considérés comme atteints d'hyperchlorhydrie ou de gastrosucorrhée. Chez des personnes jeunes, chlorotiques, le diagnostic est fréquemment impossible; on essaiera alors le traitement de l'ulcère d'estomac dont les effets, insignifiants en cas de nervosisme, sont démonstratifs s'il s'agit d'une lésion organique.

Je n'insisterai pas sur la différenciation de l'ulcère pylorique d'avec l'ulcère duodénal, les processus inflammatoires des voies biliaires (calculs, tumeurs, etc.). Je ferai seulement remarquer que dans tous ces cas, l'estomac n'étant pas en cause, le suc gastrique est d'habitude normal. D'ailleurs, les névralgies réflexes peuvent être ici de grande valeur pour le diagnostic : elles se produisent lorsqu'un calcul biliaire est arrêté au passage; siégeant dans les espaces intercostaux, dans les omoplates, souvent diffuses et périodiques, elles font songer à une fièvre intermittente larvée, à une congestion du foie. Très fréquemment alors, le chirurgien est seul à même d'éclaircir la situation.

Les ulcérations de l'œsophage sont rarement la cause d'erreurs de diagnostic; la localisation et la modalité de la douleur, l'examen œsophagoscopique permettent de les dépister; il en est de même des tumeurs ou processus inflammatoires de la partie inférieure de l'œsophage.

Pour ce qui concerne le diagnostic anatomique de l'ulcération gastrique (ulcère simple ou bien — chose infiniment plus rare — ulcères tuberculeux, syphilitiques, diphtéritiques ou urémiques), on peut l'élucider par la marche de la maladie : il s'agira de voir si l'ulcération est primitive ou bien si elle s'est développée dans le cours d'une autre affection; l'ulcération reste, d'ailleurs, latente en pareil cas; aussi offre-t-elle un intérêt anatomo-pathologique plutôt que clinique.

M. Fleiner (de Heidelberg), *co-rapporteur*. — Je n'ai à m'occuper ici que du traitement de l'ulcère gastrique, dont le but essentiel est de créer des conditions favorables à la guérison de l'ulcère. Pour cela, on a cherché à mettre la partie lésée à l'abri des irritations par le repos (repos du corps et repos de l'estomac, c'est-à-dire diète), à déterminer une contraction des parois stomacales par des lavages avec des solutions alcalines, afin d'éviter toute stagnation, à appliquer enfin une sorte de pansement sur la partie ulcérée (bismuth). Voyons avec quelques détails ces différents moyens thérapeutiques.

Le repos le plus absolu est la meilleure garantie d'une prompte guérison. L'estomac étant le plus contracté quand le malade éprouve la sensation de faim, il faut traiter les sujets atteints d'ulcère par la faim, et prolonger ce traitement aussi longtemps que possible : la faim et la soif peuvent être calmées par des lavements, mais on ne doit rien donner par la bouche. Pendant la durée de cette cure, il importe de bien surveiller l'état de contraction de l'estomac; s'il se dilate, l'application d'une vessie de glace est indiquée. Puis on passe au régime lacté, qui est strictement observé pendant un mois au moins. Ce n'est qu'au bout de ce délai que le patient peut quitter le lit et manger un peu de viande blanche; enfin, six semaines après le début du traitement, on lui permettra de commencer à prendre des viandes rouges. Durant la convalescence, il faut éviter tous les aliments qui produisent des fermentations; aussi ne recommandé-je ni les albumoses ni les extraits de viande. Tout voyage étant contre-indiqué, je ne prescris jamais le séjour dans une station hydro-minérale.

Les trois quarts des ulcères guérissent sous l'influence de cette cure un peu schématique. Les causes d'échec sont généralement l'impatience du malade ou du médecin qui, trompé par le bon état subjectif du sujet, interrompt le traitement trop tôt; elles peuvent dépendre aussi de la forme de l'ulcère (vieil ulcère calleux), ou bien de particularités individuelles (gastroptose, habitudes d'aérophagie). Les ulcères chroniques guérissent plus difficilement, à cause de la stagnation des aliments sur l'ulcération; par suite, il faut, en pareille occurrence, laver l'estomac en faisant boire des eaux alcalines et, si cela ne suffit pas, en introduisant des liquides au moyen de la sonde. Le cathétérisme n'a aucun inconvénient s'il n'est pas pratiqué immédiatement après une hémorrhagie; cependant la quantité d'eau introduite de la sorte ne doit pas dépasser 200 à 250 grammes, et sa pression doit être minime.

Le lavage de l'estomac terminé, on peut essayer des topiques. Je n'ai pas encore expérimenté les lavages au perchlorure de fer. Le nitrate d'argent me paraît diminuer les douleurs,

Mais, surtout, je suis partisan de l'emploi local du sous-nitrate de bismuth (10 à 20 gr. dans 200 gr. d'eau) selon le procédé de Kussmaul. Le bismuth se dépose sur l'ulcération où il reste deux ou trois jours. L'inconvénient de cette méthode, c'est que les pansements doivent être répétés souvent. Je m'explique les bons effets du bismuth en admettant qu'il couvre les nerfs mis à nu, qu'il diminue la sécrétion, et sert de désinfectant (Kocher) en entravant la fermentation des hydrocarbures; il favorise aussi la formation de granulations. On peut encore administrer la potion au bismuth par la bouche, après ingestion d'eau alcaline. Le bismuth agit également à la fin de la cure. Je ne l'ai jamais vu déterminer le moindre symptôme d'empoisonnement.

Passons au traitement chirurgical de l'ulcère rond de l'estomac. Si je n'ai pas perdu jusqu'à présent de malade atteint de cette affection, je ne crois pas devoir attribuer cet heureux résultat seulement à mon traitement interne, mais bien plutôt à ce que j'ai reconnu que la thérapeutique médicale a des limites et qu'à un moment donné, il faut laisser agir le chirurgien. Quand il existe un trouble mécanique ayant pour cause un ulcère de l'estomac et auquel on ne peut remédier par les moyens internes, on doit intervenir chirurgicalement; cette indication se pose lorsque le pylore ne laisse plus passer assez de nourriture pour soutenir le malade, c'est-à-dire lorsque le poids diminue. Comme rien ne permet de juger du degré de l'hypertrophie musculaire, dans les cas de dilatation, il faut opérer de bonne heure. Parmi les causes de cette obstruction du pylore, citons en première ligne les rétrécissements cicatriciels, puis les anomalies de forme et de motilité de l'estomac par suite d'adhérences ou de callosités.

L'ulcère de l'estomac ne constitue, en soi, une indication opératoire que s'il siège au pylore, parce qu'il y a à craindre alors une sténose pylorique. Cette localisation se révèle par l'existence de crampes pyloriques; quand on observe ce symptôme, on ne peut plus espérer la guérison spontanée. J'ai fait opérer 3 cas de ce genre avec un très bon résultat.

Ces ulcères du pylore peuvent avoir pour conséquence la tétanie. Je suis d'avis que la tétanie, en pareille occurrence, nécessite la suppression rapide de l'obstacle entravant l'écoulement du contenu de l'estomac; sur 5 opérés, 3 ont guéri; 2 sont morts, l'un de faiblesse (intervention trop tardive), l'autre peut-être par suite d'une faute opératoire.

Par contre, le traitement chirurgical des adhérences périgastriques, qui font souffrir les malades et prédisposent aux hémorrhagies et à la perforation, n'a pas fourni de résultats aussi satisfaisants.

De même, en cas d'hémorrhagies, l'intervention n'a pas donné les succès qu'on en espérait. Tant que l'ulcère saignant ne dépasse pas la paroi de l'estomac, la sonde suffit, l'évacuation de l'estomac amenant sa contraction. Dans les hémorrhagies graves, par contre, il ne faut pas faire le cathétérisme; je prescris alors le repos absolu et la vessie de glace. En somme, ce n'est, je crois, que dans un service hospitalier qu'il peut être question d'opération pour hémorrhagie.

Il existe de rares exemples de perforation d'un ulcère ayant guéri spontanément; mais la plupart du temps la vie ne peut être sauvée que par une intervention immédiate.

De toutes les opérations qui ont été proposées et faites en cas d'ulcère de l'estomac, je donne la préférence à la gastro-entérostomie. Les succès obtenus par M. Czerny à Heidelberg sont des plus encourageants, mais il importe que l'anastomose fonctionne bien et que son effet de soupape de sûreté soit complet. En outre, pour que les résultats soient bons, il faut que les chirurgiens s'habituent à appliquer au malade, avant et après l'opération, le traitement interne dans toute sa rigueur.

On peut espérer que la technique de la gastro-entérostomie sera bientôt assez parfaite pour qu'on puisse y avoir recours à titre prophylactique, dans le but de prévenir l'hémorrhagie, la perforation ou la dilatation de l'estomac.

M. Leo (de Bonn). — Je crois qu'en général on abuse de la sonde, sans se rendre assez compte des limites de son utilité. Le cathétérisme doit être employé seulement quand il est indispensable au diagnostic ou bien pour poser une indication thérapeutique; et encore, les renseignements qu'il fournit sont-ils loin de contrebalancer ses dangers. Par contre, l'usage de la sonde est utile toutes les fois qu'il y a stagnation; il faut se borner à faire un simple lavage, l'expression me paraissant nuisible. Toutefois, il faut savoir que si l'ulcère est récent, les lavages avec de petites quantités d'eau sont insuffisants, car ils ne nettoient pas la plaie; d'un autre côté, les grands lavages ne sont pas sans inconvénients, parce qu'ils produisent une distension des bords de l'ulcère, en dilatant l'estomac. Nous nous trouvons ainsi pris dans un dilemme qui nous oblige à une grande prudence dans l'emploi du cathétérisme. Je dois ajouter que j'ai obtenu de bons résultats avec le nitrate d'argent.

M. Pariser (de Hombourg). — Contrairement à M. Ewald, je maintiens la réalité des érosions de l'estomac en tant que maladie *sui generis;* les lambeaux de muqueuse ne se trouvent pas accidentellement, mais régulièrement, dans le liquide après les lavages d'estomac; leur nombre augmente et diminue en même temps que les douleurs. Je nomme cet état *gastrite exfoliatrice.*

Au point de vue thérapeutique, je partage les réserves de M. Leo sur l'utilité du cathétérisme. Le traitement par le bismuth a constitué un grand progrès; mais, le prix du bismuth étant assez élevé, j'ai remplacé ce médicament par un mélange de craie et de talc à parties égales, dont je me suis très bien trouvé. Il faut laisser les malades couchés jusqu'à complète guérison, celle-ci se reconnaissant à la disparition du point douloureux dorsal. Dans la convalescence, les femmes doivent garder le lit pendant toute la durée de leurs règles et, à ce moment, il faut les remettre à la diète.

M. Minkowski (de Cologne). — Comme causes d'hématémèses, autres que l'ulcère gastrique, on peut citer les calculs biliaires, qui produisent l'hémorrhagie soit en perforant l'estomac, soit en comprimant le pylore; les varices et anévrysmes de l'œsophage ou des organes abdominaux peuvent également déterminer de grandes hémorrhagies stomacales; c'est ainsi que j'ai vu dernièrement un anévrysme de l'aorte ouvert dans l'estomac. Les hémorrhagies parenchymateuses sont rares; elles surviennent notamment dans la dégénérescence amyloïde de l'estomac; j'en ai observé un exemple chez un individu atteint de dégénérescence amyloïde de la région pylorique, ainsi que du cœur, sans participation du foie, des reins ni de la rate.

Contre l'hémorrhagie provenant d'un ulcère, j'ai obtenu de bons résultats des irrigations d'eau glacée; je suis très prudent dans l'usage de la sonde. Quant au bismuth, j'ai constaté qu'il rendait aussi des services dans l'hémorrhagie; je préfère l'administrer à petites doses (de 2 à 3 grammes), plutôt qu'aux doses massives préconisées par M. Fleiner. Contre la douleur, les injections d'atropine me paraissent plus efficaces que celles de morphine.

M. Sahli (de Berne). — Des faits observés jusqu'à ce jour, nous pouvons conclure que le traitement médical de l'ulcère de l'estomac ne doit pas être limité au profit du traitement chirurgical. Je reconnais que la gastro-entérostomie, qui a été considérée comme l'intervention de choix contre cette affection, est indiquée quand il existe une sténose anatomique du pylore. Mais il faut prendre garde que le désir d'opérer ne porte à admettre une sténose organique dans des cas où le trouble est purement fonctionnel; beaucoup de soi-disant sténoses anatomiques trouvées à l'ouverture du ventre sont loin de pouvoir supporter une critique sérieuse. D'autre part, il n'est pas prouvé que la gastro-entérostomie soit capable d'arrêter une hémorrhagie gastrique; au contraire, il existe des faits où elle a été suivie d'une hémorrhagie mortelle. Au reste, les pertes sanguines qui mettent l'existence en danger sont foudroyantes, et l'état du malade interdit toute opération. Contre l'hémorrhagie, la gastro-entérostomie est donc inutile et dangereuse.

Les résultats du traitement interne de l'ulcère rond se sont beaucoup améliorés depuis un certain temps. La stagnation peut être traitée médicalement avec succès, si l'on sait combiner, en temps opportun, les prescriptions diététiques avec l'emploi de la sonde. Pour ce qui est des cas rebelles, il ne me paraît pas démontré que certains ulcères sans rétrécissement pylorique matériel (cicatrices, adhérences), qui ont résisté aux moyens médicaux, eussent guéri après la gastro-entérostomie. Théoriquement, le traitement chirurgical de ces ulcérations rebelles serait à juger différemment si l'excision remplaçait la gastro-entérostomie; mais, dans la pratique, l'excision est, en pareil cas, ou bien impossible ou très dangereuse. La médecine interne a le devoir de prévenir le développement de ces formes graves, en imposant le plus tôt possible un traitement rationnel; et dans ce but il ne faut pas hésiter à soumettre des malades paraissant atteints d'ulcères bénins au régime le plus sévère. Je crains que, dans un grand nombre d'observations, où il est dit que le traitement médical n'ayant pas amené la guérison la gastro-entérostomie a fait merveille, ce traitement médical n'ait pas toujours été suffisant.

Sans entrer dans les détails de la cure médicale, je dirai seulement que je suis partisan de la diète prolongée aussi longtemps que possible; du régime lacté exclusif et de longue durée; dans tous les cas, du séjour au lit; quand il y a stagnation, de lavages de l'estomac faits selon les règles, et pendant longtemps. Le lait possède une propriété précieuse : grâce à sa faible teneur en chlorure de sodium, il fixe le chlore du suc gastrique dont il diminue ainsi sensiblement l'acidité.

Quant à la perforation de l'ulcère de l'estomac, il va sans dire qu'elle doit être opérée immédiatement.

M. Strauss (de Berlin). — Dans le diagnostic différentiel entre l'ulcère rond et le cancer de l'estomac, la constatation de métastases est d'une grande importance; nous trouvons ces métastases, par le toucher rectal, dans le cul-de-sac de Douglas, et par la radiographie dans le médiastin. Le fait que le suc gastrique contient du sang ne suffit pas à poser le diagnostic d'ulcère; on ne peut avoir de certitude à cet égard que lorsque, à côté du sang, il existe du pus.

M. L. von Schrötter (de Vienne). — En ce qui concerne les hémorrhagies gastriques, je ne crois pas aux hématémèses menstruelles vicariantes; je n'en ai jamais observé. L'hypertrophie du ganglion sus-claviculaire a pour moi une grande valeur, et cela surtout quand on peut en suivre soi-même le développement. Je suis de l'avis de M. Sahli, sur ce point que toutes les chances de guérison doivent être soigneusement évaluées avant d'entreprendre une opération; la médecine interne n'a aucune raison de montrer une modestie exagérée, en matière de traitement de l'ulcère rond. Je recommande de faire l'examen radiographique après ingestion de bismuth, surtout quand il s'agit d'ectasie gastrique chez des jeunes gens.

M. Bial (de Kissingen). — J'ai fait des expériences qui m'ont prouvé que la réaction à la teinture de gaïac permettait de déceler des quantités minimes de sang dans le suc gastrique.

M. Agéron (de Hambourg). — On a prétendu que l'ulcère gastrique est plus fréquent chez la femme; mais je crois que beaucoup d'affections soi-disant nerveuses de l'estomac, chez l'homme, sont des ulcères, et je suis persuadé qu'avec le temps la statistique se modifiera au désavantage du sexe masculin. Le spasme pylorique n'est pas un symptôme pathognomonique; on l'observe dans la myocardite, dans l'helminthiase, dans l'atonie de l'intestin. J'ai obtenu de très mauvais résultats des lavages au perchlorure de fer et au nitrate d'argent; par contre, j'ai vu le spasme disparaître après l'ingestion d'huile.

M. Schultze (de Bonn). — Je crois que la ligature des artères de l'estomac peut rendre de bons services dans les hémorrhagies de cet organe. J'ai observé un cas où cette opération avait été faite parce qu'on croyait à un ulcère gastrique; or, le malade ayant succombé au bout de trois ans, l'autopsie a démontré qu'il n'y avait pas d'ulcère et que la ligature n'avait eu aucune conséquence fâcheuse. Ce fait me semble intéressant au point de vue de la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

M. Rumpel (de Hambourg). — Pour répondre à M. Sahli, je puis relater 28 gastro-entérostomies pour ulcère. Trois de ces malades sont morts des suites opératoires; des 25 autres, j'en ai retrouvé 16 qui permettent de se faire une idée sur les résultats durables de cette intervention : 4 sont complètement guéris, 6 se

portent bien et n'ont des troubles d'estomac qu'après des excès, 4 vont assez bien, mais sont obligés d'observer un certain régime, 2 enfin n'ont pas été améliorés. Je précise que l'opération ne fut faite que dans les cas où le traitement interne avait été inefficace. J'ai eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un sujet ayant subi une gastro-entérostomie treize ans auparavant, pour un ulcère; ce dernier était complètement guéri; il y avait à peine un peu de périgastrite.

M. von Mering (de Halle) rend compte des expériences qu'il a faites sur un de ses élèves, pour étudier la valeur des lavements nutritifs dans l'état d'inanition. En quarante-huit heures, le sujet a résorbé 12 grammes d'albumine sur 81, 4 grammes de graisse sur 74, enfin les deux tiers des hydrocarbures injectés. La valeur nutritive de ces lavements est donc minime.

M. Lenhartz (de Hambourg). — Je prescris, dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, des doses considérables d'albumine (sous forme d'œufs) dès le second ou le troisième jour après une hématémèse; les malades reprennent vite des forces et les douleurs disparaissent rapidement. J'administre de 1 à 2 grammes de bismuth trois ou quatre fois par jour. Je suis de l'avis de M. Sahli pour ce qui concerne l'opération en cas d'ulcère; nombre de patients refusent l'intervention et guérissent quand même. En tout cas, je ne crois pas à la guérison de cette affection en quelques semaines; les autopsies prouvent le contraire.

M. Ewald. — Je crois, comme M. Sahli, que l'opération de l'ulcère de l'estomac sera toujours une ressource ultime.

Quant aux hémorrhagies gastriques menstruelles, dont a parlé M. von Schrötter, elles ne sont d'habitude pas des hématémèses au sens propre du mot, mais le cathétérisme permet de déceler la présence de sang dans le suc gastrique.

Pour ce qui est de la valeur des lavements nutritifs, ils représentent, ainsi que l'a vu M. von Mering, une nourriture insuffisante; l'important, c'est l'ingestion de liquides.

M. Fleiner. — A mon avis, le spasme pylorique constitue une indication pour la gastro-entérostomie, non de par lui-même, mais en raison de la gravité de l'état morbide qu'il traduit. Relativement à l'hémorrhagie, j'estime, au contraire, qu'elle ne fournit pas, à elle seule, une indication de l'intervention chirurgicale.

En ce qui me concerne, comme alimentation, je prescris le lait, mais en très petite quantité à la fois (par cuillerées à café).

Dr JEAN KARCHER (de Bâle).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 1er, 7 et 14 avril 1902.

De l'action du sérum humain sur le trypanosome du « nagana ».

M. A. Laveran. — J'ai pu constater que l'injection de sérum humain à des rats ou à des souris infectés par le *Trypanosoma Brucei*, agent pathogène du nagana ou maladie de la mouche tsé-tsé, a pour effet de faire disparaître rapidement les parasites contenus dans le sang: c'est ainsi que chez un rat de 200 grammes environ, on ne trouve plus aucun trypanosome de vingt-quatre à trente-six heures après l'injection de 1 c. c. à 2 c. c. de sérum humain; l'effet est identique, mais plus lent, quand on n'injecte qu'une dose d'un demi-centimètre cube. Le chauffage pendant une heure à 52°, voire à 62°, atténue cette propriété du sérum humain, mais sans la détruire complètement. J'ajouterai que le plasma du sang humain se montre inactif, d'où l'on peut conclure que c'est dans les leucocytes qu'est renfermée la substance agissant sur les trypanosomes.

Toutefois, l'injection de sérum humain ne guérit pas définitivement les souris et les rats auxquels on a communiqué le nagana, car les parasites se remettent à pulluler au bout de quelques jours (de quatre à huit en moyenne); de nouvelles doses de sérum peuvent à plusieurs reprises les faire disparaître encore, mais il arrive un moment où cette sérothérapie est sans effet; on peut alors lui associer avantageusement les injections d'arsénite de soude, et ce traitement mixte prolonge d'une façon notable la survie des animaux en expérience.

Le sérum humain se montre faiblement préventif à l'égard du nagana; l'inoculation simultanée, à une souris, de ce sérum et de sang infectieux ne donne pas la maladie mais ne confère pas non plus l'immunité; quand le sérum est injecté vingt-quatre heures avant les matières virulentes, l'infection est seulement retardée; si l'intervalle entre l'injection de sérum et l'inoculation de nagana atteint quarante-huit heures, les trypanosomes apparaissent dans le sang au bout du délai normal.

Le sérum de divers animaux, voire du singe (cercopithèque), ne possède pas à l'égard du *Trypanosoma Brucei* les mêmes propriétés que le sérum humain, propriétés qui me paraissent en rapport avec l'immunité de l'homme pour le nagana. Par contre, le sérum humain n'agglutine pas ce parasite, tandis qu'on obtient l'agglutination avec les sérums de singe, de cheval, de mouton, de chèvre et de porc.

Sur les variations provoquées dans la toxicité de certains composés minéraux ou organiques suivant les groupements chimiques auxquels ils sont liés dans leurs composés solubles.

M. Marc Laffont envoie une note dans laquelle il étudie les variations de toxicité du noyau fondamental de certains composés chimiques, par suite de l'union de ce noyau avec des groupements divers qui viennent satisfaire son atomicité, ou former avec lui des produits de substitution ou d'addition, ou encore lui donner de nouvelles fonctions.

C'est ainsi que dans la molécule d'acide arsénique, on peut remplacer un ou deux groupements « hydroxyle » (OH) par un ou deux groupements « méthyle » (CH^3), et obtenir ainsi des composés nouveaux infiniment moins toxiques que l'acide arsénique lui-même, et qui sont, respectivement, l'acide monométhylarsinique (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 59), et l'acide diméthylarsinique ou cacodylique. La substitution du radical méthyle au radical hydroxyle ayant pour effet de diminuer la toxicité, il est naturel que le composé diméthylé soit encore moins toxique que le composé monométhylé. Et, de fait, M. Laffont a pu s'assurer que, tandis qu'il faut 0 gr. 50 centigr. de cacodylate de soude par kilogramme d'animal pour déterminer un début d'empoisonnement (amaigrissement passager), le même phénomène s'observe avec 0 gr. 10 centigr. de monométhylarsinate de soude, lequel est donc cinq fois plus toxique que son analogue diméthylé.

Des recherches de même ordre ont démontré à M. Laffont que, dans les dérivés du noyau benzénique, la fonction phénolique, loin d'atténuer la toxicité possible dudit noyau, la développe au contraire; la substitution d'un groupe méthyle à un atome d'hydrogène, sans changement de fonction chimique, ne modifie pas la toxicité phénolique; seul le groupe oxyméthyle, en apportant une fonction éther, diminue la toxicité et retarde la mort.

Enfin, parmi les dérivés substitués des carbures benzéniques, le groupement substitué qui masque le plus complètement la toxicité de l'hydrocarbure et même de son dérivé phénolique (phénol, gaïacol) est le groupe SO^3H qui rend le benzène pour ainsi dire inoffensif sous forme de benzène sulfonique acide ($C^6H^5SO^3H$).

L'huile de foie de morue lécithinée contre le rachitisme.

M. G. Carrière (de Lille). — Les bons effets obtenus contre le rachitisme par l'adjonction, à l'huile de foie de morue, de phosphates (Marfan) ou de phosphore (Kassowitz) m'ont déterminé à essayer dans le traitement de cette affection l'huile de foie de morue additionnée de lécithine.

J'ai soumis à cette médication, depuis plus d'une année, 5 enfants rachitiques de moins de deux ans, auxquels on faisait prendre chaque jour, au moment du repas, d'une à quatre cuillerées à soupe d'huile de foie de morue blonde contenant 4.10 ‰ de lécithine d'œuf, soit 0 gr. 05 centigrammes par cuillerée. Dans ces 5 cas, cette préparation a amené la guérison dans un laps de temps ayant varié de quatre à six mois, et aucun de ces petits malades n'a présenté jusqu'ici de récidive.

MM. Dongier et **Lesage** adressent une note relative à leurs recherches sur la résistance électrique, l'indice de réfraction et le pouvoir rotatoire de sérums sanguins normaux.

M. I. Amann adresse un mémoire sur la *dépression de la tension superficielle des urines pathologiques.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril 1902.

Rétrécissement de l'angle gauche du côlon transverse, traité par la colo-colostomie.

M. Terrier. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas très intéressant de chirurgie intestinale, chez une femme qui m'avait été adressée par M. Gilbert. On percevait au niveau de l'angle gauche du côlon un empâtement mobile, en même temps que le côlon transverse paraissait dilaté; la malade accusait des crises extrêmement douloureuses qui semblaient coïncider avec la distension de cette portion du gros intestin.

Pensant à l'existence d'un obstacle créé par le développement d'un néoplasme au niveau de l'angle gauche du côlon, je fis, le 11 novembre dernier, une laparotomie que je considérais comme devant être exploratrice. Je notai tout d'abord une diminution notable du calibre du côlon descendant et de l'S iliaque, qui offraient à peine le volume de l'intestin grêle. D'autre part, le côlon transverse était abaissé, de sorte que l'angle gauche du côlon était absolument aigu, formant une sorte de plicature. Il n'y avait pas de néoplasme. J'établis une communication entre le côlon transverse et le côlon descendant, et la guérison se fit sans incident. Depuis l'opération, les douleurs ne se sont plus jamais reproduites; j'ai eu récemment des nouvelles de la malade, dont la santé est maintenant parfaite.

M. Poirier. — La communication de M. Terrier m'a d'autant plus intéressé qu'elle m'a appris ce que j'aurais dû faire, dans un cas analogue d'occlusion intestinale chez une jeune femme: je me suis contenté de déchirer quelques brides au niveau de l'angle du côlon; si j'avais eu, comme M. Terrier, l'idée de pratiquer une colo-colostomie, il est probable que ma malade n'aurait pas succombé.

Tumeur maligne de l'ovaire, améliorée par les injections de sérum de Wlaiev.

M. Richelot. — Je vous présente une malade qui, atteinte d'une tumeur végétante de l'ovaire, a été considérée comme inopérable, il y a deux ans, par M. Doyen et par moi-même. M. Doyen a fait même une laparotomie simplement exploratrice, et un fragment du néoplasme a pu être examiné par M. Cornil, qui en a vérifié la nature maligne. Cette femme a été soumise à des injections de sérum de Wlaiev (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 401 et 409), et le mois dernier j'ai constaté à mon grand étonnement une telle amélioration des lésions pelviennes et de l'état général, que j'espère pouvoir l'opérer.

M. Segond. — Le sulfate de quinine m'a donné, dans un cas, un résultat du même genre, mais je pense qu'il y aurait un grave inconvénient à attribuer trop d'importance à ces faits, qui peuvent induire en erreur sur la valeur de certaines méthodes thérapeutiques.

M. Legueu. — Je crois qu'on peut observer, dans l'évolution des cancers, des améliorations spontanées tout à fait comparables à celles qu'on croit souvent pouvoir rapporter aux médications employées. Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion de pratiquer une laparotomie exploratrice chez une femme atteinte d'un cancer pelvien; les lésions me parurent tellement étendues que je ne crus pas devoir tenter une ablation. Or, dix-huit mois plus tard, je revis la malade, et son état me sembla tellement amélioré que je me décidai à pratiquer une opération radicale. Cette femme est restée deux ans guérie en apparence, et la récidive vient seulement de se produire. Il est certain que, si j'avais employé dans ce cas un sérum ou une médication quelconque, on n'aurait pas manqué d'imputer à ce traitement un heureux effet dans l'évolution de la maladie.

M. Delorme. — Comme M. Segond, je crois dangereux de publier ces faits douteux, où

une amélioration de lésions cancéreuses semble résulter d'un sérum soi-disant anticancéreux; on crée, en effet, de cette façon, des espérances trompeuses, qui sont ensuite démenties par l'évolution ultérieure de la maladie.

M. Richelot. — J'ai simplement voulu attirer votre attention sur l'heureuse influence d'un sérum qui, chez une malade moribonde, a si bien relevé l'état général, qu'on peut actuellement considérer cette femme comme très probablement opérable.

De l'intervention dans les cas de grossesse compliquée de fibrome.

M. Routier. — Ainsi que M. Quénu (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 134), je ne songe à intervenir, en cas de grossesse compliquée de fibrome, que si l'existence de la tumeur fibreuse donne lieu à des accidents. J'ai eu 4 fois seulement l'occasion d'opérer pour des faits de ce genre. Dans une première observation, j'ai enlevé un fibrome sans toucher à l'utérus gravide, et la grossesse a pu être menée à terme. Chez 2 autres malades, enceintes de deux à trois mois, j'ai fait une hystérectomie abdominale totale, rendue nécessaire par les troubles graves que le fibrome déterminait. Dans le dernier cas, il s'agissait d'une grossesse de sept mois, compliquée d'accidents que je crus devoir rapporter à la torsion d'un kyste de l'ovaire; en réalité, la tumeur était un fibrome, que j'enlevai; mais la malade succomba subitement quelques heures après l'accouchement, survenu huit jours plus tard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 12 et 19 avril 1902.

Influence de la glycosurie phlorizique et de la glycosurie pancréatique sur l'élimination du chlorure de sodium.

MM. R. Lépine et **Maltet.** — On sait que l'administration d'une certaine dose de phlorizine rend le rein perméable au sucre. L'un de nous a autrefois montré qu'on n'augmente pas, par ce moyen, l'élimination d'un colorant d'ailleurs inoffensif (rosaniline trisulfonée); mais il était intéressant de rechercher s'il en serait de même avec une substance dont la molécule est beaucoup plus petite (chlorure de sodium). Nous avons fait cette recherche sur plusieurs chiens nourris exclusivement de viande de cheval. Avec cette alimentation, le rapport du chlorure de sodium à 100 d'urée varie, dans l'urine de ces animaux, entre 3.2 et 2.2. Si, alors, on ajoute à leur ration de viande 0 gr. 20 centigr. de phlorizine par kilogramme, on n'observe pas d'excrétion de sucre, et le rapport du chlorure de sodium n'augmente pas d'une manière sensible. Si, au contraire, on leur administre 0 gr. 40 centigr. de phlorizine par kilogramme, on constate de la glycosurie, et une notable élévation du rapport en question, qui souvent dépasse 4.

Ce n'est pas la phlorizine elle-même, mais bien le sucre, qui cause l'hyperchlorurie; car la glycosurie consécutive à l'ablation du pancréas chez le chien est suivie d'une élévation du *rapport*, encore plus considérable. Ainsi, le passage d'une molécule relativement grosse, comme celle du sucre, facilite le passage d'une molécule plus petite.

L'expérience montrera si cette donnée est susceptible d'applications cliniques utiles, lesquelles, d'ailleurs, ne peuvent guère être tentées avec la phlorizine, cette substance altérant, comme on sait, les cellules du rein.

Utilisation des sérums précipitants pour déceler l'existence d'une albuminurie d'origine digestive.

MM. Linossier et **Lemoine.** — Nous avons établi dans des communications antérieures (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 104 et 106) que la réaction déterminée par les sérums précipitants, dans les urines albuminuriques, ne fournissait pas de renseignements supérieurs à ceux que donnent les réactifs chimiques. Le fait suivant prouve cependant que, dans certains cas particuliers, ces sérums peuvent être utilisés pour la détermination de l'origine d'une albuminurie.

Il s'agit d'un jeune homme atteint d'albuminurie orthostatique, chez lequel le régime lacté, et notamment l'ingestion de lait cru, déterminèrent une augmentation notable de l'albuminurie, laquelle devint même continue pendant un certain temps. Pensant que cette albuminurie était peut-être d'origine digestive (par défaut d'assimilation du lait), nous avons recherché si l'albumine du lait n'était pas éliminée avec des caractères spéciaux. Or, nous avons constaté que le sérum de bœuf, aussi bien que le sérum humain, précipitait cette albumine; le même essai, fait dans des cas d'albuminurie d'origine rénale, ne donna aucun résultat. On pouvait donc admettre que cette albumine urinaire n'était pas fournie par l'organisme du patient, et qu'il s'agissait bien d'une albuminurie d'origine digestive.

Du microorganisme de la fièvre jaune.

M. Laveran. — Bien qu'il soit établi aujourd'hui par de nombreuses expériences que le sang des sujets atteints de fièvre jaune contient l'agent pathogène de la maladie, je n'ai jamais réussi à y constater la présence soit d'un protozoaire, soit d'une bactérie. Vu ces résultats négatifs, confirmés, du reste, par d'autres expérimentateurs, on est amené à supposer que l'agent pathogène de la fièvre jaune appartient à la catégorie de ces microorganismes trop petits pour être décelés par nos moyens actuels d'investigation, tels que le microbe de la péripneumonie. Cette conclusion me semble d'autant plus s'imposer que, d'après les recherches de quelques auteurs américains, le sérum des sujets atteints de fièvre jaune, après filtration sur bougie de porcelaine, est encore capable de transmettre la maladie par inoculation.

Contagiosité des selles des tuberculeux.

MM. Anglade et **Chocreaux** (d'Alençon). — La présence du bacille de Koch dans les selles des tuberculeux, même en l'absence de lésions intestinales, a été signalée récemment par l'un de nous (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 254).

Nous avons pu constater depuis lors que l'inoculation au cobaye d'un demi-centimètre cube d'eau mise en contact avec des selles bacillifères fraîches donne toujours des résultats positifs; on doit donc admettre que les bacilles déglutis traversent le tube digestif sans rien perdre de leur virulence.

En outre, l'inoculation au cobaye d'un demi-centimètre cube d'eau souillée par des poussières de matières fécales bacillifères, mises à dessécher sur des linges pendant vingt et un jours ou soumises pendant le même laps de temps à l'action du froid (de 0° à — 10°), donne également des résultats positifs; d'où l'on peut conclure que les selles des tuberculeux contribuent, au moins autant que leurs crachats, à la diffusion de la maladie.

Action de la toxine tétanique injectée dans le corps vitré.

MM. Rehns et **Terrien.** — Nous avons injecté dans les corps vitrés d'un certain nombre de lapins de 0 c.c. 01 à 0 c.c. 02 de toxine tétanique fraîche. A titre de contrôle, la même quantité de poison a été introduite sous la conjonctive bulbaire d'animaux témoins.

Il résulte de ces expériences que les lapins inoculés dans le corps vitré succombent toujours avant ceux qui ont été injectés sous la conjonctive, après avoir présenté des phénomènes de rotation. Quelle que soit la voie d'introduction du poison, on constate régulièrement, comme premier signe d'intoxication, un spasme plus ou moins prononcé de l'orbiculaire.

Au contraire, chez les chiens, on n'observe aucune espèce d'accident à la suite de l'injection dans le corps vitré de 0 c.c. 01 à 0 c.c. 02 de toxine tétanique.

Etude graphique des réflexes plantaires.

MM. Verger et **S. Abadie** (de Bordeaux). — On peut considérer, avec M. Pitres, le réflexe plantaire comme composé de trois mouvements segmentaires, siégeant respectivement dans les muscles qui actionnent les orteils (*réflexe planti-digital*), dans les muscles de la jambe qui agissent sur le pied (*réflexe planti-tibial*) et dans les muscles qui fléchissent la cuisse sur le bassin (*réflexe planti-crural*).

Chez les sujets normaux, le tracé du planti-crural et du planti-tibial offre une courbe arrondie; le tracé du planti-digital comprend d'abord une courbe arrondie qui traduit le mouvement de flexion de l'orteil, puis la ligne descend au-dessous de son niveau primitif et remonte ensuite par une pente plus ou moins rapide : il se produit donc un mouvement de flexion suivi d'un mouvement d'extension dans lequel l'orteil dépasse en arrière sa position primitive.

Chez les sujets porteurs d'une lésion des voies pyramidales, les graphiques du planti-crural et du planti-tibial montrent que ces réflexes sont nettement exagérés. Quant au planti-digital (phénomène de Babinski), le tracé traduit une flexion très légère et rapide et une extension consécutive très prolongée, pendant laquelle les muscles extenseurs du gros orteil semblent en contracture.

Influence de l'ablation de la rate sur la digestion pancréatique chez des animaux privés d'estomac.

M. Frouin. — J'ai pratiqué l'ablation de la rate sur un chien à « estomac séquestré » dont la sécrétion gastrique était totalement déversée au dehors et chez lequel les aliments passaient directement dans l'intestin par suite de la suture de l'œsophage au duodénum, ainsi que sur un autre chien auquel j'avais enlevé complètement l'estomac.

Ces deux animaux sont très bien portants, ce qui prouve que, dans les cas de privation fonctionnelle ou anatomique de l'estomac, alors qu'il n'y a pas de digestion gastrique des albuminoïdes, l'ablation de la rate ne modifie pas la digestion pancréatique.

M. Gley. — Les chiens que nous présente M. Frouin sont certainement très bien portants; toutefois on n'en saurait conclure que la rate n'exerce aucune influence sur le fonctionnement du pancréas. On sait, en effet, depuis les expériences de Pawlov et de ses élèves, que la digestion duodénale, grâce à la présence d'un ferment contenu dans le suc intestinal, est toujours assurée quelle que soit l'activité du suc pancréatique; mais il ne résulte pas de là que la rate, dans certaines conditions qui ont été déterminées par Schiff, Herzen, etc., ne puisse provoquer la formation intrapancréatique du ferment protéolytique. Les deux questions : digestion duodénale et rôle de la rate dans l'élaboration de la trypsine, ne sont pas nécessairement liées l'une à l'autre.

Embolies expérimentales intramédullaires produites par le poison caséifiant du bacille tuberculeux.

M. P. Armand-Delille. — J'ai pu déterminer chez le chien, avec l'éthéro-bacilline d'Auclair (poison caséifiant), des embolies expérimentales intramédullaires, par la méthode de Panum et Lamy.

Sur l'animal sacrifié après trois semaines, on constate dans la moelle lombaire — principalement dans la substance grise — de petits foyers nodulaires qui présentent une constitution uniquement leucocytaire et sont tout à fait semblables aux lésions que j'ai obtenues dans les méninges sous l'influence du même poison (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 351); il n'y a pas de nécrose du tissu nerveux avoisinant; la coloration de la névroglie montre une légère prolifération fibrillaire au pourtour des nodules.

Ces expériences offrent un double intérêt : elles prouvent, d'une part, que le nodule produit par le poison caséifiant se forme uniquement aux dépens des leucocytes venus du sang, et d'autre part que les centres nerveux ne réagissent pas par eux-mêmes à ce poison, contre lequel ils sont protégés par la réaction leucocytaire.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le chlorure d'or dans le traitement des tuberculoses locales.

Après avoir reçu diverses applications thérapeutiques, le chlorure d'or est aujourd'hui tombé dans un oubli à peu près complet. A en juger d'après les essais cliniques dont M. le docteur G. Bué vient de consigner les résultats dans sa thèse inaugurale, cette défaveur ne serait rien moins que méritée, le chlorure d'or pos-

sédant un pouvoir antiseptique égal à celui de l'iode (Miquel) et paraissant, en outre, exercer une action élective sur les lésions tuberculeuses. On sait, d'ailleurs, que ce sel avait jadis été préconisé, à titre de topique, contre les ulcérations scrofuleuses. M. Bué l'a employé en injections dans les cas d'adénite non suppurée, ainsi que dans les abcès froids. A cet effet, notre confrère s'est servi d'une solution contenant 1 gramme de chlorure d'or et autant de chlorure de sodium pour 50 grammes d'eau distillée. Dans les adénopathies non suppurées, il injectait, tous les huit jours, un quart ou un demi centimètre cube de cette solution au sein de la masse ganglionnaire immobilisée entre le pouce et l'index de la main gauche. Pour les adénites suppurées et les abcès d'origine osseuse, il pratiquait la ponction et l'aspiration du liquide, qu'il remplaçait ensuite par 1 c.c. de la solution aurique, en obturant finalement l'orifice de ponction au moyen d'ouate imbibée de collodion; ces injections étaient d'abord répétées deux à trois fois par semaine, puis on les espaçait de plus en plus au fur et à mesure que la tuméfaction diminuait et que la suppuration se tarissait.

Dans les adénites non suppurées, M. Bué a constaté, après quatre à douze injections, la régression complète du processus tuberculeux. L'action du chlorure d'or ne fut pas moins énergique à l'égard des ganglions suppurés et des abcès d'origine osseuse : sous l'influence de ce traitement, le pus, de grumeleux et épais, devenait fluide et s'éliminait rapidement, en même temps que les parois de la cavité subissaient la transformation fibreuse et se rétractaient au point de donner la sensation d'une petite masse irrégulière, très dure et appréciable seulement au toucher. La guérison complète nécessita de dix à vingt injections, et celles-ci ne donnèrent jamais lieu à des phénomènes réactionnels intenses ni à des douleurs.

Notre confrère a également essayé les applications de chlorure d'or dans la laryngite tuberculeuse, mais ce médicament n'a pas paru agir plus rapidement que les topiques usuels.

L'essence de térébenthine contre les métrorrhagies.

Les propriétés hémostatiques de l'essence de térébenthine, signalées déjà depuis longtemps, et notamment par Bilroth en 1883, ne sont guère utilisées de nos jours. Un médecin russe, M. le docteur L. F. Lienévitch (d'Astrakhan), emploie, cependant, depuis cinq ans et d'une façon systématique, ce produit pour combattre les hémorrhagies utérines. Voici quel est le procédé adopté par notre confrère : après avoir découvert le col utérin au moyen de deux valves courbes, on le fixe à l'aide d'une pince tireballe; puis on passe dans la cavité cervicale un tampon imbibé d'une solution contenant 1 partie d'acide phénique pour 3 parties de glycérine et on procède, au besoin, à la dilatation extemporanée du col. Ceci fait, on introduit dans la matrice une mèche de gaze iodoformée à 5 ou 10 %, suffisamment longue pour remplir complètement la cavité utérine, et trempée préalablement dans de l'essence de térébenthine pure. L'extrémité de cette mèche reste dans le vagin, qu'on débarrasse soigneusement de l'excès de térébenthine qui s'est écoulé pendant l'introduction de la gaze; on place ensuite un tampon vaginal de dimensions moyennes et on recommande à la malade de rester couchée durant trois à six heures. Au bout de ce laps de temps, lorsque la patiente commence à éprouver de fortes coliques utérines, on retire le pansement. En général, l'hémorrhagie se trouve alors arrêtée d'une manière définitive et on voit seulement subsister, pendant trois ou quatre jours, une sécrétion muco-sanguinolente assez abondante. Parfois, cependant, on est obligé d'intervenir de nouveau quelques jours plus tard, mais le fait ne se produirait que dans les cas où le premier tamponnement n'aurait pas été effectué d'une façon parfaite.

M. Lienévitch n'a jamais eu à enregistrer le moindre symptôme d'intoxication ni aucun autre phénomène fâcheux, alors même qu'il avait affaire à des utérus atteignant l'ombilic. Le procédé en question s'est montré particulièrement efficace contre les hémorrhagies liées à l'existence de fibromes interstitiels de l'utérus, ainsi que dans les métrorrhagies de la ménopause et même dans les écoulements sanguins d'origine inflammatoire, lorsque le tamponnement pouvait être réalisé sans abaissement ni dilatation du col. Notre confrère n'a jamais eu recours à ce procédé pour combattre les hémorrhagies *post partum*, de crainte de voir survenir une embolie gazeuse.

Ajoutons que les applications d'essence de térébenthine ont récemment donné un succès complet, entre les mains d'un autre confrère russe, M. le docteur M. B. Izatchik (médecin militaire), dans un cas d'épistaxis ayant résisté au tamponnement des fosses nasales et à l'usage interne de l'ergot de seigle.

La photothérapie dans le traitement de la neurasthénie.

Les modifications importantes qu'on constate dans le système nerveux à la suite de l'emploi des rayons colorés ou de la lumière décomposée ont engagé M. le docteur P. Joire (de Lille) à utiliser la photothérapie pour combattre les troubles neurasthéniques. D'après l'expérience de notre confrère, les rayons rouges seraient particulièrement indiqués à cet effet, non seulement à cause des effets sédatifs qu'ils semblent produire sur le système nerveux, mais aussi en raison de leur pouvoir considérable de pénétration et de l'action régulatrice qu'ils exerceraient sur la circulation. Le traitement par la lumière rouge se montrerait efficace surtout à l'égard de l'hyperesthésie, qui constitue, comme on le sait, le point de départ de la plupart des symptômes caractéristiques de la neurasthénie, tels que céphalée, vertige, rachialgie, etc. Dans les cas où l'on voit subsister, après la disparition des phénomènes douloureux, un certain degré de dépression cérébrale, il conviendrait d'employer d'autres radiations, en faisant varier, selon l'état du patient, leur couleur et leur intensité, ainsi que leur mode d'application.

L'action calmante mise à part, la photothérapie — et, en particulier, l'exposition aux rayons rouges — aurait encore pour effet de relever les forces du malade, en augmentant l'appétit et en régularisant la digestion et la nutrition générale.

Malgré leur grande sensibilité, les neurasthéniques supporteraient sans difficulté le traitement par la lumière rouge, les vibrations de ces rayons colorés étant très lentes.

Valeur du bleu de méthylène employé comme calmant chez les aliénés.

On se rappelle que M. le docteur P. Bodoni, en étudiant au moyen d'injections de bleu de méthylène la perméabilité rénale chez les aliénés, dans le service de M. le docteur Morselli, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Gênes, s'aperçut que ces injections exerçaient une action calmante dans les cas d'excitation maniaque (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 56). De leur côté, M. le docteur D. E. Hughes, assistant du service des femmes aliénées au Philadelphia Hospital, et Mme Elizabeth Lovelace, médecin résident dudit hôpital, ont récemment expérimenté le bleu de méthylène dans 22 cas de psychoses accompagnées d'excitation. Le médicament était administré soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées, à la dose de 0 gr. 06 centigr., répétée, au besoin, plusieurs fois par jour. Les effets sédatifs ne se sont pas montrés aussi constants que chez les malades traités par M. Bodoni : sur les 22 patientes, 6 n'ont en rien bénéficié de l'emploi du bleu de méthylène; par contre, chez les 16 autres, l'action calmante de cette médication s'est manifestée au bout de trois ou quatre heures pour persister durant quinze à vingt heures.

Le bleu de méthylène présenterait, sur les sédatifs utilisés habituellement dans les psychoses, l'avantage d'amender l'excitation, pour ainsi dire d'une façon naturelle, sans donner lieu à de l'hébètement; une fois seulement on a noté un léger degré de dépression. Le médicament a toujours été bien supporté (alors même que son usage a été continué pendant un mois et plus), sauf dans un cas où il a semblé provoquer des vertiges. Il est bon, toutefois, de savoir que les injections peuvent déterminer des abcès, si l'on n'a pas soin de faire bouillir la solution de bleu de méthylène, ce produit renfermant fréquemment des microbes.

Traitement de la tuberculose oculaire par des injections d'air dans la chambre antérieure.

M. le docteur W. Koster, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Leyde, a traité avec succès deux cas de tuberculose de l'iris par des injections d'air dans la chambre antérieure. A cet effet, notre confrère se sert d'une seringue de Pravaz, qu'il a soin de remplir préalablement, à moitié, d'air filtré à travers de l'ouate stérilisée. Après avoir enfoncé la canule dans la chambre antérieure, on aspire l'humeur aqueuse, puis on abaisse la seringue de manière que le liquide s'amasse dans la partie déclive de l'instrument. Il suffit alors de presser sur le piston pour faire pénétrer l'air dans la chambre antérieure.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'iritis tuberculeuse; après trois injections d'air, les milieux de l'œil s'éclaircirent et l'acuité visuelle remonta à $^1/_2$. La seconde malade présentait une tumeur grisâtre de l'iris, encombrant la chambre antérieure et ayant résisté à tous les moyens thérapeutiques usités en pareille occurrence; six injections d'air suffirent pour amener la diminution progressive et, finalement, la disparition du néoplasme.

Ajoutons que M. Koster a également eu recours au procédé en question dans un cas de kératite parenchymateuse avec tubercules de la conjonctive bulbaire, lésions contre lesquelles les moyens usuels étaient restés sans effet, tandis que quatre injections d'air furent suivies d'une guérison complète.

Emploi des capsules surrénales contre la pneumonie.

Ayant eu l'occasion de constater l'efficacité de la médication surrénale dans une hémoptysie grave, M. le docteur E. A. Gray (de Chicago) a eu l'idée de recourir au même moyen chez 2 vieillards, dont l'un fut pris d'une pneumonie gauche au cours d'une néphrite aiguë consécutive au diabète, et dont l'autre présentait une fluxion de poitrine avec expectoration sanguinolente. Dans les deux cas, le traitement ne tarda pas à amener un abaissement de la température et une diminution sensible du nombre des pulsations, en même temps qu'on constatait une régression rapide des symptômes locaux. Depuis lors, notre confrère a employé avec succès les capsules surrénales dans un certain nombre de pneumonies, en faisant prendre de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. de substance surrénale toutes les deux ou trois heures. Cette médication agirait surtout comme stimulant du cœur et serait, en conséquence, particulièrement indiquée en cas de faiblesse cardiaque confirmée ou imminente, ainsi que pour combattre la gêne de la circulation pulmonaire. Aussi pourrait-on y avoir recours avec avantage dans des affections autres que la pneumonie; c'est ainsi que M. Gray en a obtenu un excellent résultat dans un cas d'asthme compliqué d'albuminurie chez un vieillard de soixante-dix-huit ans : sous l'influence du traitement, le pouls, qui battait 100 fois à la minute, tomba rapidement à 82 pulsations, l'expectoration de sang s'arrêta complètement au bout de quelques heures et l'albuminurie elle-même disparut le surlendemain.

Le traitement des affections de la cornée par l'ésérine.

D'après un oculiste russe, M. le docteur R. A. Katz (de Saint-Pétersbourg), l'ésérine, tout en amenant un abaissement de la pression intraoculaire, exercerait une influence favorable non seulement sur les suppurations de la cornée, comme on l'admet généralement, mais aussi sur les kératites sans abcès et, en particulier, sur les infiltrations périphériques de la membrane en question. C'est ainsi que dans 3 cas de kératite notre confrère a obtenu d'excellents résultats au moyen d'une pommade contenant 0 gr. 03 centigr. d'ésérine pour 6 à 8 grammes d'excipient, tandis que l'atropine, employée antérieurement, n'avait fait qu'aggraver l'état de l'œil. Dans un de ces faits — il s'agissait d'un enfant de trois ans, atteint d'une kératite d'origine strumeuse — on avait également eu recours, sans succès, à la pommade au précipité jaune.

D'une façon générale, M. Katz estime que, dans le traitement des inflammations de la cornée, l'ésérine doit être préférée à l'atropine, sauf en cas d'iritis confirmée ou probable.

CLINIQUE MÉDICALE

Faculté de médecine de Genève. — M. le professeur L. BARD.

Un cas d'alexie d'origine opératoire.

La chirurgie cérébrale compte à son actif un grand nombre de légitimes succès; mais est-il bien vrai, comme le répètent plusieurs publications chirurgicales, que l'incision des méninges, l'exploration et la ponction du cerveau, et même le drainage des ventricules, n'aggravent pas la trépanation, à la condition qu'on respecte certaines régions à fonctions spécialement importantes? Il en est peut-être ainsi si l'on ne considère que les complications graves et la mortalité opératoire, mais en est-il de même si l'on tient compte des résultats fonctionnels éloignés? On pourrait le croire, à voir le silence, sur ce point, des traités et des publications didactiques les plus récentes; un cas que nous avons observé, et que nous observons encore dans nos salles, permet d'en douter; il montre tout au moins que la question mérite de devenir l'objet d'une étude plus attentive.

Notre malade est un homme de cinquante-six ans, ouvrier guillocheur, entré dans notre clinique le 19 décembre 1901, mais qui a fait dans notre hôpital plusieurs séjours antérieurs sur lesquels nous reviendrons plus loin. Il présente actuellement une hémianopsie homonyme droite, complète et bien caractérisée, des crises épileptiques fréquentes, suivies quelquefois d'agitation délirante, un certain degré d'affaiblissement de la mémoire sans troubles intellectuels persistants, et enfin une alexie verbale, mais non littérale, présentant à peu près les caractères assignés par M. Dejerine à la cécité verbale pure.

Pas de symptômes de compression d'aucun nerf crânien; les réactions pupillaires sont normales; le fond de l'œil n'offre qu'un peu de pâleur et de dépression des papilles, en rapport avec un léger degré d'involution sénile. On remarque quelques signes d'athérome (radiales dures, tension artérielle élevée); l'auscultation révèle un souffle systolique doux, fixe, à l'orifice aortique.

Le malade présente à la région occipitale postérieure gauche les traces très apparentes d'une large trépanation, pratiquée le 14 février 1901, à l'hôpital du Locle, par M. le docteur de Quervain, qui a eu l'extrême obligeance de me communiquer son observation, de me fournir des renseignements très précis sur son intervention, de me faire part de ses réflexions personnelles sur les phénomènes ultérieurs que je lui ai signalés, et enfin de m'autoriser sans réserves à utiliser ces précieux documents.

On constate à la région occipitale une cicatrice, perdue dans les cheveux, circonscrivant de trois côtés un opercule de forme carrée de 5 centim. ½ de côté environ, resté parfaitement mobile, présentant à la vue et à la palpation un mouvement rythmique, synchrone au pouls artériel; le bord interne est à 2 centim. ½ de la ligne médiane; la cicatrisation est parfaite; la région ne forme ni saillie ni dépression appréciables.

L'hémianopsie, les crises épileptiques, la cécité verbale, l'intervention opératoire sont les quatre points culminants de l'histoire de notre malade; leur évolution, leur enchaînement ou leur succession, leur influence réciproque, soulèvent de nombreux points de diagnostic, difficiles et d'appréciation délicate.

Cet homme est entré le 5 décembre 1900 à l'hôpital du Locle, et n'a été observé par M. de Quervain que peu de temps avant son intervention chirurgicale; il ne nous est arrivé que dix mois après celle-ci, mais il avait fait antérieurement plusieurs séjours à la clinique médicale de Genève, le premier du 24 janvier au 21 mars 1887, le second du 4 janvier au 16 mars 1899, enfin un troisième du 15 mars au 31 août 1900; les deux premiers alors que la clinique était placée sous la direction de mon prédécesseur M. le professeur L. Revilliod, le troisième dans mon propre service. Les observations de ces trois séjours, retrouvées à leur place dans les archives de la clinique, nous seront d'un grand secours pour débrouiller et apprécier à leur valeur les multiples phénomènes de l'histoire pathologique de notre patient.

Lorsque cet homme s'est présenté à l'hôpital du Locle, en décembre 1900, il était surtout préoccupé de ses crises d'épilepsie, devenues plus fréquentes depuis quelques mois, et qui le faisaient bientôt renvoyer de tous les ateliers dans lesquels il parvenait à se faire admettre; aussi réclamait-il avec instance une intervention capable de lui donner quelques chances d'en être délivré.

A son entrée, on constate l'hémianopsie, dont le malade se tourmentait peu, y étant habitué depuis longtemps, et sur le début de laquelle il ne paraît pas avoir donné alors de renseignements précis. On ne relève pas d'autres phénomènes nerveux anormaux que l'hémianopsie et les crises épileptiques; on note expressément que l'intelligence est paresseuse, sans autres troubles, qu'il n'y a pas d'indice d'aphasie, que le fond de l'œil est normal, ainsi que les nerfs crâniens; on signale aussi que le pouls ne présente pas les caractères du pouls de compression.

On hésite d'abord, comme diagnostic, entre une tumeur bénigne, éventuellement un tubercule solitaire, et un kyste cérébral; sur ces entrefaites, peu de temps avant l'opération, on découvre deux petites cicatrices cutanées à la partie postérieure de la tête; le patient se rappelle alors, ce dont il n'avait jamais parlé jusque-là, qu'il était tombé d'un char de foin à l'âge de douze ans, et il pense que ces cicatrices doivent remonter à cette époque. Tout en s'étonnant un peu qu'il n'y ait eu aucun accident cérébral avant l'âge de quarante ans, on admet une épilepsie d'origine traumatique et l'existence probable d'un kyste cérébral, déterminant de l'hypertension et de la compression intracrâniennes.

« Le traitement chirurgical, m'a écrit M. de Quervain, a été institué comme dernière ressource et sur le désir du patient, bien que les chances au point de vue de la guérison de l'épilepsie aient paru problématiques d'emblée, à cause de la durée de l'affection et de l'existence d'une dégénérescence intellectuelle indiscutable. » Il est certain que, en présence de l'état très précaire de ce malheureux, et avec ce que l'on sait sur l'innocuité habituelle de ces opérations, l'intervention était des plus justifiées. On entreprit donc une large trépanation, avec l'intention d'enlever la tumeur, ou d'ouvrir et de drainer le kyste, suivant les constatations faites.

La trépanation fut dirigée de façon à obtenir un large lambeau ostéo-cutané mobile, par le procédé de Kocher-Berezowski; pas d'autre incident qu'une forte hémorrhagie veineuse arrêtée par un tamponnement. Après le renversement du lambeau, la dure-mère apparut, « épaissie, tendue. Ponction exploratrice à peu près au milieu de la région mise à découvert, qui donne issue à un liquide céphalo-rachidien clair, à une profondeur de 1 centim. ½ ». Au moment où la dure-mère est soulevée, après des incisions latérales, « le liquide cérébro-spinal jaillit en jet par le trou de la ponction exploratrice. Les veines de la pie-mère sont fortement injectées, la substance cérébrale n'est pas anémique. Incision de la substance cérébrale sur 1 centimètre ½ environ, à la hauteur de la limite du cunéus et du précunéus. On arrive dans une cavité de 2 à 3 centimètres de largeur et de 3 à 4 centimètres de profondeur; la paroi n'est pas dure et paraît quelque peu anfractueuse; du liquide cérébro-spinal s'en échappe avec de vives pulsations; quand on l'absorbe avec des tampons, il remplit de nouveau la cavité en peu de temps ».

« En tâtant avec précautions avec le doigt, on sent que la cavité atteint, du côté de la ligne médiane, la faux du cerveau; elle est limitée en avant; sa position correspond assez bien à la corne postérieure dilatée, mais elle s'étend beaucoup plus à la surface; la substance blanche est ramollie, très mince, d'un demi-centimètre environ, au niveau de l'incision; il ne paraît pas s'agir d'une dilatation diffuse du ventricule latéral, mais plus probablement d'un kyste communiquant avec la corne postérieure. Toute la partie du cerveau mise à nu s'effondre après l'ouverture de la cavité kystique et ne présente plus aucun phénomène de compression (1). »

Un drain fut introduit dans le kyste et l'opération terminée sans incident. Les suites opératoires furent simples: pas de fièvre, mais grande agitation; le malade a arraché son pansement; le drain profond fut retrouvé dans le lit au troisième jour et ne put plus être replacé.

Un accès d'épilepsie eut lieu onze jours après l'opération, et un second le surlendemain. Ils continuèrent à se produire par la suite sans grands changements.

Détail très important, le lambeau ostéo-cutané est resté mobile: nous avons pu constater qu'il l'est encore aujourd'hui, « ce que M. Kocher m'a dit ne jamais avoir obtenu ».

Les détails qui précèdent suffisent à montrer que l'opération, conduite très habilement, a parfaitement réussi au point de vue chirurgical, malgré l'indocilité du patient.

Elle a échoué au point de vue des crises épileptiques qu'elle avait pour but de combattre, sans qu'il y ait lieu de beaucoup s'en étonner, étant donnée leur ancienneté. M. de Quervain pense qu'on peut en accuser aussi peut-être un certain degré d'alcoolisme, et surtout l'impossibilité où il s'est trouvé de maintenir le drainage du kyste « en raison de la persistance que le malade mit à se débarrasser de son pansement et de son drain ».

Reste à examiner la question plus complexe et plus délicate à résoudre de l'alexie post-opératoire, qui fait l'intérêt principal de ce cas.

Tout d'abord, il semble bien certain qu'elle n'existait pas avant l'opération et qu'elle s'est produite aussitôt après, bien qu'elle n'ait été découverte qu'à l'examen méthodique que j'ai pratiqué à l'entrée du malade, en décembre, dans mon service. Elle faisait certainement défaut lors des séjours antérieurs; l'observation prise au Locle avant l'opération porte qu'il n'y a aucun indice d'aphasie; après l'opération on n'eut aucune raison d'y revenir; M. de Quervain m'écrit qu'il ne peut me renseigner sur son début, « le patient n'en ayant jamais parlé pendant son séjour à l'hôpital du Locle ».

L'attention du malade attirée sur ce détail, il est très affirmatif sur ce point qu'il lisait beaucoup avant l'intervention; tout au plus lui arrivait-il quelquefois d'être obligé de relire deux fois la même phrase pour bien en comprendre le sens, et à qui cela n'arrive-t-il pas? Tandis que, deux ou trois jours après l'opération, quand il voulut recommencer à lire son journal, il s'aperçut que cela lui était tout à fait impossible, et il n'a jamais pu y parvenir depuis. Il est bon d'ajouter, dès à présent, que si la cécité est absolue dans le champ hémianopsique, l'acuité est, par contre, très satisfaisante, sans dyschromatopsie, dans le champ conservé; de même, l'affaiblissement de la mémoire générale, la paresse, ou plutôt la lenteur des facultés intellectuelles, bien qu'elles soient indéniables aujourd'hui, ne suffisent nullement à expliquer les caractères de l'alexie observée, qui est bien en rapport avec un certain degré d'aphasie sensorielle.

(1) Tous les renseignements sur l'opération m'ont été obligeamment fournis par M. de Quervain; j'ai négligé les détails d'intérêt purement chirurgical; les passages entre guillemets sont la traduction littérale de l'observation envoyée par lui, dont le texte original était en allemand.

Avant d'examiner les hypothèses que l'on peut faire sur le mécanisme de la production de l'alexie, il est nécessaire de revenir sur quelques détails de l'évolution de la maladie et sur le diagnostic de la nature de la lésion cérébrale, cause initiale de tous les accidents.

A l'hôpital du Locle, on admit un kyste d'origine traumatique, ayant produit l'épilepsie par compression et élévation de la pression intracrânienne. A Genève, au séjour antérieur, nous avions pensé à un ramollissement de la face interne du lobe occipital, dans la région de la scissure calcarine, par thrombose due à la sclérose artérielle; nous constations un léger souffle systolique aortique, une hypertension artérielle bien marquée, et nous avions rattaché les crises à une épilepsie secondaire, générale, purement symptomatique. Il est vrai que nous ignorions la chute de l'enfance, dont le malade ne s'est souvenu qu'après la découverte de ses cicatrices cutanées; par contre, nous trouvions dans les observations des séjours de 1887 et de 1899 des renseignements précieux, que l'affaiblissement de sa mémoire ne permettait plus au patient de donner avec précision, et qui ont manqué à nos collègues du canton de Neuchâtel.

Auquel de ces deux diagnostics faut-il se rattacher aujourd'hui? Les constatations faites au cours de l'opération doivent-elles infirmer celui que nous avions posé? Nous ne le pensons pas.

On connaît depuis longtemps les dilatations kystiques qui sont souvent la suite des ramollissements étendus de la substance cérébrale, par le fait de la résorption des parties détruites; au point de vue purement anatomo-pathologique, leur existence est plus certaine et elles sont mieux connues que leurs analogues d'origine traumatique. Les détails mêmes que nous avons rapportés plus haut, notamment la communication large avec le ventricule, le fait de l'atrophie complète de la face interne du lobe occipital, permettant au doigt d'arriver jusque sur la faux du cerveau, cadrent parfaitement avec l'hypothèse d'un certain degré de porencéphalie acquise, par ramollissement étendu d'origine thrombosique.

L'évolution de la maladie, révélée et nettement établie par les observations des anciens séjours, fournit des raisons plus décisives encore. Lors de sa première entrée à l'hôpital cantonal, en mars 1887, cet homme n'accuse dans son passé que des affections aiguës passagères, mais assez nombreuses; la rougeole, la coqueluche, qu'il prétend avoir eu trois fois (en bas âge, en 1878 et en 1886); un rhumatisme articulaire à quatorze ans; deux blennorrhagies; un érysipèle de la face en 1872; une luxation de la cheville droite en 1880. Jamais de crises épileptiques, mais incontinence nocturne jusque vers l'âge de dix ans; enfin, vers 1877, une écorchure du filet de la verge, qui aurait persisté assez longtemps, mais qui n'aurait pas été suivie d'accidents secondaires.

A la fin de 1886, le patient, qui avait toujours été sujet aux douleurs de tête, et qui souffrait depuis deux ou trois ans déjà de céphalées surtout occipitales, a vu survenir quelques vertiges, sans nausées ni vomissements. Les céphalées s'accentuent. En janvier 1887, il s'enrhume et se présente pour cette bronchite à l'hôpital du Locle. Or, précisément pendant qu'il se trouvait dans le bureau de l'hôpital, attendant son admission, en lisant un livre, le 31 janvier 1887, il éprouve tout d'un coup un malaise de quelques secondes, pendant lequel il perd complètement la vue; quand elle revient, il s'aperçoit qu'il ne voit plus que la moitié des objets. Il n'en parle pas à ce moment, croyant à un trouble passager; mais, en février, il consulte un oculiste qui lui prescrit des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium. Le 21 mars il entre à l'hôpital de Genève, et on constate l'existence de l'hémianopsie droite qui ne s'est pas modifiée depuis; le fond de l'œil est normal. A ce moment, il y a parfois des vertiges, mais il n'est pas encore question de crises épileptiques.

A son second séjour, en janvier 1899, il raconte que son état est resté stationnaire jusqu'en 1897; il souffrait seulement de maux de tête fréquents, à l'occiput, surtout à gauche; quelquefois de vertiges avec des bruits de cascade dans les oreilles. Il a eu à plusieurs reprises des douleurs lancinantes dans le dos et les membres inférieurs; il a eu recours assez fréquemment à l'iodure de potassium, dont il prenait jusqu'à 3 grammes par jour, pendant deux ou trois mois consécutifs.

Vers la fin de 1897 sont apparues pour la première fois des crises convulsives avec cri initial et perte complète de connaissance, sans aura, mais avec amnésie consécutive et morsures de la langue, à prédominance nocturne, suivies de coma; les convulsions n'étaient nullement localisées, présentaient bien, en un mot — et ont toujours présenté depuis lors —, tous les caractères de l'épilepsie générale, sans aucun mélange de crises bravais-jacksoniennes.

A mesure que les attaques se sont installées et sont devenues plus fréquentes, l'intelligence a baissé, la mémoire s'est affaiblie, surtout pour les faits récents; l'émotivité accidentelle s'est exagérée, et, par contre, le malade est devenu plus passif; il a pris l'aspect indifférent pour tout ce qui l'entoure. L'état actuel est très semblable à celui du dernier séjour; seule l'intelligence semble avoir encore sensiblement baissé.

La tension artérielle est élevée; elle est, à la radiale, de 24 au sphygmomanomètre de Potain; au tonomètre de Gärtner, basé sur la circulation capillaire digitale, on relève une tension de 13; elle est donc très nettement augmentée dans ces deux modes. La congestion céphalique est manifeste, mais elle paraît tenir à l'hypertension générale et à des causes vasomotrices plutôt qu'aux lésions locales, car il n'y a ni œdème ni névrite papillaire, non plus qu'aucune compression des nerfs crâniens.

En présence de cette évolution, il est manifeste qu'il s'agit d'une lésion à tendances progressives; on ne saurait admettre le diagnostic de ramollissement par embolie, pas plus que celui d'hémorragie; mais il n'en est pas de même de celui de ramollissement par thrombose, avec cette donnée complémentaire que la thrombose est elle-même en rapport avec des lésions de sclérose artérielle, à extension et à progression lentes, mais continues.

Cette marche du ramollissement par thrombose n'a rien de très exceptionnel, et on en trouve un bel exemple dans le cinquième volume, récemment paru, des leçons sur les maladies du système nerveux de M. le professeur Raymond; la malade qui en fait l'objet diffère assurément de notre patient par la localisation, et par les symptômes qui dépendent de cette dernière; mais la marche générale et l'évolution de l'affection sont tout à fait comparables: ictus précédé de douleurs locales, suivi plusieurs mois après de crises épileptiques, plus tard d'affaiblissement graduel de l'intelligence; à l'autopsie, dilatation du ventricule, vaste kyste par atrophie corticale; la différence ne consiste guère qu'en une marche un peu plus lente, et en une hémiplégie, prenant la place de l'hémianopsie, par le fait de la localisation rolandique de la lésion.

Le mécanisme artériel une fois admis, peut-on aller plus loin et préciser la pathogénie des lésions artérielles elles-mêmes? L'écorchure du filet, en 1877, a bien pu être un chancre induré et la syphilis n'est peut-être pas étrangère à cette affection; le traitement ioduré n'a pas produit d'effet bien puissant, mais il a été tardif, et c'est peut-être à lui qu'est due la marche très lente des accidents.

Il est aussi très légitime de penser que le traumatisme de l'enfance a pu jouer le rôle de cause occasionnelle et créer dans cette région des lésions minimes, capables de devenir un point d'appel pour les influences pathogènes ultérieures; mais s'il est légitime d'accepter cette hypothèse et de trouver ainsi un terrain de conciliation entre les deux interprétations en présence, il serait, je crois, impossible d'en donner une démonstration formelle.

Si l'on suppose avec nous l'existence de troubles circulatoires graves, de thromboses envahissantes, l'explication de la production post-opératoire de la cécité verbale devient relativement facile.

Tout d'abord, on peut admettre que ce trouble eût pu survenir à un moment donné spontanément, par la marche progressive des lésions; l'opération pourrait en avoir hâté l'éclosion sans l'avoir créé de toutes pièces.

Faute d'un examen anatomique, on ne peut que faire des hypothèses sur le mode d'action de l'acte opératoire dans notre cas. Il n'est pas vraisemblable que l'incision même du cerveau puisse être incriminée; peu étendue, ayant porté en arrière, assez loin du pli courbe, son action directe doit être écartée; il est, d'ailleurs, loin d'être certain que, même en plein pli courbe, elle eût pu déterminer pareil effet durable.

Un œdème cérébral consécutif ne me paraît pas davantage constituer une explication suffisante; il a bien été signalé par M. von Bergmann, mais dans des cas tout différents, après l'extirpation de tumeurs volumineuses; il est, d'ailleurs, rapide, envahissant, susceptible de causer des complications graves, prochaines et diffuses, et non des phénomènes en foyer, d'emblée définitifs.

L'affaissement de la substance corticale, amincie et ramollie, après l'incision de la cavité kystique, si elle a pu se propager assez loin en avant, fournirait une interprétation plus satisfaisante. Des lésions de la substance blanche sous-jacente, des fibres de projection du pli courbe ou peut-être des fibres commissurales du corps calleux, produites par le contact du drain maintenu dans la cavité kystique, pourraient aussi être invoquées. La première cause serait plus en rapport avec une cécité verbale d'origine corticale, la seconde plus susceptible de provoquer une cécité verbale du type sous-cortical. Enfin, on pourrait encore admettre une lésion à distance, d'origine vasculaire, comme on en rencontre quelquefois dans les expériences sur le cerveau des animaux, lésions qui seraient singulièrement facilitées ici par l'état très défectueux des artères et de la circulation locale du lobe malade; dans cette hypothèse, les lésions à distance pourraient être tout aussi bien corticales que sous-corticales, voire même affecter à la fois les deux localisations.

J'avoue que, s'il me paraît facile d'écarter les premières suppositions, il serait plus délicat de choisir entre les trois dernières; elles ne sont d'ailleurs nullement inconciliables et elles ont bien pu s'associer et superposer leurs effets.

Il y aurait quelque imprudence à se baser, pour se prononcer entre elles, sur les caractères corticaux ou sous-corticaux de l'alexie observée, alors que la valeur de ces caractères est encore bien discutée. Il paraît n'y avoir, dans notre cas, aucune association de surdité verbale, aucune altération appréciable du langage intérieur; bien que le malade ait beaucoup de peine à écrire depuis son opération, tant spontanément que sous dictée et d'après copie, il n'est nullement agraphique; ces divers détails seraient en faveur de la forme sous-corticale, mais d'autres sont un peu contradictoires; on peut objecter aussi que le premier examen méthodique a eu lieu longtemps après le début, alors que bien des phénomènes avaient pu déjà s'atténuer ou se dissiper. Je ne puis insister plus longtemps sur ce point spécial qui nous entraînerait trop loin; ce fait peut avoir un grand

intérêt pour l'étude des variétés de la cécité verbale, mais seulement dans l'avenir, s'il nous est donné de le compléter par un examen anatomique. Le malade étant indigent, définitivement incurable et de nationalité genevoise, il est sans doute destiné à ne plus quitter nos hospices et il est bien probable que cette étude pourra être faite un jour.

Pour le moment, il nous suffit de retenir de cette discussion le danger très réel d'aggravation fonctionnelle que peuvent présenter les interventions chirurgicales, quand elles portent sur un territoire cérébral thrombosé et déjà atteint de troubles circulatoires profonds. En pareil cas, il sera sage, à l'avenir, de limiter l'intervention à la trépanation, à l'incision des méninges, voire à la ponction simple, mais en se défiant des incisions et des drainages, malgré l'innocuité habituelle de ces méthodes quand elles portent sur une substance cérébrale normalement irriguée.

Après les développements qui précèdent, il me reste peu de chose à ajouter sur le pronostic et le traitement d'un pareil cas. Le pronostic est d'autant plus défavorable que la marche est manifestement progressive; le malade paraît destiné à sombrer toujours plus avant dans la voie de la confusion mentale et de la démence, si quelque extension nouvelle de ses artérites, ou quelque complication de l'épilepsie, ne vient pas hâter les événements.

L'ultime ressource du traitement opératoire, quelque justifiée qu'elle fût quand on y a eu recours, semble bien aujourd'hui une voie dans laquelle il n'y a plus rien à attendre. M. de Quervain, attribuant pour cause principale à l'échec thérapeutique de l'opération l'arrachement du drain par le malade, m'écrit « qu'il ne serait peut-être pas inutile d'essayer d'obtenir, encore maintenant, un abaissement durable de la pression intracrânienne, en plaçant à demeure une mince canule en argent, munie d'une plaque, introduite à travers la cicatrice à l'aide d'une simple ponction du kyste avec un trocart ». Il ajoute que, « un pansement suffisamment large devrait suffire pour éviter une infection, pour le cas où le patient se déciderait à ne pas se débarrasser de ses pansements ». J'avoue que, cette réserve aidant, je suis peu disposé à conseiller de toucher de nouveau à ce lobe cérébral, d'une vitalité si profondément compromise.

Le traitement médical est tout aussi impuissant; l'iodure n'agit plus depuis longtemps; le bromure de potassium ne paraît pas influencer beaucoup la production des crises; il nous reste à voir s'il retrouvera sa puissance en l'associant au régime d'hypochloruration, par la méthode de MM. Richet et Toulouse; c'est ce que nous allons encore essayer avant d'abandonner la partie.

MÉDECINE PRATIQUE

La valeur de quelques altérations cutanées pour le diagnostic précoce du cancer.

Il y a quelques mois, M. le professeur E. Leser, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Halle, a attiré l'attention sur un signe encore peu connu des affections cancéreuses, qui consiste dans la présence d'angiomes cutanés multiples dont le nombre augmente, d'ailleurs, rapidement au cours de l'évolution de la maladie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 107-108). Depuis lors, M. le docteur Gebele, assistant de M. le docteur O. von Angerer, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Munich, a institué une série de recherches cliniques en vue de se rendre compte du degré de fréquence des angiomes cutanés chez les cancéreux et chez les sujets atteints de maladies autres que le cancer. M. Gebele a examiné, d'une part, 21 individus (10 hommes et 11 femmes) porteurs de lésions cancéreuses et, d'autre part, 200 malades exempts de cancer. Sur les 21 patients de la première catégorie, 11 seulement présentaient de petites tumeurs angiomateuses, tandis que chez les 10 autres elles faisaient complètement défaut; dans le second groupe, où l'hypothèse d'un néoplasme malin pouvait être exclue d'une façon certaine, les recherches donnèrent 86 résultats positifs contre 114 négatifs. En se basant sur ces constatations, notre confrère arriva à conclure qu'on ne saurait attribuer aux angiomes cutanés une valeur diagnostique au point de vue de l'existence du cancer, et cela d'autant plus que ces petits néoplasmes coexistent parfois avec des tumeurs non cancéreuses, voire même bénignes; c'est ainsi que M. Gebele les a trouvés dans 5 cas de sarcome et chez 6 sujets porteurs de tumeurs bénignes (1 lipome du dos, 1 cas de neurofibromes des extrémités supérieures, 2 myomes de l'utérus et 2 kystes de l'ovaire).

De son côté, M. le docteur Rosenbaum s'est livré à une étude analogue sur 400 malades observés dans le service de M. le docteur F. Moritz, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Munich. Parmi ces 400 cas, on ne comptait que 3 cancers certains et 4 plus ou moins douteux. Or, le nombre des individus chez lesquels on a noté des angiomes cutanés est de 308. Dans 53 cas, où il s'agissait de patients âgés de moins de trente ans, on ne se trouvait pas, il est vrai, en présence d'angiomes multiples, puisqu'on n'en comptait, en moyenne, que 3; mais chez les 255 autres sujets, dont l'âge variait entre trente et quatre-vingts ans, cette moyenne était de 13, c'est-à-dire à peine inférieure à celle qui avait été signalée par M. Leser pour les cancéreux. Aussi M. Rosenbaum conteste-t-il, à l'exemple de M. Gebele, toute valeur diagnostique aux petites tumeurs angiomateuses.

Toutefois, en ce qui concerne les recherches de M. Gebele, M. le docteur E. Holländer (de Berlin) — qui, dès 1900, a attiré l'attention sur la question actuellement en litige — fait très judicieusement observer qu'elles ont porté sur un nombre restreint de cas de cancer (la même remarque s'applique, à plus forte raison, aux constatations de M. Rosenbaum). En se basant sur son expérience, qui date de dix ans, M. Holländer estime qu'on ne saurait mettre en doute la fréquence des angiomes cutanés chez les cancéreux, fréquence qui avait, du reste, déjà été notée par un certain nombre de chirurgiens (von Langenbeck, Israel, H. W. Freund, etc.). Mais comme ces petites tumeurs se montrent également chez des individus exempts de cancer, ce n'est pas le fait seul de leur présence qui offrirait une certaine valeur diagnostique, mais leur apparition brusque et leur multiplicité. De plus, chez les cancéreux, les angiomes coexisteraient souvent avec deux autres altérations cutanées, à savoir la formation de verrues en grand nombre et une pigmentation particulière de la peau. Cette dernière lésion serait particulièrement importante pour le diagnostic précoce du cancer, et notamment d'un néoplasme malin de l'intestin : il s'agirait de taches rappelant, par leur aspect, les éphélides, dont elles se laissent cependant facilement distinguer par leur coloration plus sombre, leurs contours moins réguliers, ainsi que par leur localisation habituelle aux parties du corps qui restent ordinairement couvertes. Il ne serait pas rare de voir cette pigmentation s'étendre surtout au voisinage des parties atteintes par le processus cancéreux; c'est ainsi qu'elles occuperaient, par exemple, la région fessière dans les cas de cancer du rectum.

La coexistence de petits angiomes cutanés multiples, de nombreuses verrues et des taches pigmentaires susmentionnées serait, d'après notre confrère, de nature à faire soupçonner une affection cancéreuse et pourrait, le cas échéant, faciliter le diagnostic.

VINGTIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril 1902.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

La photothérapie.

M. Bie (de Copenhague), *rapporteur*. — La photothérapie est basée sur deux propriétés de la lumière : son action calorique, dévolue aux rayons rouges et ultra-rouges, et son action chimique, appartenant aux rayons bleus, violets et ultra-violets; les rayons jaunes et verts ne jouent aucun rôle à ce point de vue.

Examinons d'abord quels sont les effets de la lumière sur l'organisme. Mais une première notion qu'il importe de bien établir préalablement, c'est que les rayons bleus ou violets isolés n'ont pas un effet plus énergique que la lumière blanche non décomposée; c'est plutôt le contraire qui est la vérité.

Sur la peau, les radiations lumineuses ont une influence bien connue, se traduisant par ce qu'on a appelé l'érythème solaire. Cet érythème, dû à l'action chimique des rayons bleus et violets, consiste en une dilatation vasculaire avec exsudation, etc.; on peut même observer des thromboses, quand l'effet est très énergique. Cette production d'une dilatation vasculaire nous donne une indication thérapeutique pour l'emploi de la lumière.

Jusqu'à présent on n'a pas constaté de modifications du sang sous l'influence du même agent physique. Il est possible que la lumière ait quelque effet sur les échanges nutritifs; toutefois, le fait est encore hypothétique. Les expériences de M. Finsen ont prouvé qu'elle a une action excitante sur certains animaux, comme les vers, action exercée par les rayons chimiques. De même l'effet psychique de la lumière sur l'homme ne peut être nié, mais il est encore insuffisamment étudié; les rayons rouges semblent produire plutôt de l'excitation, les bleus plutôt de la dépression. Au point de vue du pouvoir de pénétration de la lumière, nous voyons les rayons caloriques pénétrer profondément, tandis que les rayons chimiques sont absorbés par les couches superficielles du corps, auxquelles se limite leur action.

Les effets bactéricides de la lumière sont indéniables; malheureusement, comme ils appartiennent presque exclusivement aux rayons chimiques, surtout aux ultra-violets, peu pénétrants, ils ne se font sentir qu'à la surface de la peau; aussi ne saurait-il être question de traiter des infections générales ou viscérales profondes (phtisie pulmonaire) par la photothérapie.

Si nous passons aux applications thérapeutiques de la lumière, il convient de citer en première ligne l'action des radiations rouges sur la suppuration des *pustules varioliques;* cette action n'est pas positive, mais négative : la lumière rouge agit en mettant le corps à l'abri de l'influence des rayons chimiques; pour atteindre ce but, il faut donc que ces derniers soient absolument exclus : une plaque photographique, placée dans la chambre du varioleux, doit rester inaltérée. Quand ces conditions sont remplies, la suppuration et surtout la fièvre suppurative de la variole peuvent être évitées. La *rougeole* paraît être, elle aussi, favorablement influencée par le traitement à la lumière rouge; les expériences sur la *scarlatine* et sur l'*érysipèle* sont insuffisantes pour permettre une conclusion; quant aux cas d'*eczéma* prétendus guéris de cette façon, je crois qu'ils ne peuvent pas résister à une critique sévère.

Voyons sous quelles formes la photothérapie a été employée. Les bains de lumière au moyen de lampes à incandescence n'ont qu'un effet calorique : ces lampes, ne produisant presque pas de radiations chimiques, n'agissent que par les rayons rouges. Ces bains de lumière constituent un bon moyen pour provoquer la transpiration; mais ils n'activent ni ne ralentissent les échanges nutritifs; aussi l'obésité n'est-elle pas influencée par eux.

Les autres bains de lumière (soleil, lampes à arc) ne paraissent pas davantage modifier les échanges nutritifs; du moins, la preuve de leur efficacité à ce point de vue n'a pas été fournie. L'action locale des lampes à arc sur les névral-

gies ne diffère pas de celle des lampes à incandescence. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de continuer à traiter des maladies internes (pleurésie, etc.) au moyen de la lumière électrique.

La seule application locale de la photothérapie qui, à mon avis, ne puisse être contestée, c'est le traitement de Finsen pour les *affections cutanées*, en particulier le *lupus vulgaire*, au moyen des rayons chimiques concentrés; elle est basée sur l'action bactéricide et inflammatoire de la lumière, action que l'on renforce en produisant une ischémie artificielle au niveau des parties atteintes, par la compression de la région : l'ischémie favorise l'effet profond des rayons chimiques. La lumière détermine à son point d'application une vive réaction qui se dénote avant tout par de l'exsudation. Tous les jours on fait agir la lumière, pendant une heure environ, sur une surface de 2 centimètres carrés; le traitement — qui n'est nullement douloureux — n'est suspendu que quand il n'existe plus de tissus lupiques.

Les photographies que je vous présente montrent combien les effets de cette méthode sont favorables au point de vue esthétique. La guérison du lupus a lieu sans que les tissus sains soient lésés; la cicatrice est unie. Sur 640 malades traités de la sorte, nos résultats ont été bons dans 85 % des cas; les 15 % restants se sont montrés rebelles, mais il faut dire que nous avons soumis à la photothérapie même les formes de lupus les plus malignes. Sur les 640 cas auxquels je viens de faire allusion, il y en a 456 pour lesquels le traitement est terminé et a amené la guérison. La méthode de Finsen nous a également paru efficace sous le rapport des récidives; toutefois dans le lupus des muqueuses, peu accessible à la photothérapie, nous avons observé quelques récidives.

Dans les autres affections cutanées (eczéma, alopécie, etc.), nos résultats, pour n'avoir pas été aussi brillants que dans le lupus, ont néanmoins été très satisfaisants.

M. von Jaksch (de Prague). — J'ai utilisé l'action calmante de la lumière bleue, en introduisant dans ma clinique des verres de lampes bleus. Je suis de l'avis de M. Bie, que les bains de lumière au moyen de lampes à incandescence ne constituent qu'une simple modification du bain de vapeur; la lumière n'est pour rien dans leur action.

M. Quincke (de Kiel). — Il ne faut pas refuser d'emblée toute action à la lumière sur les échanges nutritifs et les fonctions organiques : Paul Bert a démontré que cet agent favorisait l'oxydation dans les tissus. J'ai fait de nombreuses expériences se rattachant à ce point. J'ai vu que le pus (par exemple d'un empyème) absorbe plus avidement à la lumière l'oxygène du sang; de même, l'oxygène du sang leucémique disparaît bien plus rapidement à la lumière que dans l'obscurité; un phénomène analogue peut être démontré pour des tissus réduits en bouillie. Je crois, dans ces cas, à un effet des rayons chimiques.

M. Rumpf (de Bonn). — Je partage l'opinion de MM. Bie et von Jaksch en ce qui concerne les bains de lumière au moyen de lampes à incandescence. Pour ce qui est des lampes à arc, les radiations qu'elles fournissent ne pénètrent pas dans le corps; aussi les phtisiques ne sont-ils influencés ni en bien ni en mal par la photothérapie. J'ai traité des érysipélateux par les rayons bleus; les parties malades supportaient cette lumière mieux que les régions saines; la stase veineuse qui se produisit me parut accélérer la guérison. Dans les névralgies, j'ai obtenu parfois de bons résultats.

M. Hahn (de Breslau). — Comme l'a fort bien dit M. Bie, la méthode de Finsen n'a de valeur que pour les affections de la peau, et particulièrement le lupus; mais j'ai vu des récidives survenir même après ce traitement. J'ai été très satisfait des lampes à électrodes de fer, récemment préconisées (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 83); elles produisent plus de rayons ultra-violets et ont l'avantage d'être bon marché. Les meilleurs résultats m'ont été fournis par l'association du traitement de Finsen avec l'emploi des rayons de Röntgen.

M. Marcuse (de Mannheim). — Dans les maladies de la nutrition (obésité, etc.), de même que dans les névralgies, j'ai eu plus d'échecs que de succès, et cela que j'aie employé les lampes à incandescence ou les lampes à arc. Les bains de lumière ne sont pas sans danger chez les cardiaques.

M. Hofbauer (de Vienne). — J'ai fait des expériences qui me paraissent prouver que la force musculaire est plus grande à la lumière que dans l'obscurité.

M. Bie. — Contrairement à M. Hahn, je ne suis pas partisan des lampes à électrodes de fer, qui n'ont, à mon avis, qu'un intérêt théorique et ne sauraient, en pratique, remplacer les lampes de Finsen.

Le rôle de l'autodigestion en pathologie.

M. Müller (de Bâle). — Les tissus qui ont subi une altération sont résorbés, soit par l'intermédiaire de cellules migratrices, soit directement, par le sang et les vaisseaux lymphatiques. Pour que cette résorption soit possible, il faut que les tissus solides soient préalablement liquéfiés, par suite d'un processus analogue à la digestion, qu'on peut mettre en évidence notamment dans la résolution de la pneumonie lobaire (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 78).

Le pus possède ces propriétés d'autodigestion. Mis à l'étuve à l'état aseptique (après addition de toluol ou de chloroforme), il se transforme en un liquide gris transparent, au-dessus duquel surnage une couche de graisse. Cellules blanches et noyaux disparaissent bientôt, et on voit apparaître les mêmes produits que dans l'autolyse de la pneumonie (leucine, thyrosine, deutéro-albumoses, acide phosphorique). Un morceau de poumon frais introduit dans ce pus est digéré jusqu'aux fibres élastiques; la substance cérébrale et le tissu musculaire y subissent également de profondes modifications. Cette action du pus ne se manifeste que sur des tissus morts; les tissus vivants lui résistent.

Parmi les microbes, le bacille de la tuberculose, les streptocoques, le colibacille ne possèdent pas ce pouvoir digérant, dont les staphylocoques sont, au contraire, doués à un degré très faible et certains microbes de la putréfaction (*Proteus*) à un haut degré.

On peut opposer, sous ce rapport, à la pneumonie franche, la pneumonie tuberculeuse où l'autodigestion est peu prononcée. Les matières caséeuses ne se liquéfient presque pas à l'étuve; au point de vue chimique, elles se composent essentiellement d'albumines coagulées et contiennent beaucoup de graisse, mais cette graisse ne renferme pas d'acide phosphorique.

M. Jacobj a démontré que l'autolyse du foie ressemblait beaucoup à ce qui se passe dans l'atrophie jaune aiguë de cet organe, ainsi que dans l'empoisonnement par le phosphore. Dans le tissu hépatique (de même que dans les tissus rénal ou musculaire), conservé aseptiquement à l'étuve, les noyaux se désagrègent, et le parenchyme subit des altérations analogues à celles de la dégénérescence parenchymateuse.

Nous observons aussi des phénomènes d'autolyse dans la formation du suc musculaire : alors qu'il est impossible d'obtenir du suc musculaire aussitôt après la mort, la presse permet de retirer, au bout de quelques jours, une quantité de suc correspondant à la moitié du poids du muscle, et ce suc contient un cinquième de l'azote musculaire. La protéolyse me semble jouer également un rôle dans l'atrophie du muscle après dégénérescence de son nerf. De même, dans un nerf ayant perdu sa fonction, le protargon disparaît (Weigert), et on trouve de la lécithine et de la graisse.

De ces divers faits, on peut conclure que tous les organes et tissus dont la fonction est abolie subissent une désassimilation chimique des plus profondes. Les tissus cancéreux présentent eux aussi une autodigestion intense, au cours de laquelle il se forme des corps basiques en grande quantité; je crois que, dans le cancer de l'estomac, c'est à cette autodigestion — et à la mise en liberté corrélative de substances basiques — qu'il faut attribuer l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Le parasitisme du cancer.

M. von Leyden (de Berlin). — Je suis partisan de la théorie parasitaire du cancer, qui est justifiée par de nombreux arguments. C'est ainsi qu'on a trouvé, dans certaines tumeurs du chou ayant une grande ressemblance avec les néoplasmes humains, un parasite (plasmodie intracellulaire) dont le développement a pu être suivi. D'ailleurs, la clinique fournit des présomptions en faveur de la même théorie : d'un côté, il faut admettre, pour expliquer la croissance illimitée des tumeurs, l'intervention d'un agent manifestant incessamment son action sur les cellules; en outre, chez tout cancéreux, nous observons des symptômes rappelant ceux que produisent, dans les maladies infectieuses, les toxines microbiennes.

Il est vrai que les essais de transmission du cancer n'ont pas donné de résultats concluants. Toutefois, si le cancer ne peut être communiqué d'une espèce animale à une autre, on est arrivé à le transmettre de rat à rat, de chien à chien. Les cas d'infection d'homme à homme sont rares et douteux. Pourtant, j'ai vu un garçon de laboratoire qui, ayant bu du suc cancéreux, succomba deux ans plus tard à un cancer de l'estomac.

Je vous présente des préparations microscopiques montrant les corpuscules intracellulaires que j'ai décrits naguère et qui me paraissent être le parasite du cancer. De nouvelles recherches me confirment dans cette supposition : entre autres, nous avons trouvé dans des cancers du sein et du poumon des agglomérations intracellulaires de ces corpuscules, ressemblant à ceux qu'on a observés dans les plantes.

Les nerfs pneumovasomoteurs.

M. A. Strubell (de Vienne). — J'ai pu m'assurer que, après une injection de strophantine, l'excitation périphérique des deux pneumogastriques détermine une diminution de la pression du sang sans ralentissement du pouls, quand les fibres régulatrices du pneumogastrique sont paralysées. La pression s'abaisse dans l'oreillette gauche et s'élève dans l'artère pulmonaire, en même temps que le volume du poumon diminue. Je crois que ces expériences permettent d'admettre l'existence de fibres pneumovasomotrices.

Pouls veineux présystolique du foie.

M. Volhard (de Giessen). — On admet que le pouls veineux du foie, étant un symptôme d'insuffisance tricuspidienne, est systolique. J'ai pu étudier 6 cas où ces pulsations hépatiques étaient négatives, présystoliques; j'admets qu'il s'agissait là d'un renforcement compensateur des contractions de l'oreillette, la diastole ventriculaire du cœur droit se produisant difficilement.

Le diabète surrénal.

M. Blum (de Francfort-sur-le-Mein). — J'ai découvert dans les capsules surrénales une substance qui, introduite dans la circulation, est susceptible de produire de la glycosurie et d'augmenter la pression du sang. Elle agit à doses infinitésimales chez le lapin, et fait apparaître jusqu'à 6 % de dextrose dans l'urine; des chiens nourris exclusivement avec de la viande peuvent éliminer, sous son influence, 4 % de sucre. Cette glycosurie dure un ou deux jours, mais elle peut persister longtemps si l'on répète les injections de suc surrénal.

Cette substance paraît agir sur le foie, car des chiens à l'état d'inanition (c'est-à-dire pour lesquels on pouvait supposer que le glycogène hépatique avait disparu) ne présentèrent qu'une glycosurie très faible ou même nulle; mais il faut ajouter que l'élimination de sucre augmentait quand on ajoutait de la graisse à la nourriture de ces animaux.

Me fondant sur ces constatations, j'estime que les capsules surrénales jouent un rôle important dans l'étiologie de certains cas de diabète, du diabète bronzé en particulier. Je ne crois pas que ces organes aient une sécrétion interne, renforçant d'une part la pression sanguine et produisant, d'autre part, l'excrétion de dextrose; mais je suis d'avis qu'ils ont des fonctions antitoxiques analogues à celles du corps thyroïde.

La glycosurie passagère.

M. Hoppe-Seyler (de Kiel). — La glycosurie passagère n'est pas toujours un diabète larvé. C'est ainsi que j'ai observé 11 cas d'une variété de glycosurie que je nomme *glycosurie des vagabonds :* l'élimination du sucre par l'urine

ne dépasse jamais le taux de 1 % ; elle dure d'un à trois jours, et ne reparaît pas, même sous l'influence d'une nourriture riche en hydrocarbures. Cette glycosurie survient chez des individus ayant subi des privations ; elle est due à ce que les organes régulateurs de la formation du sucre, se trouvant en état d'inanition, deviennent insuffisants. L'alcoolisme ne me paraît pas avoir d'influence sur sa production.

Sur l'élimination de l'acide glycuronique.

M. Bial. — Jusqu'à présent, on n'avait isolé l'acide glycuronique que du sang et de l'urine ; j'ai pu déceler cette substance en grande quantité dans les selles, même chez des malades ayant absorbé du menthol. Aussi je crois que les hasards de la résorption jouent un rôle important dans les proportions d'acide glycuronique contenues dans le sang et l'urine, et je ne pense pas que la présence de cet acide soit l'indice d'une oxydation insuffisante, comme l'a soutenu M. P. Mayer.

L'acide glycuronique est souvent difficile à dépister, selon les composés auxquels il est combiné ; le perchlorure de fer est un bon moyen de le mettre en évidence. Dans les cas où l'on trouve de l'acide glycuronique en grande abondance, il n'y a pas lieu, à mon avis, de supposer que son taux est réellement augmenté, mais il faut simplement admettre une dissociation plus parfaite des composés qui le renferment.

Sur l'utilisation des mannoses.

M. P. Mayer (de Carlsbad). — Les diverses mannoses isomères offrent de grandes différences dans la façon dont elles sont transformées par l'organisme. J'ai pu démontrer qu'une partie de ces sucres passait à l'état de glycose et en outre que toutes les mannoses, même celles qui ne sont pas fermentescibles, sont susceptibles de produire du glycogène. Il n'y a donc pas que les sucres pouvant fermenter qui donnent naissance au glycogène : tous les sucres peuvent se transformer l'un dans l'autre dans l'organisme.

Ces expériences rendent compte, jusqu'à un certain point, de l'excrétion de lévulose et de la production de lactose dans les glandes mammaires.

Sur la glycosurie expérimentale par la phlorizine.

M. Vogt (de Strasbourg). — Mes recherches m'ont prouvé que la phlorizine agit sur les reins. Chez des animaux dont le sang contenait une forte proportion de glycose, à la suite d'injections intraveineuses régulières de cette substance, la phlorizine produisit une augmentation de l'excrétion de sucre. J'ai répété cette expérience avec le sucre de canne, et j'ai observé que ce dernier était excrété en plus grande quantité, sans qu'il y eût élimination de glycose. La phlorizine influence aussi l'excrétion de l'eau et des sels ; elle détermine de la diurèse avec modification du point de congélation de l'urine.

Existe-t-il une dilatation aiguë du cœur ?

M. A. Hoffmann (de Düsseldorf). — Ayant soumis des individus normaux à un travail musculaire considérable (déterminant de la dyspnée et une énorme accélération des pulsations du cœur), je n'ai jamais pu constater, par la radiographie, de dilatation cardiaque. Je dois ajouter que chez des personnes venant me consulter après un grand effort et se plaignant du cœur, je n'ai jamais trouvé non plus une dilatation réelle du cœur.

La pression sanguine dans le surmenage aigu du cœur.

M. Schott (de Nauheim). — J'ai repris mes anciennes expériences en étudiant, au moyen du tonomètre de Gärtner, la pression sanguine dans le surmenage du cœur chez des sujets sains, à la suite de luttes prolongées. La pression s'élevait tant que la lutte équivalait à un simple effort musculaire et que la fréquence du pouls et de la respiration n'était que peu augmentée ; mais elle s'abaissait très sensiblement (à 30, voire même 20 millim. de mercure) dès qu'il survenait de la dyspnée, de la tachycardie ou de l'arythmie. J'ai obtenu les mêmes résultats en faisant monter des escaliers à des individus normaux, jusqu'à production de dyspnée. Cette diminution de la pression sanguine est d'habitude de très courte durée chez les sujets sains ; mais parfois elle persiste plusieurs heures.

Ces expériences nous expliquent la genèse du surmenage chronique du cœur que nous observons de plus en plus fréquemment à l'heure actuelle, à la suite d'excès de sport ou même de travail intellectuel.

L'actinomycose du cœur.

M. L. von Schrötter. — J'ai observé un malade atteint d'actinomycose du thorax et de la plèvre, avec péricardite, qui succomba par suite d'une faiblesse progressive du cœur. Or, à l'autopsie, nous trouvâmes ce viscère pour ainsi dire totalement dégénéré par l'actinomycose ; mais l'examen histologique démontra que seul le tissu interstitiel était atteint et que les éléments musculaires n'étaient pas touchés. Il est remarquable qu'avec une pareille lésion le malade ait pu se lever et marcher encore peu de jours avant la mort.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'acide carbonique.

M. H. Weber (de Sanct-Johann-sur-la-Saar). — L'acide carbonique est un agent bactéricide puissant. Aussi j'estime que si le sommet du poumon est le siège de prédilection des lésions tuberculeuses au début, la raison en est que l'acide carbonique, par suite de sa densité, s'accumule à la base du poumon.

La production d'acide carbonique peut être augmentée en élevant le taux des matières combustibles fournies à l'organisme ; la lévulose est un des meilleurs moyens pour atteindre ce but ; elle est bien supportée, et les malades auxquels on la prescrit voient leur poids s'accroître. Dans les cas avancés, on peut activer la formation de l'acide carbonique au moyen de graisses : pour cela j'injecte sous la peau de l'huile de vaseline.

La pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

M. A. Schmidt (de Bonn). — Au cours d'expériences sur la cicatrisation des plaies de l'estomac, j'ai pu m'assurer que, dans un estomac sain, les pertes de substance, même étendues, ne tardent pas à être recouvertes par des plis de la muqueuse — grâce à la contraction de la couche musculaire —, ce qui a pour effet de les mettre à l'abri de l'action du suc gastrique. Si l'on empêche cette contraction musculaire de se produire, on observe que des lésions superficielles se transforment en larges plaies, et que la guérison est sensiblement retardée.

Aussi, dans la pathogénie de l'ulcère gastrique, le défaut de contractilité de la musculature de l'estomac me paraît-il jouer un grand rôle ; ce facteur explique pourquoi les ulcères siègent surtout au niveau du pylore et de la petite courbure : en ces points, la muqueuse est très peu plissée et n'est guère mobile. De même est éclairci le rôle de l'anémie, une des causes les plus fréquentes de l'ulcère gastrique : cette affection est souvent accompagnée d'une insuffisance de la contractilité, d'une atonie de l'estomac ; je dois ajouter qu'il peut y avoir atonie même sans ralentissement du passage des aliments de l'estomac dans les intestins.

Au total, l'insuffisance de la contractilité gastrique me paraît jouer, dans la production de l'ulcère stomacal, un rôle intermédiaire à celui de l'anémie et à celui de l'hyperacidité.

Sur la teneur du rein en graisse.

M. G. Rosenfeld (de Breslau). — Mes recherches m'ont amené à conclure qu'il est impossible de juger de la quantité réelle de graisse contenue dans le rein humain par l'examen histologique : des reins normaux semblent parfois, sous le microscope, remplis de graisse.

Les reins malades renferment en général la même quantité de substances grasses que les reins sains, et les limites des variations de la proportion de graisse ne diffèrent pas dans les deux cas. Le rein normal du chien contient en moyenne 21.8 % de graisse ; ce taux n'est ni diminué ni augmenté par l'administration de phlorizine, de phosphore, de bichromate de potasse, etc., etc. ; il tombe à 17 % sous l'influence de la cantharidine et du chloroforme ; seul l'alcool l'augmente.

Si l'on ramène la quantité de substance rénale fraîche et desséchée à sa proportion pour 1 kilogramme d'animal, et si l'on fait le même calcul pour la graisse rénale, on trouve qu'il n'existe pas de poison qui augmente la teneur du rein en graisse. On peut s'expliquer la diminution apparente de la graisse, après la chloroformisation ou l'administration de cantharidine, en admettant que la substance rénale a augmenté de poids, tandis que la graisse est restée stationnaire.

On ne peut donc parler de dégénérescence graisseuse du rein, en se basant seulement sur une augmentation de la proportion des matières extraites au moyen de l'alcool-chloroforme.

Les selles graisseuses.

M. Salomon (de Francfort-sur-le-Mein). — Dans l'entérite simple, j'ai pu m'assurer que la résorption de la graisse n'était guère diminuée ; par contre, il existe des sujets paraissant normaux, sans ictère ni diabète, qui utilisent très mal les substances grasses. J'ai observé 2 faits de ce genre : chez ces malades, on retrouvait dans les selles de 20 à 36 % de la graisse ingérée avec les aliments ; chez l'un d'eux, la résorption de l'azote était également diminuée. Les préparations pancréatiques n'eurent aucune efficacité dans ces cas et les patients ne furent améliorés que par un régime pauvre en matières grasses.

L'action de l'opothérapie pancréatique constitue un bon signe pour distinguer les selles graisseuses d'origine pancréatique d'avec les troubles dont il est ici question.

La composition du sang après la néphrectomie double.

M. Bickel (de Gœttingue). — En étudiant les réactions électriques et le point de congélation du sérum avant et après l'extirpation des deux reins, j'ai constaté qu'à la suite de cette opération les proportions relatives de sels, d'acides et de bases n'étaient pas modifiées, mais que la concentration du sérum était toujours augmentée. La néphrectomie double produit donc simplement une rétention des résidus des échanges organiques.

Traitement du lupus érythémateux par l'administration interne de quinine associée aux applications locales de teinture d'iode.

M. Holländer (de Berlin). — Mes observations cliniques m'ont amené à rejeter l'étiologie tuberculeuse du lupus érythémateux ; il s'agit là, à mon avis, d'une affection des appareils glandulaires de la peau, dont la guérison spontanée a lieu quand ces glandes s'atrophient. Le traitement que je préconise a pour but d'agir directement sur ces glandes : il consiste en applications de teinture d'iode sur le lupus, associées à l'administration interne de quinine à haute dose ; la quinine seule n'agit qu'insuffisamment, la teinture d'iode seule est nuisible.

Les bons effets de ce traitement sont dus à ce que la quinine est excrétée par les glandes en question.

M. H. von Schrötter (de Vienne) relate un cas de pemphigus folliacé où l'autopsie a fait découvrir des lésions de la moelle consistant en une prolifération des cellules de l'épendyme autour du canal central, avec obstruction partielle de ce dernier. La moelle thoracique était crevassée et offrait des hémorrhagies capillaires.

M. Klemperer (de Berlin) fait une communication tendant à démontrer que, si l'urine peut contenir de l'acide urique à l'état de sursaturation, cette particularité est due à la présence d'une substance colloïde, l'urochrome, vraisemblablement formée dans le rein, et qui empêche l'acide urique en excès d'être précipité.

M. A. Fränkel (de Badenweiler) communique les résultats de recherches expérimentales sur les *effets d'accumulation de la digitale*, prouvant que ces effets sont imputables à la digitoxine plus qu'à la digitaline.

Dr Jean Karcher (de Bâle).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1902.

La peste chez les rats d'Odessa.

M. Proust lit, au nom de M. Gamaleïa (d'Odessa), une note de laquelle il résulte que, depuis le mois d'octobre 1901 jusqu'à ce jour, on a constaté quatre fois des bacilles de la peste chez des rats domestiques, provenant des navires arrivés dans ce port; ces cas sont restés isolés. Il est à noter que les rats domestiques sont les seuls qui existent sur les navires.

En outre, pendant la même période, on a aussi trouvé, dans la ville, des rats d'égout atteints de peste. Chez ces derniers, l'infection pesteuse est caractérisée par sa parfaite localisation dans des foyers nettement circonscrits, sans aucune tendance à l'extension. L'existence de ces foyers limités permet de supposer que le bacille de la peste ne se transmet pas d'un rat d'égout à l'autre, mais bien par l'intermédiaire des produits alimentaires infectés.

On peut également se demander, en présence de ces faits, si ce n'est pas à la faible susceptibilité des rats d'égout pour la peste, d'une part, et de l'autre à la prédominance actuelle de cette espèce de rats en Europe, qu'il faut attribuer l'immunité de nos régions à l'égard de la maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1902.

Traitement du cancer de la langue.

M. Poirier. — J'ai employé quatre fois, pour l'opération du cancer de la langue, un procédé emprunté d'une part à Butlin et d'autre part à Whitehead. Je commence par enlever, du côté opposé à la lésion, tous les ganglions carotidiens, jusqu'au point de croisement de l'omohyoïdien avec la jugulaire; j'extirpe également les ganglions sous-maxillaires, puis je lie la linguale ou même la carotide externe; ce premier temps demande au moins une demi-heure. Dans un deuxième temps, d'une durée à peu près égale, j'enlève tous les ganglions du côté de la lésion. Je pratique enfin l'ablation de la langue par le procédé de Whitehead dont les résultats sont excellents : en effet, alors que dans un cas où j'avais enlevé la langue par la voie sus-hyoïdienne, mon opéré est mort en dix-huit heures, chez quatre autres malades j'ai eu recours au procédé de Whitehead et la guérison a été obtenue sans incident; aucun d'eux n'a eu jusqu'ici de récidive, mais je dois dire que la plus ancienne de ces interventions ne date encore que de onze mois.

M. Routier. — Je pratique toujours la ligature de la linguale du côté opposé à la lésion et, si je trouve des ganglions, je les enlève en même temps; du côté où siège la tumeur, je lie la carotide externe et j'extirpe tous les ganglions que je sens; puis je fais l'ablation de la langue par la bouche. Je ne crois pas que des délabrements aussi étendus que ceux qui résultent de l'opération préconisée par M. Poirier soient nécessaires. C'est ainsi qu'un de mes malades, que j'ai opéré il y a neuf ans par le procédé que je viens de signaler, est encore vivant.

M. Terrier. — Je pense, comme M. Routier, qu'il est tout à fait inutile de pratiquer des interventions aussi larges que celle que recommande M. Poirier; pour ma part, j'ai fait plusieurs fois des opérations limitées à la partie antérieure de la langue, et elles m'ont donné des survies très longues. Les délabrements étendus peuvent même être dangereux et provoquer des accidents très graves en raison du voisinage de la cavité buccale, dont la septicité est en général particulièrement active.

M. Reclus. — Je partage entièrement l'avis que M. Terrier vient d'émettre. Chez un malade que j'ai opéré, il y a vingt-trois ans, pour un épithélioma de la partie antérieure de la langue, j'ai simplement enlevé, au bout d'une année, un ganglion dégénéré, du côté opposé à la lésion. Je pourrais vous citer 2 cas analogues, où, sans le moindre délabrement, j'ai obtenu une survie considérable, en me bornant à faire les opérations secondaires nécessitées par les dégénérescences des ganglions.

M. Delbet. — Il y a, en effet, certains épithéliomas à évolution très lente, pour lesquels une opération parcimonieuse peut être parfaitement suffisante. Toutefois, comme aucun moyen ne permet de reconnaître ces formes peu malignes, il me semble logique de faire une opération aussi radicale que possible; je dois ajouter cependant qu'à la suite de délabrements étendus, j'ai vu plusieurs fois survenir, dans le service de Trélat, des morts rapides, comme M. Poirier vient de nous en citer un cas.

M. Walther. — J'ai toujours fait l'ablation de la langue par la voie sus-hyoïdienne et, contrairement à M. Poirier, je n'ai jamais eu à déplorer de mort rapide. Je n'ai perdu qu'un malade, par inanition, huit jours environ après mon intervention. Je crois que l'infection constitue le seul danger des opérations de ce genre, et qu'on peut en prévenir les effets en drainant soigneusement la plaie.

Occlusion intestinale par bride comprimant l'angle gauche du côlon.

M. Legueu. — Dans la dernière séance, M. Terrier nous a communiqué un cas de rétrécissement siégeant au niveau de l'angle gauche du côlon, qu'il a traité par la colo-colostomie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 142). J'ai eu, en 1894, l'occasion d'observer un fait assez analogue : chez une femme que j'avais opérée depuis trois jours pour un kyste de l'ovaire, je dus faire une nouvelle laparotomie pour combattre des accidents d'occlusion intestinale; je trouvai le côlon descendant aplati et le côlon transverse distendu; c'était au niveau de l'angle gauche du gros intestin que siégeait l'obstacle, dont je ne distinguai pas nettement la nature; ayant vu passer des gaz dans le côlon descendant, je ne poussai pas plus loin mes investigations. Malheureusement, malgré la débâcle qui suivit cette intervention, la malade succomba, et je trouvai, à l'autopsie, une bride qui comprimait l'angle gauche du côlon et qui était la cause des accidents d'occlusion.

M. Reynier. — Les sujets atteints de dilatation de l'estomac se plaignent fréquemment de phénomènes douloureux au niveau de l'angle gauche du côlon; ces accidents sont dus, à mon avis, à une ptose du côlon transverse, qui a pour résultat d'augmenter la coudure résultant de l'union de cette partie du gros intestin avec le côlon descendant.

M. Terrien communique un cas d'extirpation du ganglion ciliaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 avril 1902.

Injections salines et rétention des chlorures.

M. Achard. — Les effets des solutions salines sont complexes et leur mode d'action est discuté. Parmi ces effets, un de ceux que les praticiens recherchent le plus souvent est la diurèse; or, celle-ci fait défaut dans un grand nombre de cas d'affections aiguës, quand on emploie la solution de chlorure de sodium au taux physiologique.

J'ai constaté en effet avec M. Laubry que, sur 17 malades atteints d'affections variées (pneumonie, bronchopneumonie, pleurésie, fièvre typhoïde, angine, tuberculose, asystolie, urémie, chorée, anémie hémorrhagique, etc.), l'injection d'un litre d'une solution de chlorure de sodium à 7 ou 10 ‰ n'a produit qu'une fois une augmentation importante de la diurèse, et encore s'agissait-il d'un sujet déjà polyurique et dont la polyurie était en voie d'accroissement. Dans les 16 autres cas, le taux des urines était moyen ou faible; or, chez un dothiénentérique seulement, l'injection détermina un accroissement quelque peu notable de la diurèse (500 c.c.), mais à la période de déclin de la maladie, alors que l'excrétion de l'urine tendait déjà à se relever; chez les 15 autres sujets, l'augmentation fut faible ou nulle, et même 6 fois il y eut diminution.

Le dosage des chlorures explique ces faits. Un seul de ces malades, atteint d'anémie d'origine hémorrhagique, se comporta comme un sujet sain et élimina rapidement le chlorure injecté. Pour tous les autres, l'augmentation des chlorures urinaires fut insignifiante après l'injection et 8 fois le taux de ces sels diminua. Ces patients présentaient une rétention des chlorures, lesquels fixent avec eux une notable portion de l'eau introduite en même temps par l'injection.

Cette conclusion ne s'applique qu'aux solutions chlorurées.

Fièvre nerveuse ayant simulé des accès paludéens.

M. Vaillard relate l'observation d'une femme qui, après un séjour assez prolongé en Corse d'abord et ensuite dans une région marécageuse du département du Var, où il y avait beaucoup de moustiques, avait fini par se persuader qu'elle avait contracté la malaria. De fait, elle présentait tous les jours un ou deux accès de fièvre qui débutaient par des frissons, se terminaient par de la moiteur et s'accompagnaient d'une élévation de température de 1°5 à 2°; chacun de ces accès durait de deux à cinq heures. Malgré leur persistance (car la médication quinique était restée sans résultat), la santé de cette femme demeurait florissante : elle n'offrait aucun signe d'anémie, sa rate était à peine décelable à la percussion et enfin son sang, examiné à diverses reprises au cours des paroxysmes thermiques, ne contenait aucun hématozoaire; en outre, tous les viscères étaient indemnes et il n'existait aucun signe d'une affection organique quelconque. Dans ces conditions, il ne pouvait s'agir que d'une fièvre nerveuse par auto-suggestion.

Cette hypothèse fut confirmée par les résultats du traitement institué : au lieu de dire la vérité à la patiente, on lui affirma que son sang renfermait une espèce particulière d'hématozoaires, lesquels ne disparaîtraient que sous l'influence du sulfate de quinine administré non plus par la bouche, mais par la voie souscutanée. En réalité, on ne pratiqua que quelques injections tout à fait insignifiantes de sel quinique (0 gr. 005 milligr. par injection), puis on injecta simplement de l'eau bouillie. Grâce à cette médication purement suggestive, les accès de fièvre cessèrent peu à peu et la malade se rétablit complètement.

Malgré le succès de la psychothérapie, l'orateur ne croit pas que l'on doive classer dans la catégorie des accidents hystériques ces paroxysmes fébriles, car cette femme ne présentait aucun stigmate de la névrose en question.

Paralysie saturnine due à l'usage d'une trompette à embouchure de plomb.

M. Variot communique l'observation d'un garçon de neuf ans qui fut atteint, sans cause apparente, d'une parésie des membres inférieurs avec abolition des réflexes rotuliens. En recherchant quelle pouvait être la cause de cette paralysie, M. le docteur Puche (d'Athies) eut son attention attirée par une trompette avec laquelle jouait habituellement cet enfant, et dont l'embouchure rayait le papier comme le fait un morceau de plomb. Pensant alors que ce pouvait être là la cause des accidents observés, on soumit à l'analyse un fragment de l'embouchure de la trompette, et on reconnut qu'elle contenait 88 % de plomb.

En présence de cette constatation, on prescrivit au petit malade de l'iodure de potassium, on lui fit prendre des bains sulfureux, on électrisa ses membres parésiés et on le soumit au régime lacté. A la suite de ce traitement, continué pendant quatre mois, les accidents disparurent complètement; il s'agissait donc très vraisemblablement d'une paralysie d'origine saturnine; il est à noter, toutefois, qu'à aucun moment cet enfant ne présenta le liséré gingival caractéristique de l'intoxication par le plomb.

Dégénérescence polykystique des reins.

M. Ménétrier montre deux gros reins atteints de dégénérescence polykystique, trouvés à l'autopsie d'une femme de quarante-neuf ans, qui offrait depuis plusieurs années tous les signes d'une néphrite chronique. On avait pu, du reste, reconnaître pendant la vie l'existence d'une affection polykystique des reins, par la palpation d'abord et, ensuite, par la ponction des poches le plus accessibles; le liquide brun rougeâtre retiré de la sorte offrait tous les caractères de l'urine.

Des trois théories pathogéniques principales émises pour expliquer le développement de cette affection (origine inflammatoire, origine néoplasique, origine congénitale), l'orateur pense que la dernière seule cadre complètement avec toutes les particularités de la présente observation.

La forme spasmodique de la syringomyélie.

M. Guillain. — Voici 3 syringomyéliques dont l'affection revêt une modalité spéciale que M. Marie et moi proposons de désigner sous le nom de forme spasmodique de la syringomyélie.

L'attitude de ces malades est caractéristique : ils ont les bras appliqués le long du tronc, l'avant-bras plus ou moins fléchi sur le bras, les mains en avant du pubis. Les épaules sont surélevées, projetées en avant, la tête est fléchie, le bord externe des trapèzes forme un relief très apparent, les creux sus-claviculaires sont profonds. Tout, dans l'attitude de ces patients, donne une impression de rigidité, de soudure, qui les fait ressembler à des parkinsoniens.

Les caractères de la main sont importants; tandis que les trois derniers doigts sont fléchis, l'index et le pouce conservent, au contraire, longtemps leur mobilité, même quand les contractures des autres doigts sont très prononcées.

Du côté des membres inférieurs, on constate également des troubles moteurs très accusés qui rendent la marche presque impossible. Ces phénomènes sont sous la dépendance de l'état spasmodique et non de l'atrophie musculaire, car l'examen électrique et l'examen objectif montrent que les muscles ne présentent pas des altérations très marquées. On note, en outre, une exagération des réflexes tendineux avec clonus du pied et extension des orteils. Il existe, enfin, des troubles vésicaux dus dans quelques cas à une cystite spéciale accompagnée d'ulcérations (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 393-394).

La forme spasmodique de la syringomyélie a une évolution lente. La mort survient par cachexie urinaire, par cachexie nerveuse ou par une affection intercurrente.

Dans deux autopsies, nous avons constaté l'existence d'une syringomyélie sans pachyméningite — syringomyélie se traduisant par des lésions destructives intenses au niveau de la région cervicale, où elles bouleversent toute l'architecture médullaire —, et de plus une dégénération très accentuée des zones pyramidales du cordon latéral, se poursuivant dans toute l'étendue de la moelle. Une telle dégénération ne se rencontre pas dans les cas habituels de syringomyélie.

Ascite lactescente dans un cas de cancer secondaire du foie chez un cirrhotique.

M. Achard. — J'ai retiré par ponction un liquide lactescent chez un malade pour lequel le diagnostic hésitait entre une cirrhose alcoolique hypertrophique et un cancer du foie. A l'autopsie, les deux lésions coexistaient : le cancer hépatique était secondaire à un épithélioma cylindrique du côlon; il présentait une disposition infiltrée plutôt que nodulaire, ce qui était dû peut-être à l'existence préalable de la cirrhose qui avait empêché le développement régulier des nodules de généralisation.

Le liquide lactescent, légèrement teinté de bile, ne renfermait que 6.68 ‰ de graisse; il contenait peu de nucléo-albumines, mais la solution de ces dernières était laiteuse. On y trouva, en outre, de l'indican.

Corps étrangers du péricarde.

M. Duflocq montre plusieurs petits corps fibreux, analogues aux corps étrangers articulaires, qu'il a trouvés dans la cavité péricardique d'une de ses malades; l'orateur suppose que ces corps sont le résultat de la production, à la face interne du péricarde, de lamelles concentriques de tissu fibreux qui s'énucléent peu à peu de leur gangue conjonctive sous l'action répétée des contractions cardiaques et finissent par tomber dans la cavité péricardique.

M. Souques présente un vieillard de soixante-dix-neuf ans, atteint d'une hémiplégie gauche qu'on peut rapporter à l'hystérie, en raison de sa coexistence avec une hémianesthésie sensitivo-sensorielle et de l'absence de tout phénomène de contracture, bien que la paralysie date déjà de plus de trois mois.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 avril 1902.

Sur les résultats obtenus dans la tuberculose pulmonaire au moyen de cultures filtrées de bacille de Koch.

M. J. Denys (de Louvain). — Pour compléter la communication que je vous ai faite sur ce sujet dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 71), je puis vous soumettre une statistique de 248 cas, comprenant tous les tuberculeux (avec bacilles dans les crachats) que j'ai eu l'occasion d'observer depuis le mois d'avril 1899 jusqu'à la fin de septembre 1901.

De ce total, il faut retrancher 48 malades qui ont irrégulièrement suivi le traitement ou l'ont abandonné trop tôt; 50 chez lesquels, les lésions étant trop avancées (ils n'ont survécu en moyenne que cinq mois et demi), je n'ai pas cru devoir faire les injections; 2 qui avaient une phtisie galopante d'emblée; 17 enfin qui, se trouvant cependant dans des conditions favorables (tuberculoses au premier ou au second degré), ont refusé le traitement : de ces 17, 3 sont actuellement dans un état satisfaisant, 6 ont des lésions graves, 4 ont succombé; pour les 4 derniers, je n'ai pu avoir de renseignements.

Restent donc 131 patients — la plupart à la première ou à la seconde période quand j'ai commencé les injections — qui ont suivi le traitement pendant un temps suffisamment long, ou le suivent encore. Parmi eux, 37 (28 %) ont complètement guéri, comme en témoigne la disparition des bacilles dans les crachats; 28 (21 %) sont dans un état de santé satisfaisant, mais ne peuvent être considérés comme guéris, car ils présentent encore un peu d'expectoration contenant quelques bacilles; 26 (20 %) ont été notablement améliorés; 14 (10 %) sont demeurés stationnaires ou n'ont bénéficié que d'une légère amélioration; les 26 derniers (20 %) ont vu leurs lésions s'aggraver ou sont morts.

Ces chiffres me paraissent confirmer la conclusion de ma précédente communication, à savoir que l'on peut obtenir de bons résultats des injections que je préconise dans 80 % environ des cas de tuberculose au début.

Tumeur thyroïdienne de la base de la langue, extirpée par les voies naturelles.

M. Goris. — J'ai eu l'occasion d'observer une tumeur siégeant à la base de la langue, et gênant la déglutition, dont la nature thyroïdienne a été nettement démontrée par l'examen microscopique fait par MM. Van der Stricht et Van Gehuchten, ainsi que par les conséquences de l'opération : la malade devint, en effet, myxœdémateuse et ne guérit définitivement que par l'emploi prolongé des préparations thyroïdiennes. Il s'agissait donc non seulement d'un néoplasme thyroïdien, mais d'un vrai goitre développé dans un corps thyroïde qui n'avait pas subi son évolution naturelle vers la région prétrachéale.

Quant à la technique opératoire que j'ai suivie, elle peut suffire à l'ablation des tumeurs les plus volumineuses de cette région :

Après une crico-trachéotomie en un temps pour la chloroformisation, j'ai tamponné le pharynx à la gaze stérile, afin d'éviter l'entrée du sang dans les bronches; puis j'ai sectionné le plancher de la bouche en arrière de la symphyse du menton, jusques et y compris une partie de l'épaisseur des génio-glosses, ce qui m'a permis d'attirer la base de la langue près de l'arcade dentaire, de disséquer la muqueuse d'avec le néoplasme, de pincer les dorsales de la langue et d'enlever la tumeur avec le tissu musculaire sous-jacent. Enfin, j'ai réuni, par une suture en surjet, la muqueuse divisée, d'abord au niveau du néoplasme, puis en avant (section du plancher) où la suture, plus profonde, comprit les faisceaux musculaires des génio-glosses. La canule trachéale fut enlevée le quatrième jour et la malade put quitter la clinique au sixième.

Les centres corticaux de la vision après l'énucléation du globe oculaire.

M. Gallemaerts. — J'ai fait sur les cerveaux de 5 sujets atteints d'atrophie optique unilatérale, suite d'énucléation, l'examen histologique de diverses circonvolutions. J'ai trouvé, dans les deux lobes occipitaux, une atrophie cellulaire plus accusée du côté croisé, se limitant au domaine de la scissure calcarine, du lobe lingual et du cunéus, et occupant une étendue variable des deux lobes.

La sphère visuelle se restreint donc au territoire de la scissure calcarine, du lobe lingual et du cunéus; elle ne comprend ni le gyrus descendens, ni le lobe fusiforme, encore moins le gyrus angulaire.

Les couches externes de l'écorce corticale étaient presque exclusivement atteintes; les cellules pyramidales petites, moyennes et grandes, et surtout les cellules de la couche granuleuse, étaient diminuées de nombre, sans que l'on pût dire par où la dégénérescence avait débuté.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Luxation externe et torsion de la rotule par traction musculaire, par M. Borchard.

Parmi les déplacements traumatiques de la rotule, l'association d'une luxation externe avec une torsion dans le sens vertical constitue une grande rareté : l'auteur n'a trouvé dans la littérature qu'un seul cas de ce genre, publié par M. Hoffa; il vient d'en observer un second.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui, une année auparavant, avait ressenti en trébuchant une vive douleur dans le genou gauche, avec sensation d'une luxation en dehors; par une pression immédiate sur le genou, l'os déplacé se serait remis en place. Mais cet accident se reproduisit à l'occasion d'un mouvement de torsion violent exécuté par le patient, au moment où il s'apprêtait à lancer une boule de neige; l'auteur put constater, quelques heures après, que le sujet, qui n'était pas atteint de genoux cagneux à un degré sensible, avait le genou gauche légèrement fléchi et ne pouvait l'étendre; la rotule se trouvait située à côté du condyle externe du fémur, en position presque verticale, l'un de ses bords étant appuyé sur le fémur auquel elle était réunie par un cordon tendu représentant le tendon du triceps fémoral. Quant à son bord inférieur, il était, lui aussi, réuni au tibia par deux cordons, dont l'un, allant vers le condyle externe, était fortement tendu, tandis que l'autre, se dirigeant directement vers le bas, était plus lâche.

Une première tentative de réduction, sous narcose, resta sans résultat, et ce n'est qu'en pratiquant la détorsion de l'os luxé que M. Borchard réussit à remettre celui-ci en place. Il put se rendre compte à ce moment que le cordon inférieur, fortement tendu, correspondait à la capsule articulaire externe enroulée autour du ligament rotulien; la rotule avait donc subi une torsion autour de son axe vertical.

Au point de vue de son étiologie, le déplacement en question aurait été produit par la simple action musculaire, sans coopération d'un choc extérieur, le patient étant tombé à la suite de la luxation sans heurter son genou contre un corps dur. Le mouvement de rotation exécuté pour lancer la boule de neige aurait amené une déchirure du côté interne de la capsule articulaire, ce qui aurait permis aux contractions musculaires, notamment à celles du muscle droit antérieur de la cuisse et du vaste externe, de luxer la rotule en dehors, en lui faisant exécuter simultanément une torsion autour de son axe vertical.

Ajoutons que la sœur du patient, également

non atteinte de genoux cagneux, s'était fait une luxation de la rotule en dansant. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — F. DE Q.

Rapports entre le diabète insipide et le diabète sucré, par M. Ph. Kuhn.

Les recherches expérimentales des physiologistes ont démontré qu'il existe une certaine parenté entre le diabète insipide et le diabète sucré. On a, notamment, observé un assez grand nombre de faits où un diabète sucré vrai céda finalement la place à de la polyurie simple. Par contre, la transformation inverse est très rare, car M. Kuhn n'a pu en trouver, dans la littérature médicale, que 3 cas, dont 2 ont été relatés par M. Hadra et M. Mielecki; le troisième a été publié par M. Senator.

L'observation de M. Kuhn a trait à une femme âgée de cinquante-huit ans, qui avait subi, en 1899, une résection costale pour une pleurésie purulente et, un an après, l'amputation du sein gauche pour cancer, sans qu'on eût constaté, pendant ces deux premiers séjours de la patiente à l'hôpital, la moindre anomalie du côté des urines. Au commencement de l'année dernière, la malade se fit de nouveau recevoir à l'hôpital, en se plaignant d'éprouver, depuis quelque temps, une sensation très vive de soif, qui la forçait à absorber des liquides en grande quantité. Le taux de l'urine émise dans les vingt-quatre heures oscillait entre 5 et 7 litres, avec une densité de 1,002 à 1,004; il n'existait pas trace de sucre. On porta le diagnostic de diabète insipide et on prescrivit de l'antipyrine, sans le moindre succès d'ailleurs. Après un séjour d'un mois, cette femme quitta l'hôpital; mais son état n'ayant pas tardé à s'aggraver, elle fut obligée d'y rentrer au bout de trois semaines; cette fois encore, on ne décela pas de sucre dans les urines; on nota seulement un léger degré d'indicanurie. Bientôt, on vit survenir une hyperthermie atteignant jusqu'à 39°, et on constata une diminution de la quantité des urines, laquelle tomba à 4,500 grammes, en même temps que la densité urinaire s'élevait à 1,011, et que l'analyse dénotait la présence du sucre (18 grammes par litre). La malade devint apathique et somnolente; elle s'affaiblit rapidement et finit par succomber, ayant perdu, dans l'espace d'environ un mois, plus de 11 livres.

A l'autopsie, on trouva une dégénérescence cancéreuse de la cicatrice du sein gauche avec métastases au niveau des ganglions lymphatiques (surtout dans le voisinage du plexus solaire), de la capsule surrénale droite, des deux reins et du foie. Il existait, en outre, une atrophie du pancréas. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 janvier 1902.) — L. CH.

De l'oblitération des fistules vésico-vaginales de cure difficile par l'utilisation autoplastique de l'utérus, par M. N. Volkovitch.

La difficulté d'obtenir par les moyens autoplastiques ordinaires l'occlusion des larges fistules vésico-vaginales a suggéré à M. Volkovitch l'idée du procédé suivant :

Après avoir incisé ou excisé les brides vaginales, de façon à obtenir le plus de jour possible, on avive les bords de la fistule vésicale sur une largeur d'un demi à 1 centimètre. Si les circonstances s'y prêtent, on peut décoller et suturer la muqueuse vésicale, bien que ce ne soit pas absolument nécessaire. On procède ensuite à la reconnaissance et à la mobilisation de l'utérus, ce qui, au fond d'un vagin à demi ou presque entièrement oblitéré par des brides cicatricielles, constitue un temps des plus laborieux. Cette mobilisation s'opère en incisant les culs-de-sac et en libérant le col, surtout en arrière et sur les côtés, où se rencontrent les plus nombreux obstacles à l'abaissement de l'organe. Ce faisant, on est exposé à blesser l'artère utérine et surtout à crever le cul-de-sac de Douglas; mais l'ouverture de ce dernier est quelquefois nécessaire pour attirer le col utérin au niveau de la fistule vésicale. Une fois qu'on y est parvenu, on applique la face antérieure du col contre la fistule ou même sur l'urèthre, au cas où celui-ci présenterait une perte de substance, et l'utérus est maintenu en place par quatre sutures au plus. A la suite de l'opération, on assure l'évacuation permanente de la vessie au moyen d'une sonde à demeure; dans un cas particulièrement grave, l'auteur commença l'intervention — dans le même but — par une taille sus-pubienne.

Sur 8 malades ainsi traitées, M. Volkovitch n'a pour ainsi dire obtenu que des succès : chez une seule de ces femmes, qui présentait simultanément une perte de substance de l'urèthre, il persista une fistulette uréthrale due à une petite nécrose partielle du col utérin; une opération plastique secondaire, ayant consisté en la dissection et la torsion du canal de l'urèthre, assura la guérison complète. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 octobre 1901.) — R. DE B.

Recherches expérimentales sur la toxicité urinaire, par M. Albu.

On sait que, d'après les recherches de Hijmans van den Bergh, l'action toxique des injections intraveineuses d'urine a pour cause principale les sels de potasse qui, en diminuant la perméabilité rénale, empêchent l'équilibre isotonique de se rétablir dans le sang de l'animal injecté. En reprenant ces recherches, M. Albu a été amené à attribuer une importance toute particulière, dans la production de ces phénomènes d'intoxication, à un facteur dont M. Bouchard avait déjà entrevu le rôle : la rapidité avec laquelle on pratique l'injection. Aussi a-t-il institué, à ce sujet, des expériences sur le lapin, avant et après néphrectomie, avec des solutions hypertoniques de sel marin et avec de l'urine humaine.

L'injection intraveineuse de solutions hypertoniques ne donne lieu à des phénomènes toxiques que si la vitesse de l'injection dépasse la dose de 2 à 3 c.c. par minute. Au-dessous de cette limite, l'équilibre isotonique a le temps de s'établir si l'émonctoire rénal fonctionne normalement. En prenant la même précaution, on constate que l'injection intraveineuse d'urine humaine est également inoffensive et perd presque complètement les propriétés toxiques qu'on lui reconnaît habituellement.

Après le rein, c'est l'intestin qui joue le rôle le plus important dans l'élimination des principes troublant l'équilibre moléculaire du milieu organique. Aussi M. Albu a-t-il communément noté, chez les animaux en expérience, l'existence d'une diarrhée plus ou moins abondante. Prolongées au delà d'une certaine limite, ces injections finissent par tuer l'animal, mais sans phénomènes convulsifs. L'auteur pense que la mort survient du fait de l'accumulation dans le sang de sels potassiques et surtout par suite de la dilatation passive du cœur, consécutive à la pléthore sanguine.

Après la néphrectomie, des organes accessoires entrent en fonction pour suppléer à l'émonctoire naturel. Telles sont les glandes intestinales et lacrymales, la pituitaire, enfin la peau dont les sécrétions normales sont notablement exagérées. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du chancre mou par la réfrigération.

Entrée récemment dans la thérapeutique des dermatoses, et notamment du lupus, la réfrigération — à en juger d'après l'expérience de M. le docteur A. Brandweiner, assistant de M. le docteur I. Neumann, professeur de clinique syphiligraphique à la Faculté de médecine de Vienne — serait susceptible de donner, dans le traitement des chancres mous, des résultats tout aussi encourageants que ceux qu'on obtient par l'emploi de la chaleur. M. Brandweiner s'est servi de chlorure d'éthyle pur ou additionné de 15 % de chlorure de méthyle. Ce mélange bout à — 11°, tandis que le point d'ébullition du chlorure d'éthyle pur se trouve entre 0° et — 2°; il permettrait d'obtenir plus rapidement une congélation plus intense, sans qu'on pût constater une différence quelconque dans les effets thérapeutiques de ces deux réfrigérants.

Voici quel est le procédé adopté par notre confrère : on commence par débarrasser le chancre et les parties qui l'entourent des croûtes et des produits de sécrétion au moyen d'un lavage avec une solution de sublimé ou avec tout autre antiseptique; puis, après avoir asséché l'ulcération, on étale soigneusement la région et on y projette, d'environ 20 centimètres de distance, un jet de chlorure d'éthyle ou du mélange susmentionné, comme si l'on se proposait d'obtenir une anesthésie locale. Afin d'activer l'évaporation, on fait agir en même temps une soufflerie de thermocautère maintenue à une distance de 3 à 5 centimètres et à laquelle on a adapté un petit tube en verre muni d'un orifice étroit.

Au bout de quelque temps, on voit apparaître une sorte de neige qui, au début, fond rapidement, mais qui, plus tard, lorsque les tissus sont déjà congelés sur une surface plus ou moins considérable, se maintient assez longtemps. Cela étant, la projection du produit réfrigérant doit se faire, au commencement, d'une façon continue; on peut, ensuite, l'interrompre de temps à autre, tout en laissant toujours fonctionner la soufflerie d'air. La durée totale de l'opération est de trois à cinq minutes, à moins qu'il ne s'agisse de lésions très étendues, pour lesquelles il conviendrait de prolonger la réfrigération. Il importe, toutefois, de ne pas abréger l'intervention, afin que l'hyperémie réactionnelle — qui constitue ici probablement le principal facteur curatif — soit suffisamment accentuée. Du reste, en prolongeant l'action du jet réfrigérant, on ne s'exposerait nullement à voir survenir des complications fâcheuses, la gangrène des téguments, par exemple. Les séances sont répétées une ou deux fois par jour, et exceptionnellement, dans les cas de chancres très étendus et rebelles, trois fois dans les vingt-quatre heures.

Après la réfrigération, il est bon de saupoudrer la région d'iodoforme et d'appliquer ensuite un pansement ordinaire. Parfois, on constaterait, à la suite d'une seule congélation, la transformation du chancre en plaie simple couverte de granulations; mais la plupart du temps, ce résultat ne serait obtenu qu'après trois ou quatre séances.

Sur 40 cas que M. Brandweiner a traités de la sorte, il n'a eu à enregistrer que 7 insuccès.

Il va de soi qu'on ne doit pas confondre le procédé en question avec celui qui avait été préconisé par M. le docteur P. Unna (de Hambourg) et qui consiste à exciser la couche superficielle du chancre après congélation au moyen du chlorure d'éthyle (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 128). A l'encontre de cette petite opération, qu'il est souvent impossible de pratiquer en raison des conditions anatomiques locales, la réfrigération pure et simple serait applicable à tous les chancres, sauf en cas de phimosis avec localisation de l'ulcère sur la face interne du prépuce; et encore, en pareille occurrence, pourrait-on y recourir en pratiquant, au préalable, une incision dorsale.

Syncopes consécutives à des injections de sérum antidiphtérique.

Le sérum antidiphtérique possédant des propriétés toxiques incontestables, il n'est pas surprenant qu'on ait, à maintes reprises, signalé des accidents à la suite de son emploi (érythèmes localisés ou généralisés, suppurations, œdèmes périphériques, etc.). Ces troubles — qui peuvent s'accompagner de symptômes généraux plus ou moins alarmants et, en particulier, de collapsus cardiaque — ne font habituellement leur apparition que d'une manière tardive, au bout de plusieurs jours, voire même à la fin du second septénaire. Or, un médecin anglais, M. le docteur A. Somers (de Selby) a eu l'occasion d'observer un cas grave de diphtérie où il pratiqua deux injections de sérum antidiphtérique qui toutes deux furent suivies, au bout de deux heures, de phénomènes syncopaux très inquiétants; ceux-ci, toutefois, se dissipèrent en l'espace d'environ une demi-heure. La syncope s'étant reproduite après la seconde injection dans les mêmes conditions qu'à la suite de la première, on ne saurait voir là une simple coïncidence.

Une constatation analogue a, d'ailleurs, été faite par un autre confrère anglais, M. le docteur A. M. Saward (de Londres) chez deux sœurs atteintes de diphtérie grave avec hyperthermie intense, albuminurie, adénopathie sous-maxillaire, etc. L'une d'entre elles succomba au collapsus cardiaque survenu peu de temps après la première injection de sérum antidiphtérique; l'autre présenta également une syncope des plus alarmantes, et on eut beaucoup de peine à la ramener à la vie.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la sténose hypertrophique du pylore (linite plastique à localisation pylorique; maladie fibroïde du pylore; gastrite hypertrophique sténosante).

L'existence d'une induration des parois de l'estomac, soit généralisée à la plus grande partie de ce viscère, soit localisée dans la région pylorique, induration constituée par un tissu fibroïde de nature entièrement distincte de celle du cancer, est un fait relativement rare. Il n'est point, cependant, d'observation récente, puisque Andral (1), en 1834, disait : « Souvent on a méconnu la véritable nature des altérations auxquelles donnait lieu l'hypertrophie d'une ou plusieurs des tuniques de l'estomac et des intestins; l'on avait regardé, par exemple, comme des tissus nouveaux développés de toutes pièces au sein des parois gastro-intestinales ces parois mêmes simplement hypertrophiées dans quelques-unes de leurs tuniques. Ainsi l'on appelle cancer un simple épaississement du tissu sous-muqueux... » Cet auteur note également la plus grande fréquence de cette hypertrophie au niveau du pylore et spécifie que l'orifice duodénal peut être, suivant la localisation de la dégénérescence fibroïde des parois de l'estomac, ou normal, ou rétréci, ou dilaté.

De même, à cette époque, Cruveilhier (2), après avoir rapporté l'observation d'une femme ayant succombé à des vomissements incessants, survenus pendant la dernière semaine de sa vie, disait en exposant les détails de l'autopsie : « L'extrémité pylorique de l'estomac présentait un épaississement considérable qui occupait non seulement le pylore, mais encore la partie voisine de l'estomac dans une hauteur de 4 à 5 centimètres. L'analyse de cette altération m'a montré : 1° le péritoine sain; 2° le tissu cellulaire sous-péritonéal et la membrane muqueuse hypertrophiés; 3° le siège principal de l'hypertrophie était dans la membrane fibreuse qui avait 2 fois plus d'épaisseur que la tunique musculeuse qui offrait une densité extrême et dont la coupe présentait un aspect lobuleux à la manière d'un corps fibreux. La membrane muqueuse, très adhérente à la membrane fibreuse, était couverte de villosités très prononcées. Il est donc constant qu'un grand nombre de prétendus cancers du pylore ne sont autre chose qu'une hypertrophie de cette région. »

Andral, Cruveilhier, dont on retrouve toujours les noms lorsqu'il s'agit d'une description d'anatomie pathologique ou de clinique, ont, on le voit, différencié d'avec le cancer certaines indurations fibreuses de l'estomac, et si d'autres encore, Handfield Jones, Habershon (3), en ont signalé des exemples probants, ce dernier sous le nom de « maladie fibroïde du pylore », il faut cependant reconnaître que c'est Brinton (4) qui, le premier, a très longuement et très complètement décrit cette maladie qu'il a appelée « linite plastique » créant pour elle un nom qui lui est resté depuis lors. Dans l'ignorance où nous sommes de ce qu'est réellement cette singulière affection, c'est encore cette désignation qui lui est le mieux appropriée (5).

Dans sa description, Brinton passe en revue les différentes altérations de l'estomac, qui est « dur, comme cartilagineux au toucher; il ne s'affaisse pas par son propre poids, il résiste même à une notable pression, ou reprend sa première apparence dès que la pression cesse, comme ferait une artère volumineuse ou une bouteille en caoutchouc ». L'épaisseur de ses parois est six ou huit fois plus grande qu'à l'état normal, et l'examen montre que cet épaississement est dû surtout à l'hypertrophie de la tunique celluleuse que constitue « un tissu dur, demi-élastique, presque fibreux ou du moins ressemblant singulièrement à la trame, soit des tumeurs fibreuses ordinaires, soit des cicatrices indurées, soit des bords de l'ulcère simple de l'estomac ».

Brinton fait aussi remarquer que la lésion n'est pas toujours généralisée, mais qu'assez souvent elle est limitée à la moitié ou au tiers de la portion pylorique de l'estomac. D'ailleurs, même dans les cas où l'envahissement est total, l'épaississement va en augmentant à mesure qu'on se rapproche du pylore, ce qui permet, dit-il, de conclure à l'identité des deux lésions.

Il existe donc deux variétés bien distinctes de linitis plastique, l'une généralisée à toute l'étendue ou à la plus grande partie de l'estomac, l'autre localisée au pylore. C'est celle-là qu'ont surtout décrite Lebert (1) et son élève Schoch (2), sous le nom de sténose hypertrophique du pylore, dont Broca (3) avait relaté un cas à la Société anatomique en 1850, sous le nom de rétrécissement fibreux sténosant du pylore, et que Habershon appelait « maladie fibroïde du pylore ».

Depuis Brinton, de nombreux travaux ont paru sur la linite plastique. Le mémoire de Hanot et Gombault (4), dans lequel ces deux auteurs décrivent la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse, est devenu classique. La plupart de ces publications sont relatives à des cas de linite très étendue et leurs auteurs se préoccupent surtout d'élucider la question de nature : s'agit-il d'un processus inflammatoire? serait-ce une forme spéciale de carcinome? Tels sont les travaux de Garret (5), de Bret et Paviot, etc. (6).

Les observations ou mémoires relatifs à la linite purement et exclusivement pylorique, ou sténose hypertrophique du pylore, sont infiniment plus rares, et c'est précisément d'un cas de ce genre que nous voulons rapporter l'histoire fort intéressante, en y ajoutant quelques réflexions que cette étude nous a suggérées. On verra que si, comme nous le supposons, cette forme de linite est de même nature que celle qu'ont décrite Brinton, Hanot et Gombault, etc., elle en est, au point de vue clinique, si distincte qu'il s'agit en réalité de deux maladies qu'on ne pourra confondre l'une avec l'autre.

I

Voici tout d'abord l'histoire de notre malade :

Un homme de trente-sept ans, qui n'avait jamais été malade antérieurement, commença en 1891 à ressentir quelques troubles gastriques; il souffrait de pesanteur dans la région épigastrique à la suite des repas, puis de douleurs qui apparaissaient deux ou trois heures après l'ingestion des aliments ou parfois à un moment plus rapproché; ces douleurs duraient plus ou moins longtemps mais généralement plusieurs heures, et souvent elles s'accompagnaient de vomissements d'un liquide d'apparence aqueuse, sans goût acide très prononcé. Deux ou trois ans environ après le début de ces troubles digestifs, des vomissements alimentaires apparurent pour la première fois; ils se montraient le plus souvent vers les sept ou huit heures du soir — le malade ayant mangé à six heures — et étaient très abondants. Souvent même la quantité de liquide et de matières vomies était beaucoup plus considérable que la quantité de liquide ou d'aliments ingérés, et atteignait jusqu'à 7 ou 8 litres. D'abord assez intermittents, ces vomissements — dans lesquels le patient retrouvait assez fréquemment des aliments ingérés les jours précédents — devinrent de plus en plus habituels, presque quotidiens, et à eux seuls ils constituaient toute la maladie, car les douleurs étaient presque nulles ou disparaissaient aussitôt après le vomissement. Jamais cet homme n'a eu d'hématémèses ni de vomissements à jeun.

A son entrée à l'hôpital, en mai 1901, le malade est très affaibli; il a perdu ses forces, a maigri, dit-il, de 30 kilogrammes; il souffre peu, mais ne dort pas depuis cinq à six mois, réveillé assez souvent par des « crampes » d'estomac. Il présente tous les signes d'une stricture pylorique extrêmement serrée : vomissements alimentaires tardifs, dilatation stomacale très prononcée; l'estomac descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et offre, très nettement, des ondes péristaltiques fréquentes. Si l'on pratique le tubage à jeun le matin, on retire une grande quantité (2 à 3 litres) d'un liquide d'odeur très prononcée de beurre rance, contenant une forte proportion de débris alimentaires de toutes sortes. Ce liquide filtré présente une acidité très marquée (2.04 ‰), mais une absence totale d'acide chlorhydrique; l'acidité est due à la présence de composés chlorés (1.59 ‰) et d'acides organiques, en particulier d'acide butyrique, car la réaction d'Uffelmann, caractéristique de l'acide lactique, n'est pas très nette.

Après lavage de l'estomac la veille au soir avec 10 litres d'eau tiède, le malade n'ayant rien bu depuis ce moment-là, on retire, néanmoins, le lendemain matin à jeun, 750 c.c. d'un liquide légèrement opalin, un peu filant, contenant encore quelques petits débris de lait coagulé. *Il existe donc une forte hypersécrétion à jeun;* le liquide retiré n'a pas d'odeur butyrique appréciable; il a une acidité de 2.10 à 2.15 ‰; les différents réactifs (de Günsbourg, rouge de Congo, diméthylamidoazobenzol) ne dénotent pas bien nettement la présence d'acide chlorhydrique libre; la réaction d'Uffelmann est peu accusée, mais celle du biuret est très manifeste. Voici les résultats fournis par l'analyse, d'après le procédé Hayem-Winter :

Acidité, 2.10; chlore total, 3.50; acide chlorhydrique libre, 0.15; chlore combiné, 1.95; chlorures fixes, 1.40.

Le diagnostic de sténose pylorique n'était point douteux, mais il était plus difficile d'en établir l'origine. Il n'était guère possible de songer à un cancer pylorique, étant donnés l'âge du malade et surtout la longue durée des accidents. L'hypothèse qui venait le plus volontiers à l'esprit était celle d'une sténose cicatricielle peut-être due à un ancien ulcère; mais l'absence complète de symptômes antérieurs : douleurs caractéristiques, hématémèses, plaidaient contre ce diagnostic et, d'autre part, quoiqu'il existât une hypersécrétion de suc gastrique très abondante, l'absence ou du moins la très faible proportion d'acide chlorhydrique permettait, en tout cas, de supposer que, si ulcère il y avait, cet ulcère n'était point en activité, et que peut-être la muqueuse gastrique était secondairement atrophiée.

(1) G. Andral. Clinique médicale. 3e éd. T. II, p. 59. Paris, 1834. — Précis d'anatomie pathologique. T. I. Bruxelles, 1837.

(2) J. Cruveilhier. Anatomie pathologique du corps humain. T. III, p. 35. Paris, 1829-42.

(3) Habershon. On diseases of the stomach, the varieties of dyspepsia, their diagnosis and treatment. Londres, 1866.

(4) W. Brinton. The diseases of the stomach, with an introduction on its anatomy and physiology. Londres, 1859.

(5) Voici ce qu'écrivait Brinton : « Bien que les noms nouveaux ne semblent guère qu'un signe provisoire, en attendant les découvertes de l'avenir, je proposerais de désigner l'inflammation du réseau filamenteux du tissu cellulaire qui engaine les vaisseaux..... par le terme *linitis* (tiré du grec λίνον, *rete ex lino factum*). »

(1) H. Lebert. Die Krankheiten des Magens klinisch und mit besonderer Rücksicht auf Hygiene und Therapie bearbeitet. Tubingue, 1878.

(2) A. Schoch. Ueber hypertrophische Stenose des Pylorus. (*Thèse de Zurich*, 1857.)

(3) Broca. Hypertrophie du pylore prise pour un cancer. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juillet 1850, p. 207.)

(4) Hanot et Gombault. Gastrite chronique avec sclérose hypertrophique sous-muqueuse et rétro-péritonite calleuse. (*Arch. de physiol.*, 1882, p. 412.)

(5) Garret. Contribution à l'étude des néoplasmes de l'estomac : du cancer conjonctif sous-muqueux. (*Thèse de Lyon*, 1892-93.)

(6) J. Bret et J. Paviot. Contribution à l'étude de la linite plastique; faits nouveaux tendant à prouver sa nature cancéreuse épithéliale. (*Rev. de méd.*, mai 1894, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 276.)

La palpation de la région pylorique ne nous renseignait du reste nullement sur l'origine de cette sténose; tout au plus trouvait-on sous les fausses côtes droites, dans la région pylorique, une induration profonde pouvant appartenir aussi bien au pylore lui-même qu'à des adhérences ou brides cicatricielles extrinsèques le rattachant en le rétrécissant à des organes voisins.

Je ne parle que pour mémoire des diagnostics de gomme syphilitique de l'estomac ou de rétrécissement tuberculeux du pylore, diagnostics que nous avions discutés pour les éloigner, car rien ne permettait de se rattacher à une telle hypothèse et pareils cas, du reste, s'observent exceptionnellement.

Quoi qu'il en soit, notre diagnostic de sténose pylorique étant bien établi, l'état général s'aggravant et les vomissements persistant, nous priâmes notre collègue M. Chaput de bien vouloir se charger de notre malade et celui-ci, quelques jours après son entrée à l'hôpital, était opéré.

Au cours de la laparotomie, on put constater la dilatation considérable de l'estomac; mais, en même temps que cet organe apparaissait libre de toute adhérence péritonéale, on remarquait l'existence, au niveau de l'antre pylorique, d'une induration manifeste, s'étendant à toute cette région de l'estomac jusqu'à 8 ou 10 centimètres de l'orifice du pylore. Au toucher, les parois de l'estomac, à ce niveau, étaient dures, de consistance quasi-cartilagineuse, et offraient une coloration blanc nacré. Aussi M. Chaput, songeant à la possibilité d'un cancer de l'estomac, ne se contenta point de pratiquer une gastro-entéro-anastomose, mais réséqua la plus grande partie de l'antre pylorique altéré (1).

Des suites de cette opération, nous ne dirons rien, sinon que notre malade guérit très rapidement et que tous les troubles gastriques disparurent. Peu de temps après, il pouvait s'alimenter normalement et, depuis cette époque, il n'a jamais souffert de troubles digestifs quelconques, se portant à merveille et ayant engraissé de 18 kilos; son poids actuel (un an environ après l'intervention) est de 64 kilos.

Tout l'intérêt de cette observation est non pas tant dans l'histoire presque banale de cette sténose pylorique, ni dans les résultats si parfaits de l'opération, que dans l'origine, dans la lésion causale de ce rétrécissement pylorique, qui, au premier abord, aurait pu nous faire songer à l'existence d'un cancer squirrheux du pylore.

Voici tout d'abord les résultats de l'examen de la pièce enlevée par M. Chaput:

La portion pylorique extirpée se présente sous l'apparence d'un cône de 6 à 7 centimètres de longueur environ, au niveau de la petite et de la grande courbure.

De consistance très dure, presque cartilagineuse, elle est recouverte par un péritoine brillant, nacré et lisse, ne présentant aucune adhérence avec les tissus voisins.

Si l'on pratique une coupe le long de la grande courbure, on voit que ce cône est constitué par un épaississement très notable des parois de l'estomac, épaississement qui s'étend surtout le long de la petite courbure.

Sur une coupe perpendiculaire, passant à 2 centimètres du pylore, on remarque que l'épaississement est égal sur tout le pourtour de cet orifice, les parois mesurant à cet endroit de 20 à 22 millimètres d'épaisseur.

A l'extrémité de la pièce, c'est-à-dire à 6 ou 7 centimètres du pylore, ces dimensions varient : au niveau de la petite courbure l'épaisseur de la paroi est encore de près de 2 centimètres, mais elle va diminuant sur les faces antérieure et postérieure à mesure qu'on se rapproche de la grande courbure où elle n'est plus que de 8 millimètres environ.

(1) Ce malade a été présenté par M. Chaput à la Société de chirurgie, dans sa séance du 3 juillet 1901.

Cette hypertrophie se continuait en mourant dans l'estomac le long de la petite courbure, au delà du point incisé. En examinant plus attentivement la pièce, on constate que cet épaississement est constitué par un tissu blanchâtre, d'apparence fibreuse, à reflet un peu nacré, formé surtout par une hypertrophie des deux tuniques sous-muqueuse et musculeuse.

Sur tout le pourtour de la région pylorique, les trois tuniques muqueuse, sous-muqueuse et musculeuse forment un tout homogène; à 6 centimètres du pylore on trouve le même aspect au niveau de la petite courbure, mais à mesure qu'on s'avance vers la grande courbure, en même temps que l'épaississement diminue, la fusion des tuniques est moins complète. La sous-muqueuse diminue peu à peu d'épaisseur et fait place à un tissu cellulaire lâche et vasculaire qui, au niveau de la grande courbure, permet le glissement de la muqueuse sur la musculeuse. Néanmoins, en ce point, les tuniques restent hypertrophiées : la musculeuse mesure de 4 à 5 millimètres; la muqueuse, 2 millimètres environ.

La muqueuse présente une apparence mamelonnée et forme de nombreux plis, comme si elle était trop grande pour recouvrir les parois de l'antre pylorique. Elle n'offre ni ulcération ni exulcération.

L'orifice pylorique a l'aspect d'un pertuis assez étroit, laissant à peine passer un stylet.

Voici les dimensions réciproques des diverses tuniques dans deux régions différentes :

Sur une coupe passant par la petite courbure à 6 centimètres du pylore, on constate que la muqueuse mesure de 5 à 6 millimètres, la sous-muqueuse de 7 à 8, la musculeuse de 5 à 6. Sur une coupe prise à 2 centimètres du pylore, les dimensions sont, pour la muqueuse, de 1 à 2 millimètres; pour la sous-muqueuse, de 12 à 13; pour la musculeuse, de 6 à 7.

Au point de vue histologique, l'examen des coupes, faites soit dans le voisinage de la région pylorique, soit à 7 centimètres environ de cet orifice, au niveau de la partie la plus épaisse de cette sorte d'anneau fibreux qui se trouve comme à cheval sur la petite courbure, donna des résultats identiques. Il n'existe entre ces diverses coupes qu'une seule différence, c'est que la muqueuse, dans le voisinage du pylore, est infiniment moins épaissie qu'elle ne l'est dans une région plus éloignée.

Ce qui frappe à première vue (*fig. 1*) et ce qui macroscopiquement est déjà visible, c'est l'épaississement considérable de la sous-muqueuse (*sm*) qui, au lieu de constituer un tissu cellulaire lâche, forme un feutrage épais se fusionnant intimement avec les deux autres tuniques. Disséminés dans cette tunique sous-muqueuse, existent un grand nombre de vaisseaux sanguins, artères et veinules, de dimensions diverses, remplis de globules sanguins. Les veinules sont infiniment plus nombreuses et se montrent sous des formes variées, suivant l'obliquité plus ou moins grande de la coupe. Pas plus les veines que les artères ne présentent d'altérations et nulle part *il n'existe d'épaississement de leurs parois*. Le tissu propre de la sous-muqueuse est constitué par du tissu conjonctif lamelliforme; ce sont des fibres connectives orientées en diverses directions et formant comme de véritables tourbillons s'entre-croisant en tous sens. Disséminées à leur surface et dans leurs interstices existent un très grand nombre de cellules connectives de formes diverses et de volume variable : les unes sont arrondies, les autres allongées ou incurvées en croissant ou bien encore d'apparence fusiforme. Les unes et les autres ne sont que modérément colorées par les réactifs; elles possèdent un noyau prenant également mal les couleurs et parfois quelques granulations dans leur protoplasma.

En de multiples endroits, à côté des veinules remplies de globules sanguins, on voit de véritables amas de leucocytes très colorés, qui semblent bien représenter la coupe de vaisseaux lymphatiques gorgés de globules blancs, en même temps qu'ils sont entourés d'une zone de ces éléments en diapédèse.

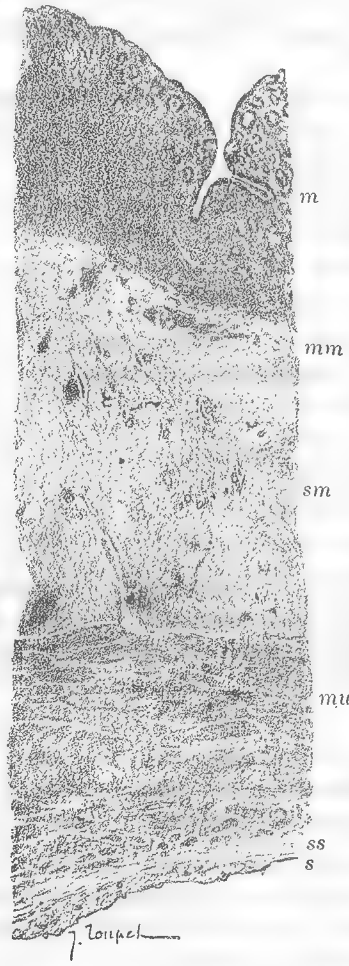


Fig. 1.

m, muqueuse; *mm*, *muscularis mucosæ*; *sm*, sous-muqueuse; *mus*, musculeuse; *ss* sous-séreuse; *s*, séreuse.

Si on se rapproche de la muqueuse, on aperçoit tout d'abord la *muscularis mucosæ* (*mm*) dissociée par des traînées d'éléments conjonctifs en certains points et en d'autres par de véritables boyaux, plus ou moins réguliers, de globules blancs très colorés, véritables traînées lymphatiques à n'en pas douter; dans cette même région, et suivant les coupes, surtout dans celles qui avoisinent la région pylorique, il existe, attenant à la partie profonde de la *muscularis mucosæ*, quelques follicules lymphatiques hypertrophiés et surtout de gros amas de globules blancs manifestement contenus dans un vaisseau lymphatique, dont la périphérie elle-même est entourée d'une zone de ces mêmes éléments.

Quant à la muqueuse (*m*), elle est partout épaissie, à des degrés variables nous l'avons dit. Tandis que son revêtement épithélial est intact (*fig. 2*) et présente de belles cellules cylindri-

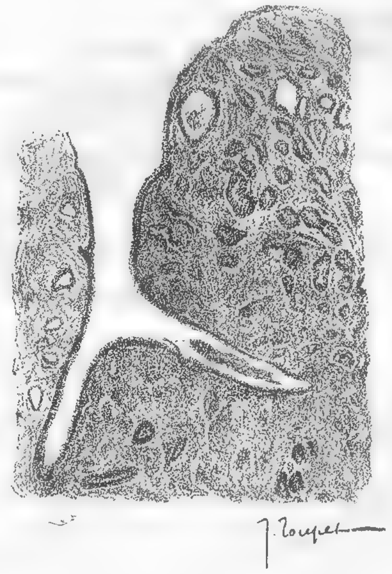


Fig. 2

ques avec noyau arrondi à la base de la cellule, les culs-de-sac glandulaires sont en grande majorité détruits : tantôt ils ne forment plus qu'un petit infundibulum, tantôt ils ne sont plus représentés que par un cul-de-sac (*fig. 3*) séparé du

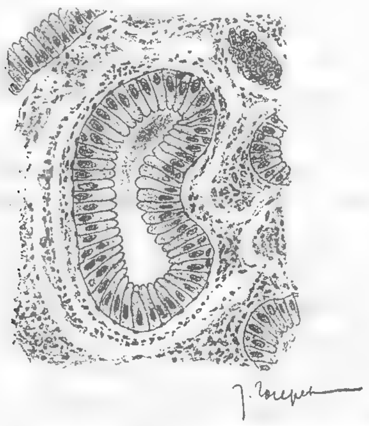


Fig. 3.

col de la glande ou bien encore par de petits kystes glandulaires tapissés soit par des cellules qui ont encore leur apparence normale, soit par des cellules aplaties, cuboïdes. Le tissu propre de la muqueuse, qui étouffe ou détruit les éléments glandulaires, est considérablement hypertrophié; il est constitué par quelques fibrilles de tissu conjonctif et surtout par des cellules conjonctives identiques à celles que nous avons trouvées dans la tunique sous-muqueuse, ainsi que par des leucocytes. Au milieu de ces éléments, on reconnaît encore soit de rares fibrilles musculaires, soit — en plus grande quantité — des cellules glandulaires déformées, se colorant mal et dont le noyau reste plus ou moins visible. Il existe enfin entre ces divers éléments quelques capillaires sanguins.

Pour ce qui concerne la tunique musculaire (*fig. 1, mus*), elle est notablement hypertrophiée, mais à un degré infiniment moindre que la celluleuse; entre les fibres musculaires on retrouve en abondance des éléments identiques à ceux qui existent dans la sous-muqueuse. La séreuse (*s*) est à peine épaissie et la couche sous-séreuse (*ss*) ne présente d'épaississement qu'en certains points, au voisinage de la petite courbure, assez loin du pylore, et encore cet épaississement est-il peu prononcé; on y observe des éléments fibrillaires de tissu conjonctif avec de nombreuses cellules et quelques vaisseaux sanguins ou lymphatiques. En aucun point et sur aucune coupe nous n'avons noté la moindre accumulation de cellules épithélioïdes, ni rien qui ressemblât de loin ou de près à des éléments d'apparence cancéreuse.

II

Si, en quelques mots, nous résumons l'observation clinique de notre malade, nous voyons qu'il s'agissait, en réalité, d'une sténose bénigne du pylore à évolution particulièrement lente, et que la cause de cette sténose était constituée par une sorte de « dégénérescence fibroïde » de tout l'antre pylorique avec épaississement considérable de ses parois.

Les cas de ce genre sont relativement rares et depuis les travaux que nous avons déjà cités (Broca, Habershon, Lebert, Schoch), nous en comptons une vingtaine (1), dont les plus importants sont ceux de Nauwerk (2), de Pilliet (3), de Tilger (1), de Chaput et Pilliet (2), de Boas (3), de Brissaud (4), de Vautrin (5).

Dans tous ces faits, contrairement à ce que l'on observe dans la maladie décrite par Brinton, par Hanot et Gombault, la lésion est limitée au pylore et semble rester localisée en cette région, constituant ainsi un type clinique très distinct de sténose bénigne du pylore.

La symptomatologie de la linite généralisée est, en effet, assez variable; ce sont des troubles digestifs, des vomissements plus ou moins accusés, suivant l'état de l'orifice pylorique, des douleurs épigastriques et surtout et avant tout des modifications profondes dans l'état général. Pâle et cachectique, ne mangeant plus, le malade présente l'apparence d'un cancéreux et on songe à un néoplasme de l'estomac. Vient-on à palper l'épigastre, on réveille de vives douleurs; la région est rénitente et il est rare de constater une dilatation de l'estomac, malgré l'existence d'un rétrécissement pylorique, ce qui facilement s'explique, puisque la poche gastrique est épaissie dans toute son étendue et que fréquemment sa capacité est considérablement réduite.

Souvent même, une péritonite chronique concomitante donne lieu à la production d'une ascite assez abondante et, le liquide évacué, on perçoit des masses indurées dans la région de l'épigastre, masses qui correspondent à des adhérences de l'estomac avec les anses intestinales voisines et le mésentère.

De marche fatale et progressive, évoluant sous les apparences d'un cancer viscéral ou péritonéal, la linite généralisée conduit en peu de temps, de dix-huit mois à deux ans, à la mort.

Tout autre est la symptomatologie de la linite pylorique, et l'histoire de la plupart des malades dont nous avons pu lire l'observation est à peu près identique.

Ce sont d'abord des troubles digestifs peu accusés qui débutent et persistent pendant un temps plus ou moins long avec les mêmes caractères : pesanteur épigastrique après l'ingestion des aliments, ou parfois douleur; mais celle-ci est toujours peu accentuée; elle apparaît le plus souvent un certain temps, deux à trois heures, après les repas; elle est peu intense, et comparable dans une certaine mesure à celle de la colique intestinale dans l'obstruction. Puis, après un délai plus ou moins long, apparaissent des vomissements, vomissements tout d'abord pituiteux, peu abondants, d'apparence aqueuse, qui, d'ordinaire, provoquent un soulagement.

Le symptôme capital est, comme dans toutes les sténoses, représenté par le vomissement alimentaire; d'abord assez rare, ne survenant que de temps à autre, il devient, au fur et à mesure des progrès de la maladie, de plus en plus fréquent. C'est assez longtemps après le repas, trois ou quatre heures ou même davantage, qu'il a lieu. Il est en général très abondant, constitué par une véritable bouillie alimentaire, d'odeur rance, très fortement butyrique, dans laquelle, fait important, on retrouve des débris d'aliments absorbés plus ou moins longtemps auparavant : pépins de fruits, fragments de légumes, etc. Souvent aussi, le vomissement est beaucoup plus abondant que ne le fait supposer la quantité de liquides ou d'aliments ingérés; c'est ainsi que notre malade a fréquemment remarqué que la totalité des liquides vomis atteignait jusqu'à 7 ou 8 litres, alors cependant que la quantité de boissons ingérées ne dépassait pas, dans les vingt-quatre heures, 2 ou 3 litres. Cela tient évidemment soit à un séjour prolongé dans l'estomac de liquides ou de matières alimentaires ingérés depuis un temps plus ou moins long, soit à une hypersécrétion de la muqueuse gastrique, soit à ces deux causes réunies.

Il en était ainsi chez notre patient; car, d'une part, si l'on pratiquait le tubage, même après d'abondants vomissements, on retirait encore par la sonde une plus ou moins grande quantité de liquide et de débris d'aliments, et, d'autre part, le cathétérisme à jeun, après lavage de l'estomac la veille au soir, permettait d'obtenir une notable quantité (750 c.c.) de liquide sans odeur, présentant toutes les qualités d'un suc gastrique, mais d'un suc gastrique peu acide.

Au fur et à mesure que les vomissements deviennent plus fréquents, l'état général s'aggrave : le malade maigrit, perd ses forces, mais toute cette évolution est extrêmement lente et c'est là un symptôme différentiel important d'avec le néoplasme stomacal. Quant aux signes physiques, ce sont ceux de la sténose pylorique : l'estomac est, quand il s'agit de cette variété de linite, dilaté d'une façon notable, et il est habituel de constater ce symptôme si pathognomonique des rétrécissements serrés du pylore, les ondulations épigastriques, la contraction péristaltique de l'estomac.

Vient-on à palper la région pylorique, suivant l'étendue de l'épaississement de l'organe, on aura plus ou moins nettement la sensation d'une tumeur de consistance ligneuse. Il en était ainsi dans beaucoup d'observations publiées, mais il ne faudrait pas croire que ce signe fût constant, car l'induration peut être peu étendue ou ne pas être perceptible, la région pylorique étant maintenue dans sa situation normale, sous le foie qui la recouvre. En résumé, et sans insister davantage sur toute cette symptomatologie un peu banale, on voit que, dans tous les cas, on est en présence du tableau classique de la sténose pylorique à marche lente et progressive.

Existe-t-il dans l'évolution de cette sténose, dans les caractères qu'elle présente, quelques particularités qui puissent permettre d'en poser le diagnostic exact?

Tout d'abord, l'âge du malade est un facteur dont il faut tenir compte. Sur 21 observations de sténose hypertrophique du pylore que mon interne M. Tourlet a relevées, les sujets avaient comme âge moyen : 2 fois de vingt à trente ans, 8 fois de trente à quarante, 4 fois de quarante à cinquante, 4 fois de cinquante à soixante; 3 fois seulement ils avaient dépassé la soixantaine.

Cette petite statistique est assez semblable à celle de Tilger, en ce qu'elle montre que la plus grande fréquence de cette maladie s'observe chez des individus relativement jeunes, entre trente et quarante ans.

C'est là incontestablement une donnée dont on doit tenir compte quand il s'agira de faire le diagnostic différentiel d'avec un néoplasme du pylore.

La chronicité, la durée extrêmement longue de l'affection est encore un élément important pour le diagnostic : il y avait dix ans environ que notre patient présentait des troubles gastriques et les symptômes de sténose étaient apparus six ou sept ans auparavant. Il en est de même dans beaucoup d'autres observations : M. Boas a fait opérer 3 malades pour lesquels le début de l'affection remontait respectivement à dix ans, à six ans, et à deux ans et demi.

Troubles mécaniques dus à un rétrécissement du pylore, à marche lente et progressive, tels sont les caractères cliniques qui appartiennent plus spécialement à la sténose hypertrophique. Ajoutons à cela que l'élément douleur est généralement peu accusé, qu'on ne retrouve pas dans les antécédents du patient l'existence, à

(1) On trouvera la bibliographie complète relative à la linite plastique dans la thèse que va prochainement soutenir mon interne M. Tourlet.

(2) C. Nauwerk. Ein Fall von hypertrophischer Stenose des Pylorus mit hochgradiger Magenerweiterung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1878, XXI, 5-6, p. 573.)

(3) A. Pilliet. Sclérose sous-muqueuse avec hypertrophie musculaire de la portion pylorique de l'estomac. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 25 oct. 1889, p. 538.)

(1) A. Tilger. Ueber die stenosirende Pylorushypertrophie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1893, CXXXII, 2.)

(2) Chaput et Pilliet. Linite hypertrophique non cancéreuse; gastro-entérostomie par le bouton de Chaput; examen histologique. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fév. 1896, p. 154.)

(3) J. Boas. Ueber hypertrophische Pylorusstenose (stenosirende Gastritis) und deren Behandlung. (*Arch. f. Verdauungskrankh.*, 1898, IV, 1.)

(4) Brissaud. Linite plastique; pylorectomie; guérison. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 415.)

(5) Vautrin. Du traitement chirurgical du cancer de l'estomac. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév. 1901.) — Résection de l'estomac pour tumeur du pylore. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars 1901.)

une période plus ou moins lointaine, de crises gastralgiques violentes, d'hémorrhagies stomacales, comme c'est presque toujours le cas lorsqu'il s'agit d'une sténose consécutive à un ulcère stomacal prépylorique, soit cicatrisé, soit encore en activité. De même, on n'a jamais noté l'existence de melæna.

D'autre part, l'appétit est le plus souvent conservé; il n'existe pas de dégoût pour les aliments, ni pour certaines variétés d'aliments, ce qui est habituel dans la sténose néoplasique.

L'étude du chimisme gastrique présente-t-elle quelque particularité et peut-elle rendre des services au point de vue du diagnostic différentiel?

Cette étude n'a été faite que pour un nombre très restreint de faits et d'une façon insuffisante; dans ses 3 cas, M. Boas se contente de signaler que le contenu de l'estomac, retiré après le repas d'épreuve, ne présentait pas les réactions colorantes caractéristiques de l'acide chlorhydrique libre (rouge de Congo), mais qu'il y avait une notable quantité d'acide lactique. Chez notre malade, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il existait une abondante sécrétion de suc gastrique pendant la période de jeûne, suc gastrique dont l'acidité (2.10 ‰) était normale, mais était due presque exclusivement à la présence des composés chloro-organiques (1.95 ‰), car la proportion d'acide chlorhydrique libre était très au-dessous de la moyenne.

Sans vouloir donner à cette hypersécrétion à jeun une importance trop considérable, elle nous semble cependant présenter un certain intérêt au point de vue du diagnostic différentiel de la sténose, car, dans les deux affections d'avec lesquelles la distinction est le plus difficile, le cancer, d'une part, l'ulcère pylorique, de l'autre, les résultats du chimisme gastrique sont le plus souvent très différents. Dans le cancer sténosant, en effet, l'hypersécrétion est rare: il y a plutôt comme une inhibition ou une abolition de toute sécrétion active; et dans l'ulcère pylorique avec rétrécissement, tout au contraire, l'hypersécrétion est fréquemment abondante et le suc gastrique présente une extrême acidité due à une très forte proportion d'acide chlorhydrique libre. L'hypersécrétion à jeun d'un suc gastrique peu riche en acide chlorhydrique libre se rencontrerait-elle surtout dans les sténoses simples? Nous ne saurions l'affirmer, quoique nous ayons fait une constatation absolument identique dans une grande dilatation de l'estomac provoquée par une tumeur extrinsèque, avec intégrité de la muqueuse stomacale.

Quoi qu'il en soit, et sans en tirer aucune conclusion, l'étude du chimisme gastrique pourra généralement fournir d'utiles indications pour le diagnostic d'avec le cancer ou l'ulcère de l'estomac, exception faite des cas très rares de cancer où persiste encore une sécrétion active de la muqueuse gastrique, ou de ces faits exceptionnels d'ulcère ancien où cette même muqueuse est plus ou moins atrophiée.

Il resterait encore à établir le diagnostic différentiel d'avec certaines causes rares de rétrécissement pylorique: les gommes syphilitiques, les cicatrices ou les adhérences périgastriques anciennes, les tumeurs bénignes du pylore, la tumeur mycosique (Hayem et Lion), etc. A vrai dire, les éléments du diagnostic sont ici presque impossibles à préciser, la symptomatologie étant à peu près identique dans ces différents cas. On en comprend aisément les raisons.

III

En ce qui concerne l'anatomie pathologique et la nature de la sténose hypertrophique du pylore, on peut dire que, si cette affection se différencie bien nettement, au point de vue clinique, d'avec la linite plastique de Brinton et la sclérose hypertrophique sous-muqueuse de Hanot et Gombault, il s'agit, anatomiquement parlant, d'une même lésion.

Dans le premier cas, cependant, cette lésion est localisée, tandis que dans le second elle s'étend à tout l'estomac; là cet organe est dilaté par le fait de l'obstacle pylorique; ici, il est le plus souvent de volume normal ou rétracté, épaissi et induré dans sa totalité, en même temps qu'il est, en raison de la péritonite concomitante, adhérent avec les viscères voisins, l'épiploon, l'intestin. Mais la nature de l'altération est la même, ainsi que le prouvent les examens histologiques.

Lors même que la lésion s'étend à la totalité des parois de l'estomac, elle est, disent les auteurs, toujours prédominante dans la région pylorique où elle semble débuter. Il ne paraît pas toutefois que la linite primitivement localisée puisse s'étendre et se généraliser ultérieurement au reste de l'estomac, car, tandis que la linite généralisée évolue toujours rapidement, cette même lésion, lorsqu'elle se cantonne au pylore, peut durer un grand nombre d'années et, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie, la symptomatologie reste toujours la même.

Quelle est donc cette lésion si singulière? S'agirait-il d'un cancer dont la trame fibreuse serait développée au point de constituer, pour ainsi dire, une variété spéciale de néoplasme carcinomateux? Il se peut que dans quelques cas, comme ceux que Bret et Paviot (1) ont rapportés, il en ait été ainsi, mais il s'agissait de linite généralisée à tout l'estomac. Certains cancers de l'estomac, du reste, peuvent prendre l'apparence macroscopique de la linite : tels sont les faits publiés par M. Verhaeghen, M. Lyonnet et plus dernièrement encore par M. Cunéo. Mais si cette explication est valable pour quelques cas particuliers, elle ne l'est point pour la plupart des observations bien étudiées histologiquement et, particulièrement, elle ne l'est guère pour la sténose hypertrophique du pylore. Dans les cas qui ont été soumis à l'examen microscopique, dans ceux de Tilger, de Chaput et Pilliet, de Brissaud et dans l'observation que nous venons de rapporter, rien ne permettait de formuler cette hypothèse; nulle part on ne trouvait d'éléments cancéreux et les ganglions n'étaient lésés dans aucun de ces cas.

M. Garret (2) a émis l'opinion que le tissu conjonctif épaissi de la sous-muqueuse doit être considéré comme une production spéciale, de nature identique au sarcome fusiforme, et qu'il s'agit d'un véritable néoplasme, d'un cancer conjonctif. Nous avons vu que, dans la linite pylorique du moins, ni l'étude clinique, ni les examens anatomiques ne pouvaient être invoqués en faveur de cette hypothèse. En réalité, ainsi que l'avaient indiqué déjà Andral et Cruveilhier, on a affaire ici à une véritable sclérose hypertrophique sous-muqueuse localisée à tout l'antre pylorique et ayant tous les caractères d'un tissu inflammatoire.

Mais où faut-il placer le point de départ de cette lésion?

S'agirait-il d'une gastrite dans laquelle le tissu conjonctif interstitiel prendrait un développement tout à fait insolite et envahirait les autres tuniques? C'est là l'hypothèse qu'admettait Lebert. Elle semble peu en rapport avec les faits, car, si les lésions de la gastrite sont fréquentes, les altérations de la sous-muqueuse sont infiniment plus rares. D'un autre côté, *il est des cas où la muqueuse a été trouvée intacte*, et enfin, lorsqu'elle est altérée, elle paraît l'être soit secondairement (envahissement progressif par le tissu conjonctif sous-muqueux), soit peut-être simultanément. Ainsi, dans notre cas, au niveau du pylore, l'épaississement considérable de la sous-muqueuse siégeait surtout au niveau de la partie qui continuait la petite courbure et s'étendait de là sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac, formant de la sorte une véritable selle placée sur la partie supérieure de l'antre pylorique. Dans la région inférieure de celui-ci, la celluleuse était si peu épaissie que la muqueuse pouvait facilement glisser sur la tunique musculeuse, et cependant la muqueuse était, à ce niveau, sensiblement hypertrophiée; si elle était infiniment moins altérée qu'ailleurs, on constatait cependant que cet épaississement était dû à une infiltration abondante d'éléments conjonctifs jeunes et de lymphocytes entre les tubes glandulaires, dont la plupart étaient intacts; en réalité, la muqueuse et la sous-muqueuse étaient simultanément altérées, mais à des degrés différents suivant les régions.

On ne peut, davantage, admettre l'origine péritonéale du processus scléreux; et ce seul fait que, si le péritoine est parfois atteint, spécialement dans la linitis généralisée, il ne l'est que très rarement quand cette lésion se localise à l'antre pylorique, suffit pour autoriser à rejeter cette hypothèse. De même, on ne pourrait appliquer qu'à un très petit nombre de cas l'opinion de Kehr, à laquelle se rattache Tilger, et qui explique l'hypertrophie de la région pylorique par des adhérences avec les organes voisins, en particulier avec la vésicule biliaire : ces adhérences, en effet, n'ont été que rarement observées.

A l'heure actuelle, aucune explication n'est véritablement satisfaisante. Néanmoins, nous inclinerions à penser que l'opinion émise par M. Bouveret (1) est peut-être la plus vraisemblable : cet auteur pense que dans la sclérose hypertrophique sous-muqueuse — nous avons vu que la sténose hypertrophique du pylore n'était qu'une localisation de cette maladie — l'induration du tissu sous-muqueux est d'origine inflammatoire et qu'il faut la considérer très probablement comme un œdème chronique d'origine lymphatique.

Les altérations des lymphatiques que nous avons constatées et que nous avons décrites plus haut, *cette dilatation si prononcée des troncs lymphatiques soit au voisinage des veines, soit dans la partie profonde de la muqueuse*, sont des faits qui plaident en faveur de cette hypothèse. Il s'agirait, comme le dit M. Bouveret, de quelque chose d'analogue à l'œdème chronique et induré du tissu cellulaire sous-cutané, ce que nous pourrions appeler une sorte d'éléphantiasis des parois de l'estomac.

D'autres raisons enfin pourraient encore être invoquées : c'est l'existence, soit indépendante, soit parfois simultanée, de lésions très analogues dans d'autres parties du tube intestinal, et en particulier au niveau de la valvule iléo-cæcale. Tels sont, en particulier, les cas de M. Demoulin, de M. Gérard-Marchant, dont l'histologie pathologique rappelle en tous points les lésions de la linite plastique.

Enfin, il resterait à déterminer quelles sont les causes qui provoquent ces lésions d'œdème lymphatique chronique, si tant est qu'il faille admettre pareille origine à cette singulière lésion; à cet égard, nous ne pouvons qu'avouer notre entière ignorance.

Dr Œttinger,
Médecin de l'hôpital Broussais.

(1) Bret et Paviot. (*Loc. cit.*)

(2) Garret. (*Loc. cit.*)

MÉDECINE PRATIQUE

La délimitation de l'estomac au moyen de la simple inspection.

La percussion simple de l'estomac ne permettant pas toujours de déterminer d'une façon exacte les dimensions et la situation de cet organe, on a habituellement recours à la dilatation artificielle de la cavité gastrique, soit en administrant au malade un mélange effervescent, soit en insufflant de l'air. Le premier pro-

(1) Bouveret. Traité des maladies de l'estomac, p. 471. Paris, 1893.

cédé est très incertain, car il donne lieu à une dilatation tantôt insuffisante, tantôt excessive; quant à l'insufflation, elle présente l'inconvénient d'entraîner des modifications plus ou moins considérables dans la situation du viscère, et cela que la sonde soit introduite dans la cavité gastrique elle-même ou seulement dans la partie supérieure de l'œsophage (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 381), ou que le cathétérisme soit remplacé par la douche d'air administrée d'après le procédé de Politzer (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 92). La gastrodiaphanie n'est pas exempte du même inconvénient, puisqu'elle nécessite l'ingurgitation préalable d'une certaine quantité de liquide, sans compter que cette méthode d'exploration demande une instrumentation spéciale et n'est pas toujours facile à mettre en pratique.

Cela étant, il nous paraît utile de signaler que, d'après l'expérience de M. le docteur Mark I. Knapp, médecin en chef du service de consultations pour les maladies de l'estomac à l'hôpital austro-hongrois de New-York, la simple inspection de la paroi abdominale permettrait de préciser la limite inférieure de l'estomac et aussi, dans les cas de gastroptose, la situation de la petite courbure, quelle que soit, d'ailleurs, l'épaisseur du pannicule adipeux (1). Pour procéder à cet examen, notre confrère fait coucher le patient sur le dos, l'abdomen étant mis à nu, et l'engage à respirer tranquillement. Le médecin se place soit à la tête du lit, soit de côté, en se tenant à une certaine distance de la région gastrique; puis, il se baisse jusqu'à ce que ses yeux se trouvent dans le même plan que cette région et il observe les ondulations respiratoires, qui se laisseraient toujours facilement apercevoir, même chez les individus très obèses. En suivant d'une manière attentive ces mouvements de va-et-vient de la paroi abdominale, on ne tarderait pas à remarquer qu'à chaque inspiration il se dessine sous la peau une ligne très fine qui correspond précisément à la grande courbure de l'estomac. En effet, si, après avoir noté sur la paroi de l'abdomen la situation occupée par cette ligne à la fin de l'inspiration, on procède à la percussion, en ayant soin de disposer l'index et le médius de la main gauche de façon qu'ils ne soient séparés que par la marque en question, on constate que les sons obtenus par la percussion légère pratiquée alternativement sur chacun de ces deux doigts présentent une différence, l'un des doigts correspondant au côlon et l'autre à l'estomac. Pour rendre cette différence encore plus nette et pouvoir de la sorte mieux vérifier les résultats fournis par l'inspection, il suffit d'insuffler dans le gros intestin une petite quantité d'air.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai 1902.

A propos de l'anesthésie chirurgicale chez les cardiaques.

M. Le Dentu relate l'observation d'un cardiaque qui était atteint d'un volumineux abcès par congestion, dont l'ouverture fut jugée nécessaire. L'anesthésie pratiquée au moyen de l'éther fut parfaitement supportée par le patient, bien que l'opération eût été assez longue. Les jours suivants, il ne survint non plus aucune complication pouvant être mise sur le compte de l'éthérisation.

Cet homme jouissait en somme d'une santé aussi satisfaisante que possible, étant donnée l'affection pottique dont il était atteint, quand, trois mois après l'intervention, il succomba subitement. L'autopsie permit de constater l'existence d'une énorme dilatation du cœur droit avec insuffisance de la valvule tricuspide; nulle part on ne trouva trace d'embolie. La mort doit donc être mise sur le compte d'une syncope cardiaque.

L'orateur rapproche ce cas de celui qu'il a communiqué antérieurement (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 59), concernant une femme également atteinte d'insuffisance tricuspide, qui succomba au cours de l'anesthésie par le chloroforme. Néanmoins, M. Le Dentu ne se croit pas en droit de conclure, de ce seul fait, à la supériorité de l'éthérisation sur la chloroformisation chez les cardiopathes.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 avril 1902.

La glycosurie d'origine musculaire.

MM. Cadéac et **Maignon**. — Ayant constaté sur des cobayes et des chiens que la ligature d'une patte ou l'écrasement d'une masse musculaire détermine toujours l'apparition, dans les urines, de composés glycuroniques seuls ou associés à de la glycose, nous avons fait des recherches du même genre chez des blessés. Nous avons pu nous assurer de la sorte que toute fracture complète des membres est suivie, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, de l'élimination de principes glycuroniques (parfois aussi de glycose), débutant en général deux ou trois jours après l'accident et persistant de trois semaines à un mois, c'est-à-dire tant que les troubles locaux ne sont pas entièrement dissipés au niveau de la fracture.

La glycuronie précède toujours la glycosurie, qui n'est d'ailleurs pas constante; quand elle existe, elle est proportionnelle à la gravité des lésions: c'est ainsi qu'elle est abondante surtout dans les cas de fractures multiples.

Cette excrétion de principes sucrés est bien d'origine musculaire, car, chez des animaux sacrifiés après écrasement d'une patte, on ne trouve, dans les muscles sains, que des traces de sucre, tandis que les muscles altérés en renferment de notables quantités.

Sur l'ostéomyélite aiguë polymicrobienne.

M. Ragalski adresse la relation d'un cas de cette affection, récemment décrite par M. Lannelongue (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 115). Il s'agit d'un homme qui présentait, outre des phénomènes généraux excessivement graves faisant penser à une fièvre typhoïde ou à une méningite, une flexion de la tête sur l'épaule gauche avec douleur très vive au niveau de la région sus-claviculaire du même côté. On porta alors le diagnostic d'ostéomyélite de la clavicule; le malade succomba deux jours plus tard sans qu'on fût intervenu. L'examen bactériologique du sang de la clavicule, pratiqué aussitôt après la mort, y révéla la présence du colibacille et du staphylocoque; il n'y avait pas la moindre trace de pus.

MM. Doyon et **Morel** envoient une note tendant à démontrer que l'existence, dans le sérum normal, d'une lipase agissant sur l'oléine ne saurait être considérée comme définitivement établie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1902.

A propos du traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte.

M. Tuffier. — Dans la discussion qui a suivi la communication que je vous ai faite dans une séance précédente, M. Guinard nous a dit qu'il n'était pas possible de faire le diagnostic différentiel entre les anévrysmes de la crosse de l'aorte et ceux du tronc brachio-céphalique (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 92 et 115). Je ne partage pas cette opinion, et la preuve que ce diagnostic peut quelquefois être établi, c'est qu'il l'avait été dans le cas que je vous ai relaté.

M. Bazy. — Je crois que, pour préciser le siège exact de ces anévrysmes, la radiographie stéréoscopique pourrait être de quelque utilité.

D'une façon générale, une ligature ne peut entraîner qu'un sphacèle aseptique; or, dans le cas de M. Tuffier, il y a eu à la fois sphacèle et septicémie.

M. Poirier. — Je suis d'avis que M. Tuffier a placé sa ligature non pas sur le collet, mais bien sur le milieu du sac, qu'il a divisé ainsi en deux poches jumelles; il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner les dessins qui accompagnaient l'observation présentée par notre collègue.

M. Guinard. — Quoi qu'en dise M. Tuffier, il me paraît impossible de reconnaître cliniquement les anévrysmes communiquant avec l'aorte par un orifice étroit, et pour lesquels on pourrait être porté à pratiquer une tentative analogue à celle de notre collègue.

Pathogénie de l'hallux valgus.

M. Picqué. — Grâce à l'examen radiographique, j'ai pu me rendre compte, chez un tabétique atteint d'hallux valgus, que la tête du métatarsien n'était pas augmentée de volume, comme on le dit en général. Quant au pied plat qui coïncidait chez ce malade avec la déformation en question, je ne crois pas qu'on puisse le considérer comme une conséquence de la déviation du premier métatarsien.

Au point de vue de la pathogénie, il est certain que, à côté des cas d'hallux valgus où l'on peut invoquer la théorie articulaire classique, il en est d'autres qui reconnaissent une origine musculaire et sont justiciables d'une thérapeutique tout à fait différente des moyens habituellement employés.

M. Kirmisson. — Je crois que M. Picqué généralise à tort un processus pathogénique exact pour le cas particulier qu'il vient de relater. Dans la majorité des observations d'hallux valgus, en effet, la tête du métatarsien est hypertrophiée et doit être réséquée.

M. Reynier. — Il faut distinguer deux sortes d'hallux valgus, selon que la lésion se développe dès l'enfance, ou survient au contraire chez de vieux arthritiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mai 1902.

De la chlorurie alimentaire expérimentale dans les néphrites.

M. Claude. — J'ai recherché comment le chlorure de sodium, qui paraît jouer un rôle actif dans le mécanisme de la sécrétion urinaire et avoir une certaine influence sur la diurèse, était éliminé dans les néphrites.

Dans ce but, nous avons institué, M. Mauté et moi, des recherches basées sur l'épreuve de la chlorurie alimentaire expérimentale, qui consiste à faire ingérer une certaine quantité de chlorure de sodium (10 gr. par jour) à un sujet soumis à un régime alimentaire connu et constant, et à analyser les urines, particulièrement au point de vue du chlore urinaire, avant, pendant et après l'épreuve.

Nous avons pu constater de la sorte que, chez les patients atteints de néphrite, l'élimination des chlorures se fait d'une façon différente suivant les cas.

Une première catégorie de ces malades réagissent absolument comme des individus normaux, c'est-à-dire que la diurèse est peu ou pas augmentée, que l'élévation du taux des chlorures est proportionnelle à la quantité ingérée, sans modification de la teneur des substances achlorées (azote total, urée, etc.). Il s'agit dans ces cas de néphrites à pronostic bénin, bien que les urines contiennent, quelquefois, de fortes proportions d'albumine; ces sujets peuvent être alimentés sans danger.

Dans un deuxième groupe, la diurèse, sous l'influence de l'ingestion du chlorure, est légèrement augmentée, mais le taux du chlorure ne s'élève pas; la quantité des substances achlorées, au contraire, est un peu plus considérable pendant la durée de l'épreuve. Les néphrites qui rentrent dans cette catégorie sont d'un pronostic très sombre: tous les malades de ce genre que nous avons observés ont succombé dans un laps de temps relativement court.

Dans une troisième classe, nous rangeons les cas où le chlorure de sodium s'élimine d'une façon à peu près normale, mais où, contrairement à ce que l'on observe chez les sujets sains, il se produit une augmentation des éléments

(1) M. I. Knapp. Wie man die Magencontour ohne Hilfsmittel sehen kann. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mai 1902.)

achlorés, en particulier de l'urée. Ces patients ont besoin d'une hygiène sévère, mais ils supportent bien leurs lésions; ils peuvent abandonner le régime lacté absolu par intervalles, en prenant certaines précautions.

Enfin, il existe un certain nombre de cas différant du type normal par le *retard* dans l'apparition et la disparition du chlorure de sodium urinaire, sans élévation de la diurèse ni du taux des substances achlorées. Les malades de cette catégorie doivent être étroitement surveillés, et le régime lacté paraît leur être absolument nécessaire, car les lésions s'aggravent rapidement et des manifestations urémiques surviennent bientôt, si l'on s'en écarte.

Les mélanodermies d'origine biliaire.

M. Gilbert. — Il résulte d'un très grand nombre d'observations que j'ai recueillies avec M. Lereboullet que la cholémie joue un rôle considérable dans la production de la plupart des mélanodermies généralisées ou localisées : taches de rousseur, pigmentation péri-oculaire, masque de la grossesse, pigmentation des seins et de la ligne blanche, pigmentations consécutives aux dermatoses, aux vésicatoires, mélanodermies phtiriasiques, médicamenteuses, etc.

Dans toutes ces altérations cutanées, la cholémie n'agit pas seulement en excitant la fonction pigmentaire de l'épiderme; elle paraît surtout intervenir en apportant aux cellules épidermiques le pigment aux dépens duquel celles-ci peuvent former la mélanine. Suivant l'activité de ces cellules, suivant l'intensité et l'ancienneté de la cholémie, la pigmentation est plus ou moins marquée, apparaît spontanément ou sous l'influence d'une cause accidentelle (chaleur, grattage, vésicatoire, etc.). On peut, d'ailleurs, concevoir cette exagération de la fonction pigmentaire de l'épiderme comme un moyen de défense opposé à la cholémie : le pigment biliaire circulant est ainsi fixé et transformé. Il est même permis de se demander si, dans la pigmentation normale de la peau, le sérochrome ou pigment normal du sérum n'agit pas de la même manière, et si ce sérochrome, susceptible de se transformer en mélanine, ne traduit pas la présence d'une cholémie physiologique légère. Au degré près, la pigmentation normale de la peau ne diffère pas anatomiquement d'avec la pigmentation pathologique : on conçoit que les mêmes éléments pathogéniques, cholémie et fonctions pigmentaires de la cellule épidermique, interviennent dans les deux cas.

Sur la contagiosité de l'angine et de la stomatite à bacilles fusiformes.

M. Dopter. — Jusqu'à présent, la contagiosité de l'angine et de la stomatite à bacilles fusiformes n'était que soupçonnée. J'ai observé deux faits qui démontrent cette contagiosité : le premier concerne un homme qui contracta une stomatite à bacilles fusiformes pour s'être servi de la pipe d'un de ses camarades, porteur d'une angine de même nature; le deuxième est celui d'un jeune homme présentant aussi une angine qui lui a été communiquée par sa maîtresse atteinte, avant lui, de la même affection.

M. Vincent. — J'ai soigné également un jeune homme de vingt-quatre ans pour une angine ulcéro-membraneuse qui lui avait été transmise par sa maîtresse : l'examen bactériologique de l'exsudat pharyngien démontra qu'il s'agissait, chez l'un et chez l'autre, d'une angine fuso-spirillaire, laquelle disparut complètement au bout de quatre jours, sous l'influence du traitement iodé. Les résultats de ce traitement local sont des plus importants pour le diagnostic, parfois si difficile, entre l'angine à bacilles fusiformes et la syphilis pharyngée, compliquée ou non d'infection fuso-spirillaire : dans le premier cas, le traitement iodé amène la guérison en quelques jours, alors que dans le second l'ulcération reste longtemps rebelle. Toutefois, pour obtenir la guérison, il ne faut pas se contenter d'appliquer sur l'ulcération de de la teinture d'iode pure; il faut la déterger et la frictionner deux fois par jour avec un tampon imbibé de ce médicament. J'ai vu guérir par ce moyen une angine à bacilles fusiformes qui durait depuis six mois et qui avait été traitée sans résultat par les gargarismes antiseptiques et par l'eau oxygénée.

M. Siredey déclare que, dans un certain nombre de cas, le bleu de méthylène lui a paru supérieur à la teinture d'iode (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 372).

Sulfaturie et injections salines sulfatées.

M. Achard. — Contrairement à ce qui se produit à la suite des injections de chlorure de sodium (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 150), le sulfate de soude injecté en solution aqueuse sous la peau des sujets atteints de maladies aiguës n'est pas retenu dans l'organisme. Le dosage des sulfates urinaires montre, en effet, qu'il n'y a pas une diminution bien accentuée du taux de ces substances. De plus, sous l'influence de ces injections, on voit le plus ordinairement le sulfate de soude s'éliminer par l'urine en quantité plus ou moins grande.

Tandis que l'élévation des chlorures urinaires est généralement d'un bon pronostic, celle des sulfates est plutôt défavorable, car la proportion de ces sels peut rester élevée au cours de maladies graves et rapidement mortelles.

Enfin, pour ce qui est de la pratique des injections salines, il est certain qu'on est plus fondé à espérer l'augmentation de la diurèse, au cours des maladies aiguës, en employant les solutions sulfatées au lieu des solutions chlorurées. Toutefois, il ne s'ensuit pas que ces injections sulfatées, surtout à doses fortes, doivent être toujours efficaces, car l'élimination du sulfate introduit n'est jamais complète en vingt-quatre heures et reste même parfois fort au-dessous de la dose injectée.

Le processus angineux dans la scarlatine chez les enfants.

M. Variot. — De recherches statistiques poursuivies depuis deux ans dans mon service, il résulte que le processus angineux de la scarlatine chez les enfants n'offre aucun caractère constant : il est polymorphe, peut ou non s'accompagner d'exsudat. Dans les formes exsudatives, tantôt on constate la présence des bacilles de Löffler dès le début de la maladie; tantôt, au contraire, ces bacilles font défaut, sans que rien dans les caractères objectifs de l'arrière-gorge permette de distinguer ces pseudodiphtéries d'avec les diphtéries scarlatineuses vraies. Seul l'examen bactériologique rend cette différenciation possible; lorsque, pour une raison quelconque, il ne peut être pratiqué, il me paraît indiqué d'avoir recours d'emblée aux injections de sérum antidiphtérique.

Ectasie anévrysmatique de la portion ascendante de l'aorte, d'origine traumatique.

M. Duflocq présente un homme de cinquante-cinq ans, alcoolique, qui, à la suite d'un choc violent sur la nuque, éprouva un craquement dans la poitrine. Dès le soir du même jour, on constatait à la partie supérieure du thorax, près de la poignée du sternum, une tumeur dure, résistante, animée de battements isochrones avec ceux du pouls, et qui est le siège d'un mouvement d'expansion et d'un souffle systolique intense. Il s'agit donc vraisemblablement d'une dilatation anévrysmatique de la première portion de la crosse de l'aorte. Il existe en outre, chez ce malade, une légère parésie du bras droit.

M. Lion relate l'observation d'une jeune fille de vingt-sept ans, qui succomba subitement au quatorzième jour d'une appendicite, alors qu'elle était en pleine convalescence. La mort survint au moment où la malade se soulevait dans son lit. L'orateur croit que cet accident peut être attribué à la production d'une embolie pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 26 avril et 3 mai 1902.

Des échanges nutritifs chez un myxœdémateux soumis au traitement thyroïdien.

MM. Widal et **Javal.** — Pour apprécier la valeur thérapeutique des préparations thyroïdiennes, nous avons entrepris, chez un myxœdémateux de vingt-sept ans, de rechercher avec précision aux dépens de quel tissu se produisait l'amaigrissement. Le malade ayant été soumis au régime lacté absolu, nous avons constaté qu'après l'ingestion de glande thyroïde, l'amaigrissement coïncida avec une déperdition de 51 grammes d'azote en neuf jours, correspondant à 378 grammes d'albuminoïdes ou 1,780 grammes de chair musculaire. La perte de poids pendant l'azoturie ayant été de 1,700 grammes, il y a concordance à peu près complète et nous croyons pouvoir en conclure que ce sujet a maigri uniquement aux dépens de ses albuminoïdes et pas du tout de ses graisses.

L'azoturie n'a commencé que le troisième jour et elle a persisté encore un certain temps après la cessation du traitement. Par suite, on doit admettre que la substance active de la glande thyroïde peut s'accumuler dans l'organisme; il est, en outre, intéressant de noter que l'apparition de cette azoturie a coïncidé avec le début des symptômes d'intoxication : elle indique donc que les doses inoffensives du médicament ont été dépassées.

Epilepsie expérimentale par augmentation de la concentration moléculaire du sang.

MM. Lalou et **Mayer.** — On sait que l'on peut provoquer des convulsions en injectant dans les veines d'un chien des solutions concentrées de chlorure de sodium. L'un de nous a établi, en outre, que l'injection d'une solution hypertonique de chlorure de sodium dans la carotide d'un chien curarisé provoque chez cet animal une série de mouvements vasculaires qui, enregistrés, reproduisent le graphique de l'épilepsie viscérale. Nous avons repris la question dans l'intention d'examiner si tous les éléments osmotiques du sang sont capables de produire des phénomènes analogues. Il résulte de nos expériences que dans tous les cas, au moment où survenaient les mouvements convulsifs avec déviation des globes oculaires, paralysie des sphincters, etc., l'état physique du sang était modifié par l'injection, de telle manière que le point cryoscopique du sérum se trouvait toujours au-dessous de la normale, alors que la viscosité s'en écartait peu.

Il y a donc lieu de mettre en relief cette relation constante entre l'augmentation de concentration moléculaire du sang, d'une part, et, d'autre part, les phénomènes moteurs observés, phénomènes dont l'ensemble constitue une attaque tout à fait nette d'épilepsie expérimentale.

De l'influence de l'atropine sur la sécrétion pancréatique.

MM. Camus et **Gley.** — Il est bien connu que l'atropine empêche la sécrétion à laquelle donne lieu la pilocarpine; en ce qui concerne la sécrétion pancréatique, ces deux substances sont également antagonistes. Il résulte, en outre, de nos recherches que l'atropine agit plus énergiquement dans ce sens vis-à-vis de la sécrétion provoquée par la propeptone qu'à l'égard de celle que détermine la sécrétine. En effet, la sécrétion pancréatique qu'amène habituellement une injection intraveineuse d'une solution de propeptone à la dose de 0 gr. 02 centigr. par kilogramme subit une forte diminution si l'on injecte préalablement à l'animal une quantité d'atropine suffisante (0 gr. 005 milligrammes par kilogramme); pour obtenir une proportion de suc à peu près égale à celle qui est d'ordinaire produite sous l'influence de la propeptone, il faut doubler la dose de cette substance.

Au contraire, la sécrétion à laquelle donne lieu l'injection d'extrait acide de muqueuse intestinale est peu diminuée par l'injection préalable de sulfate d'atropine.

Des effets de la dépression barométrique de courte durée sur la teneur du sang en hématies.

MM. Ambard et **Beaujard.** — Il résulte de nos expériences qu'une dépression barométrique de 45 c.c. de mercure ne provoque aucune hyperglobulie dans le sang de la circulation centrale. Ce fait est en contradiction avec les résultats obtenus par les aéronautes qui ont fait des expériences en prenant du sang dans les vaisseaux périphériques, mais il concorde avec ceux de MM. Bensaude, Calugareanu et Henri (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 420), qui avaient puisé du sang dans les carotides et les crurales; il permet, en tout cas, de supposer que la dépression barométrique ne détermine pas des modifications semblables dans le sang de la circulation périphérique et dans celui de la circulation centrale.

L'immunisation à l'égard de la clavelée.

M. F.-J. Bosc (de Montpellier) adresse une note de laquelle il résulte que l'on peut vacciner certains animaux à l'égard de la clavelée, en leur injectant des substances hémo-immunisantes; quand on leur inocule ensuite sous la peau du claveau virulent, l'action du germe infectieux demeure limitée à la production de la pustule locale; l'immunité obtenue de la sorte est totale et durable.

MM. Camus et **Pagniez** communiquent les résultats de leurs recherches relatives à l'action de l'urine sur l'hémoglobine. Elles démontrent que les solutions de cette substance pâlissent et peuvent même perdre leurs raies spectroscopiques caractéristiques sous l'influence d'urine acide; au contraire, l'urine neutralisée est sans effets à ce point de vue.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 1er mai 1902.

Traitement du lupus et du psoriasis par le permanganate de potasse.

M. Hallopeau. — On a prétendu que le permanganate de potasse était impuissant à guérir complètement le lupus. A cette assertion, je puis opposer l'exemple d'une femme que j'ai déjà montrée deux fois ici même et qui vient de subir une autoplastie chez M. Berger, après avoir été radicalement guérie d'un lupus grave par le permanganate de potasse. Chez une série de malades que je vous présente aujourd'hui, on remarque que, sous l'influence du même mode de traitement, du tissu cicatriciel s'est largement substitué au tissu lupique. Je ne doute pas qu'en continuant cette médication je ne finisse par avoir raison des nodules, très peu nombreux d'ailleurs, qui persistent encore chez eux. On voit donc que le permanganate de potasse n'agit pas seulement sur les couches superficielles, mais qu'il pénètre aussi les tissus profonds par absorption.

Je dois ajouter que, dans le psoriasis, j'ai obtenu d'excellents résultats en appliquant sur les lésions des compresses imbibées d'une solution du même sel, solution dont le titre varie, suivant la tolérance des patients, de 0.3 à 1 %.

M. Leredde. — Pour s'assurer que la guérison s'est réellement étendue aux couches profondes du lupus, il faut pratiquer des examens histologiques après biopsie. Je me suis convaincu par ce moyen que la photothérapie agit aussi bien dans la profondeur qu'à la surface des lésions lupiques, et que partout les tubercules présentent les mêmes modifications anatomiques de cicatrisation.

M. Gastou. — Je crois que l'observation de M. Leredde est de la plus haute importance. A propos du lupus, il faut, en effet, distinguer entre la guérison clinique, qui est marquée par la disparition des signes objectifs, accessibles à l'examen direct, et la guérison anatomique, que révèle le microscope, en permettant de contrôler la cicatrisation jusque dans la profondeur.

Gangrène foudroyante de la verge.

M. Danlos. — L'homme que voici est entré dans mon service en état syncopal, avec des phénomènes généraux d'apparence grave. Il accusait une douleur très vive au prépuce, qui était extrêmement tuméfié et laissait écouler du sang par son orifice. On ne constatait à ce niveau qu'un point blanchâtre qui ne tarda pas à s'ulcérer, offrant l'aspect d'un chancre simple. En quarante-huit heures, il se fit un sphacèle complet du prépuce et l'eschare, en se détachant, produisit une circoncision parfaitement nette, sauf au niveau du frein où persiste un boursouflement assez prononcé. A partir de ce moment la cicatrisation s'est opérée très rapidement. Je considère qu'il s'agit là d'un cas de gangrène foudroyante de la verge, et non d'un chancre gangreneux.

M. Gastou. — L'examen bactériologique que j'ai pratiqué chez ce malade ne m'a permis de déceler, au niveau des lésions, ni le bacille de Ducrey, ni le streptocoque.

M. Sabouraud. — On trouve habituellement une très grande quantité de streptocoques dans la gangrène foudroyante de la verge. Toutefois on a récemment décrit comme agent pathogène de cette affection une bactérie ramifiée anaérobie.

Syphilis oculaire.

M. Galezowski présente une jeune malade atteinte de kératite interstitielle et de lésions du fond de l'œil, dues à la syphilis héréditaire. Il a obtenu une amélioration considérable en associant dans ce cas, aux frictions mercurielles, le traitement par la solution d'extrait de capsules surrénales. Dans les affections syphilitiques de l'œil, on n'assurerait une guérison durable qu'en prolongeant les frictions mercurielles pendant un laps de temps très long (deux années consécutives).

L'iodure de potassium n'a jamais donné aucun résultat à l'orateur contre ces manifestations; on peut se convaincre d'ailleurs, par l'analyse des urines, que le mercure est éliminé beaucoup plus rapidement et en plus grande quantité chez les malades qui prennent en même temps de l'iodure de potassium; l'influence du mercure sur l'organisme se trouve donc affaiblie dans le traitement mixte.

M. Moty relate un cas de syphilis oculaire dans lequel il ne put, au début, administrer de mercure par suite d'une intolérance absolue, et où l'iodure de potassium, donné à la dose quotidienne de 7 à 8 grammes, suffit à amener une amélioration très marquée en une quinzaine de jours.

Tuberculose cutanée éléphantiasique des membres.

M. Danlos. — Voici un malade qui présente, au niveau des mains et du pied gauche, des ulcérations tuberculeuses très étendues, avec gonflement éléphantiasique de ces régions. Au niveau du nez et de la cuisse droite, se voient des lésions papuleuses de même origine.

Les applications de permanganate de potasse faites sur l'une des mains sont restées sans résultat. J'ai obtenu, au contraire, avec le radium, une amélioration du côté opposé.

M. J. Darier. — Ce cas est un type de lupus éléphantiasique des membres. Ici, la lésion est constituée par des végétations fongueuses molles et violacées, et secondairement par une hypertrophie éléphantiasique avec végétations papillomateuses.

Ces fongosités sont formées de tissu tuberculeux creusé de dilatations lymphatiques. Les bacilles de Koch y sont extrêmement abondants, et l'inoculation au cobaye de fragments de ces végétations est toujours positive.

Je pense qu'on doit considérer cette forme de tuberculose cutanée et hypodermique comme distincte du lupus et lui réserver le nom de *tuberculose lymphangiomateuse*. La localisation aux extrémités, c'est-à-dire aux points les plus déclives des membres, favorise l'hypertrophie éléphantiasique.

Eczéma séborrhéique psoriasiforme.

M. Balzer montre le moulage d'une éruption papuleuse que présentait, au niveau du tronc, un petit garçon, atteint depuis quelques mois déjà d'eczéma du cuir chevelu et de la face. En grattant ces papules, on soulevait des squames argentées qui firent penser d'abord à une première poussée de psoriasis; mais, à la suite d'applications d'une pommade cadique, l'éruption disparut en une quinzaine de jours, et cette prompte guérison est plutôt favorable à l'hypothèse d'un eczéma séborrhéique. Depuis lors, l'orateur a observé un second malade porteur de lésions identiques qui disparurent aussi rapidement, après avoir été simplement traitées par une pâte à l'oxyde de zinc. Il n'est donc pas douteux que dans l'un et l'autre cas il s'agissait d'eczéma séborrhéique psoriasiforme.

Morphée tubéreuse et morphée atrophique chez le même sujet.

M. Jacquet présente, au nom de M. Gueillot (de Reims) et en son nom, un jeune homme qui porte à la région temporale droite une plaque de morphée tubéreuse, apparue il y a trois ou quatre mois, en même temps qu'une névralgie dentaire. De cette lésion partent des traînées blanchâtres qui aboutissent à une autre plaque; mais celle-ci, loin d'être saillante, affecte le type atrophique. La coexistence chez le même sujet de ces deux modalités opposées de la morphée indique bien qu'elles ont l'une et l'autre la même origine.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 avril 1902.

Sur un goitre colloïde contenu dans un kyste dermoïde de l'ovaire.

M. L. Pick relate l'observation d'une femme de trente-trois ans, enceinte pour la cinquième fois, que M. Landau a opérée pour une tumeur de l'ovaire gauche. L'examen de la pièce extraite par la laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde ayant à peu près le volume d'un poing d'adulte, et contenant — outre des cheveux, des dents, etc. — un petit nodule de 3 centimètres de long sur 3 de large et 1 d'épaisseur, d'apparence kystique; le microscope permit de reconnaître que ce prétendu kyste n'était autre chose qu'un corps thyroïde ayant subi la dégénérescence colloïde.

L'examen de 21 pièces anatomiques relatives à des tumeurs dermoïdes a montré à l'orateur que la présence de tissu thyroïdien dans cette sorte de néoplasmes est assez fréquente, car il l'a constatée 6 fois; aussi estime-t-il qu'un certain nombre de productions renfermées dans les kystes dermoïdes, et désignées par les auteurs sous des noms divers (folliculomes malins, etc.), pourraient bien avoir la même origine.

Sur les causes du glaucome aigu.

M. Levinsohn présente des préparations provenant d'un œil atteint de glaucome aigu. On y remarque une multiplication et un épaississement du tissu conjonctif des procès ciliaires, et c'est à la compression des voies efférentes par cette lésion qu'il y aurait lieu d'attribuer la pathogénie de l'affection dont il s'agit.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 28 avril 1902.

Fièvre typhoïde sans lésions intestinales.

M. Blumenthal relate l'observation d'une femme de vingt-trois ans qui succomba au vingtième jour d'une dothiénentérie parfaitement caractérisée (fièvre, diarrhée typique, dicrotisme du pouls, tuméfaction de la rate, séroréaction positive, etc.) et chez laquelle on fut fort surpris de ne trouver à l'autopsie aucune ulcération intestinale; cependant il s'agissait bien de fièvre typhoïde, car l'examen bactériologique révéla, dans la rate, l'existence de nombreux bacilles d'Eberth.

L'orateur a rassemblé dans la littérature médicale une trentaine de faits de ce genre.

M. Litten estime que ces dothiénentéries sans lésions intestinales ne sont pas exceptionnelles, car lui-même en a observé 6 cas dans l'espace d'un an et demi: 3 fois l'intestin n'offrait aucune altération, 3 fois il présentait seulement une ou deux ulcérations de la dimension d'un pois. Il faut diviser cliniquement la fièvre typhoïde en deux périodes: celle de la fièvre continue et celle des grandes oscillations; or, la dernière correspond précisément à la cicatrisation des ulcérations des plaques de Peyer. On voit donc que l'évolution de la courbe thermique est sous la dépendance de l'état des lésions intestinales.

M. Fürbringer est d'avis que la dothiénentérie sans manifestations cliniques du côté de l'intestin (*typhus siccus*) est fréquente, mais l'absence d'ulcérations intestinales lui paraît beaucoup plus rare que ne le croit M. Litten; depuis dix ans, il n'a observé qu'un fait de cette dernière catégorie.

En pareil cas se trouve généralement réalisé le tableau morbide de la septicémie; au point de vue de l'évolution de ces formes de fièvre typhoïde, on peut supposer ou bien que l'infection a franchi l'intestin sans s'y arrêter, ou bien que les ulcérations, très superficielles, avaient déjà eu le temps de se réparer au moment du décès.

M. A. Fränkel fait remarquer que chez les dothiénentériques qui succombent à leur infection éberthienne, et non à une complication intercurrente, on ne constate souvent que des

lésions minimes de l'intestin; ainsi, récemment, l'orateur a observé une jeune femme qui, après des symptômes de début assez obscurs, eut très rapidement une fièvre hectique mortelle; on avait cru à une septicémie; or, il s'agissait bien de fièvre typhoïde (la rate contenait le bacille d'Eberth), mais on trouva seulement deux petites ulcérations de l'iléon.

Il faut enfin noter que l'on a décrit depuis peu, sous le nom de *paratyphus*, des cas ressemblant cliniquement à la dothiénentérie, mais s'en distinguant par l'absence de la réaction agglutinante. Ces recherches tendent à battre en brèche l'unicité de la fièvre typhoïde.

M. A. Baginsky déclare que, chez les enfants, l'intestin est peu intéressé — tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique — par la dothiénentérie; peut-être est-ce là qu'il faut chercher la raison de la bénignité ordinaire de cette affection dans le jeune âge. En tous cas, au moins dans la fièvre typhoïde infantile, c'est à l'infection qu'on doit rapporter la fièvre, et non, comme le soutient M. Litten, aux lésions intestinales.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 3 mai 1902.

Thrombose de la veine jugulaire interne avec foyer de gangrène pulmonaire au cours d'une otorrhée.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. F. Alt** a présenté un enfant qui fut atteint brusquement, au cours d'une otite purulente du côté droit, d'un œdème de la moitié droite de la face et d'une tuméfaction douloureuse au niveau de l'apophyse mastoïde du même côté. La veine jugulaire interne correspondante se présentait sous la forme d'un cordon dur; la jugulaire externe était très distendue. On lia le premier de ces vaisseaux à 2 centimètres au-dessus de la sous-clavière, on ouvrit le sinus et on le débarrassa, ainsi que la veine, des caillots qu'il contenait. Le lendemain de cette intervention, le petit malade offrit tous les signes d'un foyer de gangrène pulmonaire à la base du poumon droit. Ce foyer fut incisé après résection de la paroi costale et on évacua le pus et les débris de tissu pulmonaire qu'il renfermait. Quatre semaines plus tard, cet enfant était guéri.

M. Knöpfelmacher dit avoir observé également un cas de gangrène pulmonaire à la suite d'une otite scarlatineuse; le foyer gangreneux se vida dans la cavité pleurale où il se résorba peu à peu.

Réparation des pertes de substance de la paupière inférieure au moyen d'un lambeau cartilagineux emprunté à l'oreille.

M. Büdinger a montré 2 malades chez lesquels il a comblé une perte de substance de la portion tarsienne de la paupière inférieure, consécutive à l'ablation d'un épithélioma, au moyen de la transplantation d'un lambeau de tissu cartilagineux emprunté au pavillon de l'oreille. Ce fragment de cartilage fut suturé à un lambeau de la peau du front, destiné à remplacer le revêtement cutané de la paupière. Le résultat chez les deux patients est excellent.

M. L. Müller fait observer que ce procédé n'est applicable qu'aux pertes de substance circonscrites de la paupière.

M. Elschnig déclare que, pour combler ces pertes de substance, il se borne à attirer les tissus en haut et à les suturer aux parties conservées de la paupière.

Des calculs enkystés de la vessie.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Englisch** a fait connaître le résultat de ses recherches sur les calculs enkystés de la vessie. Il en distingue plusieurs variétés, suivant qu'ils sont enchâssés au milieu de granulations ou de néoplasmes, qu'ils occupent la vessie proprement dite ou des cavités accessoires, etc.; il y a lieu aussi de classer à part les calculs dont l'enkystement, habituellement passager, est simplement dû à la contraction d'une portion de la musculature vésicale.

Quoi qu'il en soit de cette division, les véritables calculs enkystés de la vessie sont ceux qui siègent à l'extrémité procidente du bout vésical de l'uretère ou dans des diverticules vésicaux. Cette procidence de l'uretère est elle-même la conséquence de l'excès de pression urinaire résultant d'une étroitesse congénitale de l'orifice inférieur du conduit en question.

Le signe principal de ces calculs vésico-urétéraux consiste dans la présence d'une tumeur accessible par le toucher rectal ou vaginal, ou par le cathétérisme. Il faut avoir soin d'examiner les deux uretères, car il peut y avoir des calculs à la fois dans ces deux conduits. Parmi les troubles fonctionnels auxquels donne lieu l'affection, on peut citer le ténesme vésical, l'hématurie, des douleurs hypogastriques, etc. Il faut également savoir que l'inflammation de la partie procidente de l'uretère peut se terminer par perforation.

En présence d'un calcul enkysté de l'uretère, on tâchera de l'énucléer de sa loge au moyen du doigt ou avec une sonde introduite dans la vessie; si ces manœuvres échouent, on devra faire une taille hypogastrique.

Les calculs qui occupent des diverticules vésicaux sont habituellement situés au-dessus du trigone, et peuvent être perçus, lorsqu'ils sont volumineux, par la palpation de la paroi abdominale antérieure. Les symptômes de ces calculs sont les mêmes que ceux de la première variété; le diagnostic et le traitement en sont quelquefois délicats, à cause de la difficulté de trouver l'orifice du diverticule vésical.

Les calculs enkystés sont ordinairement d'origine congénitale et s'observent surtout dans les premières années — parfois même dans les premiers jours — de l'existence.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du muguet par des applications de nitrate d'argent en solution forte.

Si les lavages avec une eau alcaline et les applications de borate de soude ont raison du muguet dans la plupart des cas, il est cependant loin d'en être toujours de même, comme en témoigne suffisamment le grand nombre des remèdes qui ont été proposés contre cette affection, quelquefois particulièrement tenace. M. le docteur G. E. Vladimirov a souvent eu l'occasion d'observer, à la consultation externe de l'hôpital des enfants de Saint-Vladimir, à Moscou, des cas graves de muguet et, après avoir essayé les moyens habituellement employés en pareille occurrence, il s'est arrêté, depuis deux ans, aux badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 2 %. On commence par détacher, à l'aide d'ouate ou d'un linge sec, les plaques de muguet. Comme celles-ci sont parfois très adhérentes, leur ablation peut donner lieu à un écoulement sanguin plus ou moins abondant qu'il sera, toutefois, facile d'arrêter en exerçant une légère compression au moyen d'un petit tampon de coton. Il faut s'attacher à enlever toutes les plaques; ceci fait, on procède au badigeonnage. L'enfant étant couché sur le côté, on passe sur la muqueuse buccale un pinceau de coton imbibé de la solution de nitrate d'argent et, immédiatement après, un autre pinceau imprégné d'une solution de chlorure de sodium destinée à neutraliser l'excès de sel argentique. Afin d'éviter les mouvements de succion qui se produisent au moment de l'introduction du pinceau dans la cavité buccale, on doit maintenir les mâchoires écartées à l'aide d'un doigt ou d'un abaisse-langue. Sous l'influence du badigeonnage, la muqueuse prend une coloration blanchâtre, qui permet de se rendre compte si le pinceau a été passé sur toutes les parties malades. Il suffit de badigeonner une fois par jour, tandis que le borate de soude et la plupart des topiques usuels demandent à être appliqués plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, ce qui présente l'inconvénient de soumettre les parties saines de la muqueuse à des irritations mécaniques fréquentes, lesquelles ne feraient que favoriser le processus morbide (Epstein).

Un à trois badigeonnages au nitrate d'argent ont suffi, entre les mains de M. Vladimirov, pour amener la guérison complète du muguet, alors même qu'il s'agissait de cas ayant résisté à tous les remèdes usités en pareille circonstance.

De son côté, au cours d'une épidémie qui a récemment sévi sur les nourrissons de la crèche de l'hôpital de la Charité, à Lyon, M. P. Mayoud, interne de M. le docteur J. Audry, médecin des hôpitaux de Lyon, a eu recours à une solution de nitrate d'argent à 1 ou 3 %, employée suivant le procédé préconisé par M. le docteur Gösz et par M. le docteur L. Concetti, actuellement professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Rome (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 472). Sur les 23 cas que M. Mayoud a traités de la sorte, la plupart ont complètement guéri après une seule cautérisation. Le lendemain de l'application du nitrate d'argent, il suffisait de promener sur les parties atteintes un linge fin humecté pour arriver à détacher facilement l'enduit blanchâtre. Lorsque celui-ci se reproduisait, il était moins confluent et cédait habituellement à une deuxième cautérisation. Afin d'éviter les vomissements auxquels donne parfois lieu cette médication, il est bon de ne pratiquer la cautérisation que dans le milieu de l'intervalle qui sépare deux tétées.

Ajoutons que M. Vladimirov a également eu l'occasion d'observer un très grand nombre de cas de stomatite ulcéro-membraneuse, chez des enfants. Pour le traitement de cette affection, il donne la préférence aux applications de teinture d'iode *pure*. Il commence par faire un lavage de la bouche; puis, après avoir soigneusement détergé et asséché les ulcérations, il les touche avec un petit tampon imbibé de teinture d'iode en repassant plusieurs fois sur les mêmes points, jusqu'à ce que la muqueuse acquière une coloration bronzée. Ces badigeonnages sont répétés une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, la durée du traitement variant, selon la gravité des lésions, d'un à cinq jours.

Les insufflations d'acétanilide contre l'otite moyenne purulente chronique chez les enfants.

Il y a deux ans et demi environ, un médecin de Portland, M. le docteur G. F. Libby, assistant de l'Infirmerie pour les maladies des yeux et des oreilles de l'État du Maine, a préconisé les insufflations d'acétanilide comme moyen de traitement des écoulements chroniques de l'oreille (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 392). D'après les essais institués par M. le docteur U. Melzi sur 43 enfants atteints d'otite moyenne suppurée chronique, dans le service de consultation d'oto-rhino-laryngologie annexé à l'Hôpital d'enfants, à Milan, ce procédé thérapeutique donnerait, dans la pratique infantile, des résultats particulièrement encourageants. Dès la première séance, on constaterait la disparition de l'odeur fétide de la sécrétion auriculaire; puis, l'écoulement lui-même ne tarderait pas à diminuer et la guérison complète surviendrait beaucoup plus rapidement que dans les cas où l'on a recours aux méthodes usuelles de traitement. Les pansements en question seraient très bien supportés, même par les enfants en bas âge.

En ce qui concerne le *modus faciendi* adopté par M. Melzi, il diffère quelque peu de celui qui avait été décrit par M. Libby. Notre confrère italien attache une importance considérable au nettoyage préalable du conduit auditif et emploie, à cet effet, toute une série de stylets porte-coton, en ayant soin de ne pas introduire dans l'oreille un de ces petits instruments ayant déjà servi, sans le soumettre, au préalable, à une nouvelle stérilisation. Pour effectuer ce nettoyage, M. Melzi, lorsqu'il existe une large perforation du tympan, badigeonne les parois du conduit auditif et celles de la caisse avec un petit tampon de coton imbibé d'eau oxygénée; dans les cas où la perforation est trop étroite pour permettre la pénétration directe, dans la caisse du tympan, de l'eau oxygénée ou, tout au moins, de l'oxygène à l'état naissant, il choisit un tampon correspondant, par son volume, au calibre du conduit auditif externe et, après l'avoir trempé dans du peroxyde d'hydrogène, il l'introduit dans le conduit en procédant à des mouvements de va-et-vient, destinés à agir en guise de pompe aspirante et foulante. Cette manœuvre serait préférable à l'insufflation d'air d'après le procédé de Politzer, pratique à laquelle notre confrère ne conseille pas de recourir chez les petits enfants.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les anophèles sont-ils les agents uniques et indispensables de la transmission du paludisme?

Depuis qu'un certain nombre de zoologistes, et notamment M. le professeur Grassi, ont attribué aux *Anopheles* un rôle essentiel dans la transmission de la malaria, les mesures destinées à prévenir la propagation de cette infection ont paru se résumer en la lutte contre les moustiques, et M. Grassi a pu émettre cet axiome : « Protégez-vous contre l'anophèle, et vous pourrez vivre en plein paludisme sans aucune crainte de contracter les fièvres ».

Peut-être d'aucuns trouveront-ils qu'on a trop rapidement fait table rase de toutes les anciennes théories qui, durant des siècles, ont occupé, en matière de pathogénie et de prophylaxie du paludisme, les plus hautes intelligences médicales, et qui, d'Hippocrate à Galien, de Mercato et Torti à Morton Richardi et Grant, de Puccinotti à Baccelli, ont été généralement acceptées.

Toutefois, loin de nous la pensée de nier que la méthode prophylactique préconisée par M. Grassi (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 353-354) soit dénuée de valeur (1), et que l'*Anopheles* soit incapable de transmettre l'infection palustre ! Mais cet insecte est-il seul en cause comme agent malarique? C'est ce que nous nous proposons de discuter, en nous appuyant sur un certain nombre de faits que nous avons été à même d'observer au cours de ces trois dernières années, et notamment durant l'épidémie de 1901, en Calabre, c'est-à-dire dans une région qui ne le cède en rien à la campagne romaine — contrée sur laquelle ont porté les études de M. Grassi — tant comme extension que comme virulence de l'infection paludéenne (2).

I

Qu'il me soit toutefois permis de présenter, auparavant, quelques objections de principe, relatives à un point particulier de la théorie de M. Grassi.

D'après les études faites tout d'abord par M. Ficalbi et continuées par d'autres zoologistes, et surtout depuis les expériences plus récentes encore de M. le professeur Celli, on ne peut accepter l'hypothèse de M. Grassi sur la faculté qu'aurait l'anophèle d'hériter d'un pouvoir malarigène : il est démontré que le diptère déjà infecté ne peut transmettre la malaria à ses œufs, et que les larves qui auraient pu éventuellement absorber des spores ne sauraient davantage se transformer en insectes parfaits *malarigènes*. Il en résulte donc que, pour que l'anophèle soit dans les conditions voulues pour transmettre l'infection, il est indispensable qu'il trouve d'abord un individu atteint de malaria, et qu'il s'infecte *lui-même* en en suçant le sang; et il faut de plus une période d'incubation variant de vingt à trente jours avant que cet anophèle devienne apte à propager l'infection.

(1) Je dois cependant faire ici une restriction. Je ne saurais accepter une méthode prophylactique artificielle qu'autant qu'elle est applicable dans sa totalité : il suffit qu'elle ne le soit pas dans une seule de ses parties pour devenir illusoire. Or, je veux bien admettre que les fenêtres et les portes grillées puissent constituer un obstacle à l'introduction de l'anophèle dans les habitations; il y a au moins dans cette précaution une apparence de garantie pour *qui ne sort pas de chez soi*. Mais le laboureur, le berger, le bouvier, l'ouvrier, l'homme de la campagne, en un mot, qui doit habiter transitoirement dans les endroits où sévit la malaria, pourra-t-il vaquer à ses occupations, revêtu d'un masque en toile métallique, hermétiquement clos dans ses vêtements, et portant des gants assez épais pour le défendre de la piqûre des moustiques, et tout cela dans un climat aussi chaud que le nôtre? L'expérience faite sur des employés des chemins de fer a répondu à cette question : tous se sont refusé à porter le masque et les gants qui rendaient par trop pénible l'exercice de leur service journalier.

(2) G. MONTORO DE FRANCESCO. Di alcune forme gravi d'infezione malarica in Calabria. (*Incurabili*, janv. 1902.)

Ce principe posé, comment expliquer l'apparition de l'infection printanière? Où l'anophèle prendrait-il l'hémosporidie de cette forme spéciale qui, de par son évolution et ses manifestations cliniques, est tellement distincte des fièvres estivo-automnales?

Puisqu'on ne peut adopter l'hypothèse de M. Grassi, sur la faculté qu'aurait l'anophèle d'hériter d'un pouvoir de transmission de la malaria, on doit conclure — même si l'on admet qu'un grand nombre de ces diptères échappent aux rigueurs de l'hiver en se réfugiant dans les habitations (?) dans les étables, dans les écuries, dans les grottes (Grassi, Celli) — qu'aucun de ces anophèles à peine devenus insectes parfaits, ni aucun des survivants, ne seront susceptibles d'inoculer la malaria printanière.

En effet, pour les premiers, supposé même que les anophèles mères aient commencé à pondre leurs œufs pendant qu'elles se trouvaient encore infectées de paludisme léger, ces œufs, étant exempts de tout microbisme latent, ne peuvent à leur éclosion que donner naissance à des anophèles parfaitement inoffensifs; et pour les seconds, on peut assurer que l'anophèle étant éminemment hématophage a dû, pendant la durée de la saison estivo-automnale, continuellement se gorger du sang de sujets atteints de malaria grave (telles sont ordinairement les formes que l'on rencontre durant cette période), de sorte qu'il a certainement eu le temps de se purger des zygotes, des micro et macrogamètes de la forme printanière, dont il aurait pu, par hasard, se nourrir au printemps en suçant le sang de quelque individu infecté de malaria légère.

Dès lors, à moins d'admettre l'hypothèse qu'une espèce d'hématozoaire puisse, dans l'intestin du diptère, sous l'influence des conditions du milieu où il se trouve, se transformer en un autre hématozoaire tout différent par sa forme et ses aptitudes, ou d'attribuer à l'émigration des anophèles le transport de l'infection légère, d'un endroit où il n'existe que des formes printanières dans des zones malarigènes où l'on rencontre tous les cas protéiformes de malaria grave — ce qui serait absurde, car si la malaria est autochtone, l'anophèle doit conséquemment l'être également —, comment expliquer les formes printanières que l'on observe invariablement, et dans toutes les zones malarigènes, durant les mois d'avril, mai et juin?

Où les anophèles prendront-ils l'hématozoaire de la malaria bénigne, s'ils ne l'ont pas hérité de l'œuf, s'ils ne l'ont pas conservé de la saison malarigène précédente, s'ils n'ont pu le puiser dans le sang des individus qui ont subi une rechute, puisque ce sang n'aurait pu contenir que l'hématozoaire de la forme grave, c'est-à-dire de la forme estivo-automnale?

Des objections analogues peuvent être soulevées à propos de la fièvre quarte, qui, dans nos contrées, attaque, il est vrai, un moins grand nombre d'individus, mais se manifeste dans la dernière période de la saison épidémique, et par conséquent beaucoup plus près de la période épidémique suivante, tout en se montrant plus rebelle au remède spécifique, et qui présente des rechutes se prolongeant pendant des mois et même des années.

Voilà donc deux cas — fièvre printanière, fièvre quarte — où la théorie de M. Grassi se trouve en défaut. Mais je n'insisterai pas davantage sur ce point, ayant hâte d'en arriver à l'exposé des faits cliniques et épidémiologiques que j'ai pu observer par moi-même.

II

Au cours de la dernière saison malarique, j'ai visité, en Calabre, les plus importantes zones infectées des deux provinces de Catanzaro et de Cosenza, qui, sur un total de 303 communes, en comptent 225 où règne le paludisme (1).

(1) Inchiesta generale sanitaria 1899. Cartogrammi della malaria conservati negli uffici sanitari provinciali di Catanzaro e Cosenza.

Or, des investigations que j'ai faites à cette occasion, résulte à l'évidence cette première conclusion, qu'il *existe des localités malariques où l'on ne rencontre pas le moindre Anopheles*.

En voici quelques exemples :

A « Belmonte-Calabro », les deux bourgades Salice et Spineto se trouvent situées presque en regard l'une de l'autre, sur les flancs d'une vallée au fond de laquelle roule le torrent Vere. Les indigènes de ces deux bourgades sont pour la plupart sujets à la malaria à l'époque de la macération du lin. Cette macération, qui n'a aucun but industriel, se limite à la quantité nécessaire aux besoins domestiques des habitants; c'est dire qu'elle est tout à fait restreinte.

Comme la disposition des lieux empêche d'employer la méthode de macération dite *à eau courante*, on est obligé de recourir à la méthode de la *chambre morte*, qui consiste à creuser des fosses sur les flancs de la colline, un peu au-dessus du niveau du torrent, afin d'y puiser l'eau nécessaire à la macération de la plante; celle-ci dure de dix-huit à vingt-sept jours, par périodes de neuf jours chacune.

Malgré les recherches les plus minutieuses, il m'a été impossible d'apercevoir *un seul* anophèle, bien que, surtout dans les derniers jours de la macération, les fosses fussent pour ainsi dire enveloppées d'un nuage de moustiques, insectes qui se trouvent toujours, en été, sur la surface des eaux dormantes.

Les eaux de macération ne sont pas favorables à la vie de l'anophèle, et, dans le cas qui nous occupe, il n'y a même pas à supposer que, la macération une fois terminée, ces mêmes fosses, en se remplissant d'eau pluviale, puissent fournir un milieu favorable à l'existence de ce diptère : à peine la macération du lin (qui dure du 20 juillet au 15 août) est-elle terminée, que toutes les fosses sont comblées de terre sur laquelle le paysan sèmera en temps opportun une poignée de seigle.

Eh bien, j'ai pu constater que les femmes, qui s'occupent à peu près seules de la macération du lin, prennent presque toutes des malaria à forme grave, résistant aux sels de quinine et facilement récidivantes. C'est même là une cause de lourds sacrifices d'argent pour ces familles dont les chefs sont pour la plupart encore en proie à l'anémie consécutive aux fièvres qu'ils ont contractées le mois précédent dans la vallée de Cosenza, où presque tous se rendent à l'époque de la moisson.

Il n'est pas à supposer que ces femmes soient infectées par la piqûre des anophèles que leurs maris auraient pu transporter dans leurs habits, leur barbe ou le maigre fagot qu'ils rapportent à leur retour de la vallée de Cosenza, car alors la malaria devrait spécialement atteindre les enfants; or, ceux-ci en sont tous indemnes, et pourquoi? parce qu'ils n'accompagnent jamais leurs mères aux fosses de macération.

Durant les trois années de mon séjour dans cette commune, j'ai pu constater absolument les mêmes faits dans les localités de Piana et de Regastili, où la malaria ne frappait que ceux qui avaient creusé les fosses destinées à la macération du lin trop près de leur habitation.

Sans sortir de la commune de Belmonte, j'ai fait des observations analogues dans la localité dite « la Marina ». L'irrigation temporaire des terrains à maïs, qui sont ensuite ensemencés à pâturages, ne rend pas le sol marécageux et ne laisse aucune flaque d'eau, car les eaux d'irrigation sont canalisées et distribuées à tour de rôle aux cultivateurs, au fur et à mesure des besoins. Il résulte de ce système que, grâce à la siccité maintenue par la chaleur du climat, la terre absorbe l'eau qui lui est nécessaire pour conserver une certaine fraîcheur durant deux ou trois jours, après quoi on recommence à irriguer.

On ne rencontre aucun anophèle dans cette

région où, comme je viens de le dire, le terrain est sec et parfaitement exempt de flaques d'eau. Et bien, j'ai eu à soigner des cas très graves de fièvre tierce, de fièvre subcontinue rémittente, et de nombreuses variétés de formes larvées. Les premières victimes se sont toujours trouvées parmi les cultivateurs qui, pour garder leurs récoltes pendant la nuit, dormaient dans une espèce de loge faite de chaume et plantée sur quatre perches à 2 m. 50 ou 3 mètres du sol, et parmi ceux qui, à cause des exigences du service des eaux, étaient forcés d'irriguer leurs champs ou de très bonne heure le matin, ou dans les dernières heures du jour.

Au pied du haut terre-plein sur lequel se trouve la station de Belmonte, et du côté de la mer, existent des fosses de déblais qui n'ont pas été comblées; or, pendant l'hiver, deux petits torrents, qui ne peuvent s'écouler à la mer dont le niveau est supérieur au leur, inondent ces endroits, et y forment des mares éparses deci de-là; ces mares, grâce au soleil de juin, se dessèchent complètement, laissant à découvert leur fond limoneux et sillonné de crevasses.

Dans l'été de 1899 et pendant la saison balnéaire, plusieurs familles de Belmonte descendirent à « la Marina » pour le bain, et le soir, désireuses d'un peu de fraîcheur, elles s'asseyaient tantôt sur la plage et tantôt auprès d'un petit tunnel de dégagement, à une trentaine de mètres de l'endroit où, deux mois auparavant, se trouvaient les flaques d'eau dont je viens de parler; or, une des dames faisant partie de cette société, ainsi qu'un de ses petits garçons, prirent la malaria, et je puis certifier que ni la mère ni l'enfant n'avaient ressenti la moindre piqûre d'anophèle et que je n'en ai pu moi-même découvrir la moindre trace.

La même année, aux mois de juillet et d'août, j'avais prescrit à quelques malades souffrant d'arthrite la cure des bains de sable, qu'ils devaient faire durant l'après-midi sur cette même plage, et à l'heure où la température du sable atteint son maximum. Les résultats obtenus contre l'arthrite furent on ne peut plus satisfaisants, mais plusieurs des patients contractèrent les fièvres. Aucun d'eux n'eut une piqûre d'anophèle, ce qui d'ailleurs n'est pas surprenant, étant donnée l'heure à laquelle ils prenaient leur bain : on connaît les habitudes sybaritiques de l'anophèle qui à ce moment — supposé qu'il existât dans la région — aurait tranquillement fait sa sieste à l'ombre de quelque feuille d'eucalyptus.

A Spilinga, pays situé sur le versant du Monte-Poro, à 457 mètres au-dessus du niveau de la mer, j'ai eu à constater le 26 avril 1901, chez un enfant de sept ans, un cas grave de fièvre pernicieuse, absolument confirmé par l'examen hématoscopique. Ce garçon n'avait jamais souffert de malaria, et avait toujours joui d'une bonne santé. Quelques jours auparavant, son père l'avait emmené avec lui, de bon matin, à une de ses propriétés qui se trouve située sur le plateau de Monte-Poro, à proximité de terrains marécageux (600 m. d'altitude), où il avait dû respirer un air humide et saturé d'exhalaisons. Le 24 avril, le petit malade ressentit un léger malaise qui se dissipa au bout de quelques heures, puis se renouvela le lendemain et eut la même issue. Le 26, il eut des frissons intenses et fréquents, auxquels succéda une augmentation thermique qui atteignit 41°6, accompagnée de graves symptômes nerveux; je procédai à l'examen hématoscopique, qui me fit constater la présence d'un grand nombre de *Laverania* et d'*Amœba præcox* à leurs différentes phases de développement; je fis alors en une seule fois une injection de 1 gr. 50 centigr. de bichlorure de quinine, qui mit le petit malade hors de péril.

Qui avait procuré la malaria à cet enfant? Aucune personne de sa famille, aucun de ceux qui habitaient la même maison, n'étaient affectés de paludisme; j'ai fouillé dans les plus petits recoins de l'habitation, tant pendant le jour que pendant la nuit, à la recherche de l'anophèle, mais inutilement! Je me suis rendu tout exprès sur les lieux où ce garçon avait été conduit par son père peu de jours auparavant, et après les plus minutieuses recherches je n'ai pu rencontrer aucune espèce de diptère.

Cotrone, la patrie du célèbre Milon, est également connue comme un pays malarique. Cette triste renommée n'est pas tout à fait justifiée, car la ville proprement dite est exempte de ce fléau, et l'on peut parfaitement y vivre longuement et sans crainte du paludisme.

Il n'en est pas de même pour ceux qui habitent sur les bords du Neto dont les eaux, courant sans aucun frein sur un lit d'une pente assez marquée, débordent souvent et, inondant les terrains environnants, les transforment en marécages couverts de roseaux et de bruyères. Ici, la malaria règne en souveraine et on la rencontre sous les formes les plus graves. On peut en dire autant pour les endroits où l'Esaro a ses eaux quasi stagnantes, comme elles le sont à proximité de la station du chemin de fer, qui, par suite de ce voisinage, est devenue un foyer d'infection. Il suffit de passer quelques jours — ou quelques heures de nuit — dans ces parages, pour contracter les fièvres.

Le personnel de la station est presque en entier frappé de paludisme, qui se manifeste sous les formes les plus pernicieuses, y compris l'hémoglobinurique. Dans la ville, au contraire, on n'observe que quelques cas isolés, chez des individus qui ont été obligés de voyager la nuit dans ces lieux infectés, ou chez quelques cultivateurs qui, ayant leurs champs dans cette région, sont obligés de s'y rendre *de bon matin* et de se retirer *un peu tard le soir*.

Les habitants des maisons situées sur le trajet qui va de la station à la ville, en traversant l'Esaro, sont aussi sujets à l'infection.

J'ai parcouru toute cette région en compagnie de mon confrère M. R. Candela, dont les précieuses informations m'ont énormément aidé dans mes explorations, et nous avons pu constater ensemble de nombreux cas et de nombreuses variétés de paludisme.

Entre autres, je crois devoir citer celui d'une famille entière devenue la proie de la malaria et dont quelques membres étaient déjà cachectiques, avec une énorme tumeur de la rate occupant presque toute la cavité abdominale. Nous avons recherché, mon confrère et moi, avec la plus scrupuleuse attention, la présence de l'anophèle non seulement dans cette habitation, mais encore dans toutes celles qui se trouvent sur les rives de l'Esaro, ainsi que dans les locaux de la station; nous poursuivîmes nos recherches pendant le long séjour que nous fîmes dans cette région, et cela aussi bien la nuit que le jour : il nous a été impossible de rencontrer un seul anophèle ! Et M. Candela m'apprit que, depuis longtemps déjà, il avait entrepris avec le concours d'autres jeunes médecins du pays la chasse à l'anophèle, aussi bien en ville que dans les localités où l'on peut considérer la malaria comme endémique; qu'ils avaient constaté la présence d'une foule de diptères de diverses espèces, mais pas un seul anophèle.

M. le docteur Martirano, envoyé par la « Société pour l'étude de la malaria en Italie », et qui avait déjà visité un grand nombre de régions malariques de la Calabre, ne fut pas plus heureux, et même cette absence totale de l'agent incriminé, l'anophèle, précisément dans des localités reconnues comme parmi les plus infectées de la Calabre, l'avait fort étonné, car, partisan convaincu de la théorie de M. Grassi, il était loin de s'attendre à un pareil résultat.

La station de Grisolia Cipollina est classée comme zone malarique de première catégorie. Un employé y fut envoyé en remplacement du chef de gare, du 4 au 16 septembre. Mis sur le qui-vive par le bruit que l'on avait fait autour de l'anophèle, et convaincu qu'il fallait coûte que coûte se préserver de la piqûre de cet insecte, il prit les plus grandes précautions pour s'en garantir. Il eut néanmoins une fièvre tierce qui céda à l'action de 3 grammes de quinine; il garantit n'avoir pas ressenti la moindre piqûre.

Un journalier y contracta également des fièvres qui durèrent longtemps, et lui aussi affirme qu'il n'a jamais été piqué et n'a jamais vu d'anophèle.

III

Voici donc un premier groupe de faits fort impressionnants, puisqu'il s'agit de localités profondément infectées de paludisme et où il est impossible de découvrir le moindre *Anopheles*. Les observations que je vais relater maintenant ne sont pas moins concluantes : elles concernent des pays *où l'anophèle existe, où l'on constate aussi des cas de malaria, et où cependant l'infection ne se propage pas*, ne prend nullement l'allure épidémique.

A la station de Marcellinara, sur la ligne Santa Eufemia-Catanzaro, j'ai pu trouver des anophèles adultes dans les bureaux de la gare, ainsi que des larves et des œufs de ce diptère dans les petits étangs disséminés de-ci et de-là et provenant des débordements des eaux de la Fiumarella. Tout le personnel de la station était exempt de fièvres; et, bien que la femme du chef de gare fût paludéenne depuis quelques mois, les moustiques n'étaient parvenus à communiquer l'infection ni à son mari, ni à aucun de ses cinq petits enfants.

Santa Venere est depuis peu devenu le siège d'une station de chemin de fer classée comme malarique de seconde catégorie. C'était, avec Porto Salvo et Bivona, l'unique région malarique de tout le vaste territoire de Monteleone di Calabria, à cause d'un étang appelé « Maricello di Bivona », qui s'était formé sur les lieux où, suivant les historiens, s'élevait autrefois le fameux temple de Proserpine.

Les progrès de l'agriculture, la construction de la ligne du chemin de fer, la transformation progressive de ces bourbiers et de ces terrains marécageux en fertiles jardins, avaient eu pour résultat le dessèchement de l'étang et la disparition de la malaria, si bien que la localité s'était transformée petit à petit en une station balnéaire fort fréquentée. Mais les tranchées de déblais ouvertes pour la construction de la ligne, et comme partout restées sans recomblement, l'irrationnelle et mauvaise construction de la route donnant accès à la station, et s'opposant au libre écoulement des eaux provenant des petits torrents qui sillonnent cette plage, déterminèrent bientôt la formation de mares et de flaques d'eaux dormantes qui ne se desséchaient qu'au moment des grandes chaleurs; la malaria ne tarda pas à reparaître et naturellement mit en fuite la petite colonie des baigneurs.

On rencontre en abondance dans cette région le genre *Culex*, et les anophèles n'y manquent pas, quoique en moindre quantité. Voici le résultat de mes investigations :

Le service de nuit à la gare est réparti entre 3 employés; 2 d'entre eux seulement eurent des fièvres (à forme grave) et pourtant tous trois couchaient tour à tour dans la même chambre, et employaient une fois rentrés les mêmes précautions d'isolement en fermant portes et fenêtres; chose digne de remarque, l'employé qui resta indemne me montrait le matin sa figure et ses mains couvertes de piqûres de moustiques; comment se fait-il que, quoique portant plus que les deux autres les marques de la tendresse du diptère, anophèle ou autre, il fût le seul à ne pas avoir la malaria ? Tout simplement parce que, son service le lui permettant, il avait la précaution de rentrer dans sa chambre à la chute du jour, tandis que

ses deux camarades restaient volontiers le soir à prendre le frais sur la place de la station.

Le chef de gare y a perdu sa femme d'une fièvre pernicieuse, et toutefois il n'a lui-même jamais ressenti aucune atteinte de malaria pendant sa longue résidence. De tous les employés formant le personnel effectif, il y en avait un qui souffrait de fièvres contractées à la station de Santa Eufemia-bifurcation; tous les autres étaient en bonne santé, de même que les 7 enfants du nouveau chef de gare, qui l'année précédente avait dû quitter la station de Guardavalle-sur-l'Ionio, où toute sa famille et lui-même avaient pris les fièvres sans avoir jamais vu ni entendu aucun anophèle.

Comment se fait-il qu'à cette station de Santa Venere, où se trouvaient l'anophèle et le malarique, personne n'ait souffert de malaria, pas même les enfants du chef de gare, bien que tous demeurassent ensemble? Devons-nous, pour expliquer le fait, invoquer la dernière théorie de M. Celli (1) qui, après avoir proclamé que « étant donnée la présence de l'anophèle et d'un malarique, l'épidémie malarique est bel et bien constituée, quand bien même la localité eût été jusqu'à ce jour déclarée comme exempte de malaria », se trouva en présence d'un cas semblable à celui que je viens de signaler, dans une région paludéenne de la Toscane, et dut reconnaître que « il y a des localités palustres sans propagation de malaria, malgré la présence des anophèles et d'individus malariques nouvellement venus, et malgré la constatation de cas sporadiques de malaria »?

La vaste étendue de terrains sablonneux qui s'étend du cap Suvero à l'embouchure de l'Angitola fut de tout temps considérée comme malarique, et en particulier la contrée appelée Angelliti où l'on a établi l'importante station de Santa Eufemia-bifurcation qui se trouve située entre les fleuves Amato (2) et dei Bagni, la rivière Sambiase et le cours d'eau Amatello.

On a appliqué à cette station, à titre d'expérimentation, le système de prophylaxie mécanique de M. Grassi; toutes les portes et les fenêtres des logements et des bureaux furent munis de grillages destinés à empêcher l'introduction des moustiques. Les travaux d'installation commencés en septembre furent terminés à la fin d'octobre. Suivons maintenant l'épidémie dans son cours, afin d'apprécier les résultats obtenus par la nouvelle prophylaxie à base de grillages.

Le personnel effectif de cette station se compose de 23 employés. Les premiers cas de paludisme se manifestèrent du 15 au 30 mai chez 5 d'entre eux; 3 se rétablirent promptement avec les sels de quinine; pour les 2 autres, la fièvre continua jusqu'à la première quinzaine de juin, en même temps que survenait 1 cas nouveau. Toutefois, cette forme légère disparaît bientôt, et du 15 au 30 juin, il n'y a aucun malade dans tout le personnel.

Du 1er au 15 juillet, la fièvre reprend un des convalescents et nous avons un nouveau malade. Ils sont bientôt guéris par la quinine.

Du 15 juillet au 7 août, on compte 4 nouveaux cas (malaria grave); du 15 au 30 août, 3 de ces malades se rétablissent, mais nous avons un nouvel infecté qui garde les fièvres tout le mois de septembre; dans ce même mois, on compte 2 récidives et un nouvel attaqué; en octobre, 2 cas nouveaux.

En novembre et décembre, *après l'installation des grillages*, et *malgré la prophylaxie médicamenteuse* instituée depuis un mois par M. le docteur Blessich (distributions *larga manu* de quinine et de préparations arsenicales), le nombre des malades s'éleva à **13** sur **23**!

(1) A. Celli et G. Gasperini. Paludismo senza malaria. (*Policlinico*, 17 août 1901.)

(2) Ce fleuve est sujet à de fréquents débordements, qui inondent à chaque fois une vaste étendue de terrains.

Je ne crois pas inutile de reporter dans un petit tableau synoptique la marche de cette épidémie :

Du 15 au 31 mai...........	5 cas,	soit	21.73 %
Du 1er au 15 juin..........	3 —	—	13.04 —
Du 16 au 30 juin..........	0 —		
Du 1er au 15 juillet.......	2 —	—	8.69 —
Du 16 juillet au 15 août..	4 —	—	17.39 —
Du 16 au 31 août..........	2 —	—	8.69 —
Du 1er au 30 septembre (1)	4 —	—	17.39 —
Du 1er au 31 octobre... (2)	2 —	—	8.69 —
Du 1er nov. au 31 déc.. (2)	13 —	—	56.51 —

Quant aux familles des employés, qui demeurent toutes dans un grand établissement appelé « il Palazzotto », pourvu, comme la station, de grillages aux portes et aux fenêtres, *tous, femmes et enfants, eurent les fièvres.*

Toute la contrée qui environne la station de Sibari (sur la ligne de Sibari à Cosenza) possède la triste renommée d'être un des plus terribles centres de paludisme à forme grave, et la station du chemin de fer est le point où la malaria a sa plus grande intensité. On observe les variétés les plus sévères de fièvres palustres parmi les paysans qui sont obligés de vivre dans ces parages et parmi les employés du chemin de fer habitant le long de la ligne, qui côtoie le fleuve Crati sur la plus grande partie de son parcours.

Il est à remarquer que, depuis que la station de Sibari a été pourvue d'eau potable de bonne qualité, le nombre des malades a de beaucoup diminué, bien que toutes les variétés de diptères y soient abondamment représentées.

Durant cette dernière saison malarique, je suis retourné quatre fois dans cette région, soit avant, soit après l'installation des grillages. Il suffisait de demeurer quelques minutes dans les cabinets d'aisances pour voir voltiger des myriades de moustiques. J'en ai capturé des centaines et j'ai pu constater que, si la majorité appartenait à l'espèce *Culex pipiens*, le genre anophèle n'en représentait pas moins 36 % environ du total.

J'ai trouvé également des anophèles dans les bureaux de la station, en dépit des grillages établis aux portes et aux fenêtres; je dois ajouter que les employés, n'ayant aucune confiance dans ce moyen de protection, en étaient arrivés, pour n'avoir pas la peine d'ouvrir et de refermer le châssis chaque fois qu'ils devaient entrer ou sortir, à l'attacher tout simplement avec une corde à l'un des battants de la porte, afin d'éviter qu'il ne se refermât de lui-même. Quoi qu'il en soit, le nombre des malariques était très restreint, et certes ce fait n'était pas attribuable à la protection des grillages.

IV

J'ai réservé pour la fin les observations que j'ai pu faire à Cetraro, bien que cette localité, en bonne règle, dût être classée parmi celles que j'ai étudiées dans le chapitre II : il s'agit, en effet, d'un pays où a sévi une épidémie malarique extrêmement violente (3), et où cependant les *Anopheles* n'ont pu être trouvés qu'en très faible proportion. Mais les documents que j'ai recueillis en ce point m'ont paru mériter, en raison de leur importance, une mention spéciale.

Cetraro est une commune de l'arrondissement de Paola, dans la province de Cosenza. Cette ville, pourvue de larges et belles rues, d'habitations confortables et d'une excellente eau potable en abondance, se trouve sur la ligne Paola-Belvedere, au sommet d'une agréable colline de 76 mètres de hauteur, à faible distance de la mer. Le terrain sur lequel elle est située est formé d'alluvion; il est couvert d'une végétation qui devient luxuriante au pied de la colline où s'étend une vaste et fertile plaine, exposée au sud-ouest et arrosée par le fleuve Aron, dont les eaux ont de tout temps été employées pour l'irrigation.

(1) Commencement de l'installation des châssis protecteurs.

(2) Les châssis protecteurs sont installés; on fait aussi la prophylaxie médicamenteuse.

(3) Cette épidémie a eu un écho à la Chambre des députés; le gouvernement se tira d'affaire en rendant hommage à l'administration municipale et en envoyant quelques kilogrammes de quinine.

La population de la commune est, d'après le dernier recensement (9 février 1901), de 8,050 âmes dont 3,050 à Cetraro même, 945 à la bourgade de San Angelo, 245 à celle de Difesa et 3,810 dans des habitations disséminées.

Les années précédentes, il y avait toujours eu un certain nombre de cas de malaria, mais seulement chez les individus qui cultivaient les terrains irrigués de la plaine; plus rarement on en constatait dans les maisons éparses sur les hauteurs et dans les deux bourgades de San Angelo et de Difesa; quant à Cetraro même, on n'y rencontrait comme paludéens que quelques convalescents qui y venaient de la plaine pour changer d'air.

Cette année, au contraire, la malaria s'est manifestée non seulement sur la plage et dans la plaine, mais elle s'est également propagée avec une rapidité foudroyante dans le pays, de telle sorte qu'en un mois environ (des derniers jours de juin à la fin de juillet) on a compté plus de *1,000* cas de malaria; et, au fur et à mesure que l'infection se propageait, elle augmentait aussi de virulence. Dès la seconde moitié du mois d'août, il y avait plus de *2,000* malades sur *3,000* habitants, en même temps que les formes printanières étaient prématurément, je dirai même soudainement, remplacées par les formes estivo-automnales; l'examen hématoscopique fait sur des centaines de malades a chez tous dénoté la présence des *Laverania* et des *Amœba precox* et *vivax*, seules ou associées. L'épidémie ne tarda pas à se propager également dans les deux bourgades et dans la campagne, et au 15 septembre on comptait pour toute la commune plus de *3,000* malariques.

J'ai dit que cette pandémie avait présenté un caractère de virulence extraordinaire; elle fut effectivement très grave par ses formes et par ses conséquences.

A la fin d'août, on put observer le premier cas de pernicieuse apoplectique. A partir de ce jour, les exemples de fièvres malignes se présentèrent avec une fréquence toujours croissante : du 1er juillet au 31 octobre on enregistra 64 décès par pernicieuse; 17 autres décès de même cause furent déclarés au mois de novembre.

La pernicieuse revêtit des formes étranges et que l'on n'avait jamais eu occasion d'observer dans ces contrées : 2 cas de la variété tétanique suivis de mort, l'un moins de deux heures après l'accès, l'autre au bout de huit heures; 1 cas de forme hydrophobique, à laquelle succéda la forme biliaire, qui en vingt-quatre heures emporta une jeune fille de dix-huit ans; enfin, dans les derniers jours du mois d'octobre, au moment des premiers froids, on eut à constater — comme d'ailleurs il arrive ordinairement — les premiers cas de pernicieuse ictéro-hématurique.

Dans la seconde quinzaine de décembre, il n'y eut plus de nouveaux cas d'infection, mais on nota un grand nombre de rechutes.

Si l'anophèle était, comme le prétendent M. Grassi et ses élèves, le seul et unique agent malarigène, on aurait dû trouver à Cetraro, durant la dernière saison estivo-automnale, une grande quantité de ces diptères. Or, on a pu rencontrer le *Culex pipiens* en assez grand nombre, mais en fait d'anophèle, après avoir fait les recherches les plus diligentes, on put à peine en découvrir quelques-uns à la gare et dans la plaine environnante; mais pas plus à Cetraro même que dans la haute campagne, qu'à San Angelo et qu'à Difesa, *on n'en vit aucune trace!*

M. Martirano ne fut guère plus heureux à Cetraro qu'il ne l'avait été à Cotrone. Il se trouvait à Cetraro quelques jours avant moi et au

moment où la pandémie touchait au maximum de sa période ascendante. Après avoir examiné le sang d'un grand nombre de malades et s'être bien convaincu qu'il s'agissait de malaria à forme grave, il se mit, en compagnie des médecins sanitaires de l'endroit, et pendant plusieurs jours, à rechercher par monts et par vaux et sur toute l'étendue du territoire le fameux anophèle; le résultat de tant de peines fut la capture de *vingt et un* anophèles qui, disséqués et observés par lui au microscope de la façon la plus scrupuleuse, furent tous (ainsi qu'il l'écrivit lui-même au docteur Panfili) *trouvés indemnes de malaria!*

Comment expliquer que, dans un centre malarique tel que l'était Cetraro dans cette dernière saison, on n'ait pu rencontrer qu'un nombre d'agents propagateurs aussi restreint et aussi peu en rapport avec l'intensité et le nombre des malariques, et surtout que ces quelques anophèles aient été *reconnus exempts de malaria?* Il est cependant probable que, hématophages comme le sont ces diptères, ils ont bien dû sucer le sang de quelque malade. Pour pouvoir donner une raison de leur immunité, il faut admettre, ou que les micro et les macrogamètes absorbés avec le sang des malariques n'avaient pu s'accoupler dans l'intestin de ces vingt et un anophèles; ou bien que ceux-ci, à l'instant où ils furent pris, avaient déjà eu le temps de se libérer de la malaria; ou bien encore que ces anophèles, ne ressemblant guère en cela à ceux de la campagne romaine, étaient doués d'un instinct si clairvoyant — on pourrait dire de tant d'intelligence — qu'ils étaient arrivés, à force d'études et de recherches, à savoir trouver, par un long et difficile travail de sélection, les individus non infectés de Cetraro, et à demander à eux seuls leur nourriture quotidienne!

Mais laissons ces raisonnements « pour rire ». Il n'en reste pas moins que l'absence presque totale des anophèles à Cetraro, au milieu de tant de milliers de malades, et l'immunité de ceux qui y furent trouvés, doivent faire supposer l'existence d'un autre facteur malarique. Et si, après tant d'études, on n'est pas arrivé à connaître ce ou ces autres facteurs, cela n'autorise pas à en nier la réalité. De ce que l'on n'a pu encore isoler les agents spécifiques figurés des maladies de la peau, ou le virus d'autres affections, oserait-on conclure que la scarlatine, la rougeole, la parotidite épidémique, l'hydrophobie, la syphilis, etc., etc., ne soient respectivement des maladies infectieuses, contagieuses, diffusibles, transmissibles, héréditaires?

V

Quelles conclusions devons-nous tirer de ces faits? Faut-il dénier à l'*Anopheles* tout rôle dans la transmission du paludisme? Nous ne le croyons pas. Ce contre quoi nous nous élevons, c'est l'exclusivisme qui tend à considérer ce diptère comme le seul agent de propagation de la malaria. Ce que peut faire l'anophèle, pourquoi le *Culex pipiens*, par exemple, serait-il incapable de le réaliser? Il est vrai qu'on n'a pu retrouver dans l'intestin ni les glandes salivaires de ce dernier l'ovoïde et le spermoïde de l'hématozoaire, non plus que les zygotes, produits de leur accouplement. Mais ne savons-nous pas qu'il n'est pas nécessaire que l'hématozoaire — différant en cela du cysticerque du tænia — passe à travers le corps d'un autre être pour se développer, se reproduire et donner la malaria?

Une infinité d'expériences instituées d'abord par M. Gerhardt, immédiatement répétées par MM. Baccelli, Tommaso-Crudeli, Celli, Angelini, Calandruccio, etc., démontrent qu'en injectant quelques gouttes du sang d'un malarique à un individu sain on voit bientôt se reproduire chez celui-ci le type de fièvre du premier. M. Celli enseigne qu'« il suffit d'une dose minime, beaucoup moindre qu'une goutte, il suffit même de piquer avec la seringue de Pravaz simplement teinte de sang pour voir se reproduire non seulement la fièvre, mais encore le type fébrile et l'espèce d'hémosporidie qui caractérisent l'infection inoculée » (1).

Si tout cela est vrai, et personne n'en doute, pourquoi la trompe du moustique vulgaire ne produirait-elle pas le même effet que l'aiguille de Pravaz? Comme celle-ci, la trompe du *Culex* qui pénètre dans les chairs d'un malarique peut rester souillée de sang contenant des hémosporidies, et inoculer l'infection à l'individu qu'elle piquera ensuite.

En somme, de nos recherches, il résulte deux faits essentiels, à savoir : 1° que le paludisme existe dans des localités absolument indemnes d'anophèles, et, 2° que la coexistence de ces diptères et de sujets infectés n'implique pas nécessairement la diffusion de la maladie. Que l'*Anopheles*, comme le *Culex* — et sans doute beaucoup d'autres insectes — puisse jouer un rôle dans la transmission du paludisme, c'est au moins probable. Mais nous estimons que c'est à bien d'autres causes encore, notamment aux exhalaisons des eaux de macération, à l'air imprégné d'humidité (surtout le matin et dans les dernières heures du jour), qu'il faut attribuer la propagation de l'infection, sans perdre jamais de vue le *sol*, celui-ci devant être considéré comme le vrai domicile de l'hématozoaire.

Aussi, pour se mettre, autant que faire se peut, à l'abri du paludisme, s'il est bon de se garantir, dans les lieux à malaria et durant la saison épidémique, des piqûres de l'anophèle, il est plus essentiel encore, à notre avis, d'éviter de voir le soleil se lever et se coucher, de ne pas négliger l'usage des sels de quinine et de suivre les règles de l'hygiène générale.

Dr G. Montoro de Francesco
(de Monteleone di Calabria).

(1) A. Celli. La malaria secondo le nuove ricerche. 2e éd., p. 41. Rome, 1900.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai 1902.

Sur les accidents de la chloroformisation.

M. Laborde rappelle, à propos de la récente discussion sur la chloroformisation, que les vapeurs chloroformiques sont susceptibles, par leur action irritante sur les expansions nerveuses de la muqueuse naso-pharyngée, de déterminer un arrêt brusque du cœur et de la respiration, et que cet accident se produit d'autant plus facilement que le sujet soumis à l'anesthésie est doué d'une plus grande hyperexcitabilité nerveuse.

Pour prévenir autant que possible cette cause de mort, qui est toujours imminente lorsqu'on approche du nez d'un malade une compresse imbibée de chloroforme, il faut donc diminuer l'hyperexcitabilité des expansions terminales du trijumeau.

Le moyen qui remplit le mieux ce but, d'après l'orateur, consiste à pratiquer préventivement, à tout individu qui doit être chloroformisé, une injection de 1 c.c. de la solution suivante : chlorhydrate de morphine, 0 gr. 10 centigr.; sulfate d'atropine, 0 gr. 01 centigr.; sulfate de spartéine, 1 gramme; eau distillée, 10 c.c.

Le badigeonnage de la muqueuse nasale et de la région pharyngo-glottique avec une solution de cocaïne concentrée peut également être utilisé avec avantage pour supprimer la sensibilité de ces régions.

On devra enfin avoir soin de maintenir, pendant toute la durée de la chloroformisation, la langue hors de la bouche au moyen d'une pince spéciale : on évite ainsi, d'une part, que cet organe, en retombant sur l'orifice glottique, ne provoque l'asphyxie, et de l'autre on se trouve, en cas d'alerte, dans les conditions les plus favorables pour réaliser les tractions rythmées.

Autoplastie du nez.

M. Berger présente un enfant chez lequel il a pratiqué une autoplastie du nez par la méthode italienne. Toutes les parties molles de cet organe avaient été détruites par une morsure de cheval, mais le squelette était intact; l'opération a été exécutée en deux temps, à un mois d'intervalle. La restauration des parties molles (ailes du nez, lobule et cloison) est aujourd'hui complète.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1902.

Des appendicites gangreneuses.

M. Quénu. — Il faut distinguer parmi les appendicites gangreneuses, au point de vue clinique, celles qui sont primitivement gangreneuses et celles qui le sont secondairement. Même lorsque ces appendicites sont tout à fait enkystées, leur pronostic est extrêmement grave : je puis vous citer un cas de ce genre, où la mort est survenue par septicémie malgré l'ouverture et le drainage larges d'un abcès parfaitement circonscrit, que j'avais soigneusement lavé avec de l'eau oxygénée; à l'autopsie, on trouva des ganglions qui renfermaient du pus putride, absolument semblable à celui de l'abcès que j'avais ouvert.

Je n'ai observé qu'un seul cas d'appendicite primitivement gangreneuse. Il s'agissait d'un enfant de sept ans, qui avait eu déjà des accidents appendiculaires quelques mois auparavant; il fut pris brusquement, pendant la nuit, d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, avec une température de 38°. Ayant constaté que, en dehors du point de McBurney, il existait de la douleur à la pression au voisinage de la ligne médiane, et même dans le flanc gauche, je décidai une intervention immédiate qui fut faite le jour même du début de la crise. L'appendice enlevé contenait un liquide d'odeur putride et présentait une plaque de lymphangite gangreneuse, au niveau de laquelle la muqueuse était presque entièrement nécrosée.

Comme M. Jalaguier, je crois que la douleur localisée au point de McBurney doit correspondre, non pas à l'appendice, mais aux ganglions lymphatiques de l'angle iléo-cæcal. C'est, en effet, la seule explication qu'on puisse fournir au sujet de la fixité du point douloureux de McBurney, qui contraste singulièrement avec la variabilité de position de l'appendice. La diffusion des produits toxiques dans les ganglions, se traduisant par la multiplicité des points douloureux dès le début des accidents, me paraît devoir nous donner la mesure de la gravité de l'appendicite. C'est ainsi que, dimanche dernier, j'ai eu l'occasion d'opérer un malade pour lequel j'avais fait le diagnostic d'appendicite gangreneuse, non seulement en raison de la gravité de l'état général, mais aussi à cause de la diffusion de la douleur sur la ligne médiane et du côté gauche.

Je pense donc que, grâce à une étude attentive de la douleur à la pression, il est possible de faire, dès le début, le diagnostic des formes gangreneuses de l'appendicite et de pratiquer l'intervention précoce, nécessaire en pareil cas.

Division congénitale de la narine.

M. Kirmisson relate l'observation d'une petite fille de deux ans environ, qui présentait une division congénitale de la narine droite, sans aucune autre malformation de la face. Pour remédier à cette difformité, l'orateur a décollé la narine et a pu ainsi la mobiliser de façon à obtenir un orifice d'aspect normal. Le résultat n'est pas mauvais au point de vue de la reconstitution de la narine, sans être très satisfaisant au point de vue esthétique.

M. Chaput fait une communication sur les indications respectives de la cocaïnisation locale, de la rachicocaïnisation et de l'anesthésie générale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1902.

De l'élimination des phosphates dans les affections aiguës.

M. Achard. — Il résulte des recherches que j'ai poursuivies avec MM. Laubry et Thomas que, dans les maladies aiguës qui s'accompagnent d'une rétention des chlorures, il n'y a pas de parallélisme constant dans la teneur des urines en chlorures et en phosphates.

Il est vrai que chez les asystoliques, sous l'influence de l'amélioration produite par le repos, le lait et la digitale, on peut voir s'élever en même temps le volume de l'urine, le taux des chlorures et celui des phosphates, parce que l'insuffisance de la circulation rénale disparaît. Mais, dans les autres états aigus, la concordance fait généralement défaut. Les décharges phosphatiques sont fréquentes; on en observe souvent avant la crise des chlorures et même, dans la fièvre typhoïde, à une période où l'état général ne s'améliore pas. D'autre part, ces décharges peuvent manquer alors que se produisent des crises thermiques, diurétiques et chloruriques.

Le régime alimentaire influe peut-être sur l'abaissement du taux des phosphates en dehors des décharges. Par contre, il n'est nullement en cause dans les décharges elles-mêmes, celles-ci survenant tout aussi bien avec une alimentation invariable.

L'injection sous-cutanée de glycérophosphate de soude à la dose de 3 grammes, représentant 1 gramme environ d'acide phosphorique, augmente la teneur de l'urine en phosphates chez les sujets sains. Dans les états aigus, elle est ordinairement suivie aussi d'une élévation de ces sels, fait qui n'est pas favorable à l'hypothèse d'une rétention. Mais l'interprétation de ce phénomène est plus difficile pour les phosphates que pour les chlorures, car, pour les premiers, l'abaissement est moins prononcé, les décharges moins élevées, les oscillations plus nombreuses. Aussi l'étude des phosphates paraît-elle offrir moins d'intérêt clinique que celle des chlorures, pour apprécier l'ensemble de la crise qui termine les processus aigus.

Quant à la valeur diagnostique de l'élimination des phosphates, elle nous semble assez douteuse : chez les dothiénentériques, en effet, la moyenne de ces sels, avant toute décharge, peut rester assez élevée (2 grammes, 2 gr. 61 centigrammes), tandis que, dans la tuberculose aiguë avec état typhoïde, elle est parfois assez faible (1 gr. 11 centigr.); ainsi, une phosphaturie exagérée ne caractérise nullement les manifestations tuberculeuses.

Phlébosclérose des veines superficielles des membres.

M. Souques montre, en son nom et au nom de M. Janvier, un homme de quarante ans qui est atteint de tuberculose pulmonaire et qui présente en même temps une induration chronique des veines superficielles des membres. Cette induration porte particulièrement sur les saphènes externes et internes et sur la plupart des troncs veineux superficiels de l'avant-bras et du bras. Les veines des autres parties du corps sont respectées; il n'existe nulle part de dilatations variqueuses.

Les altérations des veines des membres sont survenues insidieusement, sans donner lieu à aucun phénomène douloureux et sans s'accompagner d'œdème. D'après M. Letulle, il s'agit là de lésions différant d'avec celles de la phlébite chronique vulgaire et semblant constituer un type anatomique et clinique spécial, que l'on peut désigner sous le nom de phlébosclérose. Quant à l'étiologie de cette affection, elle est encore très obscure, et l'action des diverses causes auxquelles les auteurs ont voulu l'attribuer (tuberculose, saturnisme, alcoolisme, etc.) est loin d'être élucidée.

M. Vaquez fait remarquer que la phlébosclérose n'intéresse jamais les veines profondes et que, jusqu'à présent, cette affection, qui est le résultat d'un processus inflammatoire chronique d'emblée, ne peut être rattachée à aucune infection déterminée.

De la rétention des chlorures dans les néphrites.

M. Achard. — Comme M. Claude, j'ai étudié, avec M. Lœper, les résultats fournis par l'épreuve de la chlorurie alimentaire chez les sujets atteints de néphrite.

Dans les néphrites aiguës, on observe une rétention des chlorures analogue à celle que j'ai récemment signalée dans les autres maladies aiguës non compliquées de lésions rénales (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 150). Il n'est donc pas nécessaire, pour expliquer l'hypochlorurie qui est généralement très prononcée, d'invoquer ici un trouble éliminateur particulier, créé par la lésion rénale.

En cas de néphrite subaiguë, l'hypochlorurie et la rétention, d'ailleurs variables, sont généralement moindres que dans les néphrites aiguës.

En ce qui concerne enfin les néphrites interstitielles chroniques, la rétention s'observe lorsque surviennent des complications aiguës, et notamment des crises urémiques. En dehors de ces circonstances, le rein peut parfaitement éliminer le chlorure ingéré, à peu près comme chez un sujet sain; néanmoins, il y a souvent hypochlorurie.

Il résulte de ces faits que, dans les néphrites aiguës et chroniques, l'abaissement du taux des chlorures urinaires ne peut être considéré comme un effet direct de l'altération du rein.

M. Maury relate, au nom de M. Galliard et au sien, l'observation d'un malade à l'autopsie duquel on a constaté l'existence d'un noyau cancéreux exactement limité à l'ampoule de Water, adhérent à la tête du pancréas et appartenant à la classe des épithéliomas cylindriques tubulés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 mai 1902.

Le sang dans les diverses formes de la tuberculose expérimentale du cobaye.

MM. Claude et **Zaky.** — Nous avons inoculé le même jour, à 26 cobayes, la même quantité de bacilles tuberculeux sous la peau du ventre. De ces animaux, 21 ont été soumis à divers traitements (lécithine à doses différentes, seule ou associée à la créosote et au sulfate de fer); les 5 autres ont été gardés comme témoins.

Ces derniers étaient tous morts au bout de trois mois, et l'étude de leur sang a montré une diminution progressive des hématies et du taux de l'hémoglobine, ainsi qu'une augmentation rapide du nombre des leucocytes : en ce qui concerne plus particulièrement ceux-ci, la quantité des polynucléaires dépassait 80 %, tandis que les diverses espèces de mononucléaires diminuaient et que les éosinophiles disparaissaient.

Les cobayes traités ont survécu beaucoup plus longtemps; 7 d'entre eux sont vivants et en bonne santé; ceux qui sont morts présentaient, à l'autopsie, des lésions scléreuses des divers organes et des altérations mécaniques (infarctus, hémorrhagies), mais chez tous la tuberculose était entravée dans son évolution.

En outre, chez les animaux traités, le sang offrait des caractères tout autres que chez les témoins.

Le nombre des globules rouges était très augmenté ou n'avait diminué que dans de faibles proportions; il en était de même de l'hémoglobine. La leucocytose était très inférieure à ce qu'on observe dans la tuberculose à évolution rapide; enfin le nombre des polynucléaires n'avait que peu augmenté, et encore les chiffres les plus élevés ont-ils été relevés chez des animaux morts après un traitement très court; tous ceux qui ont eu une longue survie ou qui vivent encore n'ont pas eu en moyenne plus de 60 % de polynucléaires pseudo-éosinophiles; les éosinophiles, au contraire, ont atteint jusqu'à 12 %, surtout dans la période de réaction initiale à l'infection, pour diminuer ensuite; parmi les mononucléaires, les formes de transition et à vacuole protoplasmique ont augmenté dans les cas favorables.

Ces constatations sont à rapprocher de celles qui ont été faites dans la tuberculose humaine.

Origine des vésicules hydatiques filles.

M. Dévé. — Les observations que nous avons poursuivies, tant sur les kystes des animaux que sur ceux de l'homme, nous ont montré que les formations kystiques échinococciques reconnaissent des origines multiples. Elles peuvent naître : 1° d'éléments cellulaires inclus dans la cuticule; 2° de la membrane germinale; 3° des vésicules proligères; 4° d'éléments cellulaires non différenciés, renfermés dans les vésicules proligères; 5° des scolex; 6° des vésicules filles préexistantes, par affaissement et accolement partiel de leurs parois.

Les formations kystiques, malgré ces différences dans leur provenance, possèdent, une fois développées, la même constitution et le même avenir. Il n'y a donc pas lieu d'opposer les unes aux autres les différentes théories émises par les auteurs au sujet de leur origine : aucun des processus invoqués n'est exclusif.

Effets de la lécithine sur le squelette et le système nerveux.

MM. Desgrez et **Zaky.** — Il résulte de nos recherches que l'augmentation de poids des animaux recevant de la lécithine ne correspond pas à un ralentissement de la nutrition, par exemple à une accumulation de graisse, mais porte sur le squelette et le système nerveux. Nous nous sommes assurés, en outre, que l'acide phosphorique retenu par l'organisme sous l'influence de la lécithine est normalement utilisé pour le développement de la cellule osseuse et de la cellule nerveuse; dans les cas où ils ont été pratiqués, les dosages de la lécithine dans le tissu nerveux ont montré que cette substance augmentait sous l'influence du traitement.

Sur une variété de diplocoque associé au bacille de Koch dans un cas de méningite tuberculeuse.

MM. Delille et **Babonneix.** — Dans un cas de méningite tuberculeuse secondaire à un tubercule du cervelet, nous avons constaté la présence, dans le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, d'un grand nombre de diplocoques dont les caractères morphologiques étaient très voisins de ceux du pneumocoque, mais qui poussaient sur tous les milieux et à la température du laboratoire. Il ne s'agissait donc pas du méningocoque, mais d'une espèce microbienne très voisine de l'entérocoque de Thiercelin. Le cytodiagnostic a montré dans ce cas, à côté de diplocoques libres et de polynucléaires contenant des diplocoques, environ 30 % de lymphocytes dont la présence ne pouvait s'expliquer que par le bacille de Koch.

Spécificité du bubon chancrelleux.

M. Simon dit avoir obtenu, en ensemençant sur sang gélosé le pus de deux bubons chancrelleux, des cultures de bacille de Ducrey associé à des microbes dus à une infection secondaire. Ces deux faits venant s'ajouter à ceux qu'a observés M. Bezançon prouvent la nature spécifique du bubon chancrelleux; ils démontrent également l'utilité de l'emploi du sang gélosé pour déceler le bacille du chancre mou.

M. Billard (de Clermont-Ferrand) envoie l'observation d'un cas d'ulcère de l'estomac où l'association, au régime lacté, de corps gras (huile et beurre) a été suivie de la cessation des phénomènes douloureux.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Unité pathogénique de la dysenterie; spécificité de son germe, par MM. Th. Moreul et Rieux.

On a successivement incriminé, comme agents pathogènes de la dysenterie, des parasites relativement élevés dans la série animale (anguillules), puis des amibes, enfin des bactéries diverses, notamment le colibacille, seul ou associé; et cette dernière théorie a paru confirmée par les faits observés en Bretagne, lors de l'épidémie qui a sévi en 1899 et en 1900 : divers expérimentateurs ont, en effet, isolé un germe en tout semblable au *Bacterium coli commune* dans les déjections des malades, et aussi dans certaines eaux soupçonnées de transmettre la contagion. C'est à l'étude de ce microorganisme que MM. Moreul et Rieux consacrent le présent travail.

Ils s'efforcent tout d'abord d'y établir l'uni-

cité de la dysenterie, qu'il s'agisse des formes *nostras* ou tropicales, graves ou bénignes, épidémiques ou endémiques. Ils ont, en effet, retrouvé le bacille en question dans tous les cas sur lesquels ont porté leurs recherches, soit en Bretagne, soit en Algérie sur des individus contaminés dans les pays chauds (Algérie, Arabie, Chine); chez ces divers malades, ce microbe se montrait soit seul, soit associé à des espèces diverses, auxquelles les auteurs sont disposés à attribuer un rôle important dans le passage de l'affection à l'état chronique.

Mais la partie la plus importante de leur mémoire est celle qui tend à démontrer la spécificité de ce « bacille dysentérique », considéré par la plupart des bactériologistes qui l'ont étudié jusqu'à ce jour comme une simple variété de colibacille. Ils font valoir à l'appui de leur thèse que, si ce microbe, au point de vue morphologique, cultural, etc., ne se distingue que par des particularités peu importantes d'avec le bacille du colon et le bacille d'Eberth, ces particularités ont, cependant, autant de valeur que celles qui séparent l'un de l'autre ces deux derniers microorganismes; en outre, le grand caractère différentiel entre le bacille typhique et le colibacille est que le premier ne coagule pas le lait avec formation d'acide lactique, et ne produit pas d'indol, à l'inverse de ce que fait le second; or, à cet égard, le bacille dysentérique est intermédiaire aux deux autres, car, d'une part, il détermine la coagulation du lait, avec plus d'intensité, peut-être même, que le bacille d'Escherich, et d'autre part, il ne transforme pas plus que le bacille d'Eberth les substances protéiques en indol. Dès lors, force est de reconnaître sa spécificité au même titre que celle de ce dernier microorganisme, à moins que l'on ne veuille, étendant encore la conception uniciste de l'école lyonnaise, les rattacher l'un et l'autre au colibacille.

La virulence du bacille dysentérique est naturellement fort variable d'un cas à un autre, et les effets de son inoculation au cobaye permettent d'établir trois degrés dans sa nocivité : les formes peu virulentes ne déterminent qu'une boule d'oedème au point d'inoculation, avec parésie de la patte correspondante; à une virulence moyenne correspond l'apparition d'une plaque de sphacèle, accompagnée de phénomènes généraux assez graves, mais permettant la survie de l'animal; enfin l'injection d'un demi-centimètre cube d'une culture très virulente sur bouillon entraîne la mort au bout de douze à dix-huit heures. Chez le chien, l'ingestion de cultures est suivie de symptômes dysentériques, parfois avec issue mortelle.

La recherche de la réaction agglutinante a également permis à MM. Moreul et Rieux d'établir la spécificité du microorganisme en question, qui est agglutiné jusqu'à 1/5.000.000, au bout de six heures de séjour à l'étuve à 37°, par le sérum d'animaux progressivement immunisés par injection de cultures vivantes ou tuées par le chloroforme. Ce même sérum est sans action sur le colibacille; par contre il agglutine, mais très faiblement et d'une façon inconstante, le bacille d'Eberth. Ajoutons que, d'expériences entreprises par les auteurs, il semble résulter que le sérum des animaux immunisés possède des propriétés immunisantes et curatives à l'égard de l'infection *expérimentale* par le bacille dysentérique, tandis qu'il se montre sans effet sur l'infection par le colibacille ou le bacille typhique. (*Rev. de méd.*, février 1902.) — F. F.

Ulcère bulleux récidivant des membres inférieurs, par M. Du Castel.

Dans le présent travail, l'auteur relate l'observation d'un homme de trente-quatre ans, qui présente depuis cinq années un ulcère bulleux récidivant, de caractères assez particuliers.

Cet homme, en 1896, eut une contusion de la jambe ayant déterminé la formation d'une large ecchymose qui, sous l'influence du repos, disparut en peu de jours; mais, quelques semaines plus tard, il se faisait, au point même où avait siégé cette ecchymose, un soulèvement de la peau, rempli d'un liquide limpide; cette bulle se rompit bientôt, laissant à sa suite une excoriation dont la cicatrisation fut incomplète. Depuis lors, cette plaie s'est fermée et rouverte à plusieurs reprises, et toujours ces récidives ont évolué de la manière suivante :

La cicatrice très mince et très vasculaire qui succède à l'ulcération se recouvre tout à coup de bulles volumineuses qui, en quelques heures, acquièrent leur entier développement et se rompent; puis l'épiderme se détache, et ainsi se trouve réalisée une vaste perte de substance très superficielle, d'un rouge vif, à surface plane, qui mesure environ, dans sa période d'état, 17 centimètres de hauteur sur 14 de largeur; les bords de cette exulcération sont polycycliques et macrocycliques; la peau avoisinante ne présente aucune altération. Aussitôt constituée, la lésion marche vers la guérison, mais le processus réparateur se trouve retardé par l'apparition de nouvelles poussées bulleuses non seulement sur la partie malade, mais même, parfois, sur les tissus environnants; la cicatrisation s'opère néanmoins avec une assez grande rapidité, et tout rentre dans l'ordre pour quelques mois.

M. Du Castel rapproche de ce fait curieux l'observation d'une jeune fille qu'il a soignée il y a plusieurs années pour des accidents semblables, mais chez laquelle les ulcérations, plus petites, étaient multiples.

Les caractères objectifs des manifestations cutanées, leur évolution, l'anamnèse enfin, permettent dans ces 2 cas d'éliminer les hypothèses de syphilis — gomme ou ecthyma syphilitique —, de scrofulo-tuberculose, de plaie variqueuse; aussi le diagnostic qui paraît le plus vraisemblable à l'auteur est-il celui de trouble trophique d'origine nerveuse. En l'absence de tout symptôme d'une névrose ou d'une lésion du système nerveux central, il est porté à admettre qu'il s'agit ici de phénomènes névritiques, d'autant que les accidents, chez le malade dont nous venons de résumer l'histoire, étaient consécutifs à un traumatisme, et que la jeune fille qui fait l'objet de la seconde observation avait dans ses antécédents une rougeole assez grave. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, janvier 1902.) — F. F.

Un procédé nouveau d'anus artificiel en un seul temps, par M. Magé.

La cure radicale du cancer du rectum étant encore loin d'être toujours réalisable, la colostomie constitue, le plus souvent, l'unique moyen susceptible de soulager les malades atteints de cette affection. Aussi M. Magé s'est-il appliqué à simplifier le manuel opératoire de cette intervention, afin de la mettre à la portée de tout praticien. Voici quelle est la technique qu'il a adoptée :

Après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles suivant une des lignes indiquées dans les traités classiques, on pratique, sur le péritoine, une incision d'environ 4 centimètres. A travers cette ouverture, on attire le côlon, en le saisissant, autant que possible, par le bord opposé à son méso, et on fixe, au moyen d'un surjet séro-séreux, les bords de la plaie péritonéale aux faces latérales de la portion d'intestin hernié. Le champ opératoire une fois bien nettoyé, *on enduit la plaie de vaseline salolée*, afin de la protéger contre les liquides septiques de l'intestin, et on ouvre celui-ci sur une étendue d'environ 2 centimètres, au milieu de la collerette que forme le péritoine sur le côlon. Cela fait, on introduit un long fil de catgut muni à chacune de ses extrémités d'une aiguille courbe; avec l'une de ces aiguilles, on accroche la paroi postérieure de l'intestin et, après avoir pratiqué sur elle une suture en bourse, on fait sortir les deux chefs du fil entre les lèvres de l'intestin, on leur fait traverser la lèvre correspondante de la plaie cutanée, on serre et on noue sur la peau. La muqueuse est ensuite fixée, de chaque côté, au bord cutané, et on termine l'opération en entrecroisant et en nouant sur la peau les deux chefs du fil. L'anus ainsi créé admet à peine le doigt.

Le procédé en question offrirait l'avantage d'assurer la fermeture hermétique de l'abdomen, de sorte que les matières fécales arriveraient à la peau sans souiller la plaie profonde; de plus, l'obturation de la lumière du bout inférieur de l'intestin étant obtenue de la manière la plus simple, le fonctionnement de l'anus nouveau ne laisserait rien à désirer. Enfin, on n'observerait jamais d'éversion consécutive de la muqueuse intestinale, comme le fait se présente fréquemment dans les cas d'anus établi en deux temps. (*Touraine méd.*, mars 1902.) — L. CH.

Sur un cas d'orchite tuberculeuse chez un enfant de trois semaines, par MM. E. Ausset et Breton.

Si la tuberculose testiculaire est assez fréquente dès le quatrième mois, elle est, au contraire, exceptionnelle dans les premières semaines de l'existence; c'est à ce titre qu'il nous paraît intéresant de résumer l'observation de MM. Ausset et Breton.

Il s'agit d'un nourrisson de trois semaines, bien développé, mais pâle et diarrhéique, quoique nourri au sein, et qui présentait depuis trois jours une tuméfaction des bourses, plus marquée à droite qu'à gauche. Le scrotum, du côté droit, se montrait rouge et oedématié, mais non adhérent au testicule; celui-ci était notablement augmenté de volume, dur, et ne paraissait pas très douloureux; l'épididyme, difficile à délimiter, participait au processus et se continuait par un cordon uniformément tuméfié, sans nodosités, gros comme une plume d'oie. Le ventre était volumineux, très résistant, au point que la palpation du foie était impossible, et offrait une circulation collatérale fort développée. On percevait des deux côtés des ganglions inguinaux hypertrophiés.

Le lendemain, l'état général s'était aggravé; l'enfant tétait très peu et se cachectisait rapidement; il succomba le jour suivant.

Il est vrai que ce n'est que par exclusion que les auteurs sont arrivés au diagnostic de tuberculose testiculaire; mais l'absence de toute infection aiguë, ainsi que d'un écoulement uréthral ou de signes pouvant faire soupçonner la syphilis, l'unilatéralité et le développement très rapide de la lésion, enfin l'issue mortelle en cinq jours, ne permettaient guère de songer à une orchite infectieuse, blennorrhagique ou syphilitique, non plus qu'à un sarcocèle sarcomateux ou carcinomateux. (*Echo méd. du Nord*, 22 décembre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à l'épidémiologie de la diphtérie, par M. A. Gottstein.

La valeur spécifique de la sérothérapie antidiphtérique étant loin d'être établie sur des bases inébranlables (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 401-406), il nous paraît intéressant d'attirer l'attention sur le travail de M. Gottstein, qui étudie cette question dans ses rapports avec l'épidémiologie de la diphtérie, rapports qu'on a trop souvent négligés. Les partisans du sérum antidiphtérique invoquent habituellement, en faveur de l'efficacité de ce remède, le fait que la mortalité générale par diphtérie a considérablement diminué depuis l'avènement de la sérothérapie, c'est-à-dire depuis 1894. Or, le nombre des décès dus à une maladie dépend à la fois de la mortalité et de la morbidité par cette affection; en d'autres termes, la mortalité peut diminuer non seulement sous l'influence d'un abaissement réel des cas mortels, mais aussi par suite d'une diminution dans le nombre des malades. D'après les statistiques fournies par l'Office impérial de santé, la mortalité relative par diphtérie était, en Allemagne, de 26.8 % en moyenne pour la période décennale de 1883 à 1893. Toutefois, dans certaines villes elle était de beaucoup moins élevée; c'est ainsi qu'à Bonn et à Tubingue elle était seulement de 10 %; à Hambourg, la proportion des décès était, en moyenne, de 15 % pendant la période de 1872 à 1894; à Munich, on ne comptait que 12 décès pour 100 cas de diphtérie, avant la découverte du sérum antidiphtérique (de 1888 à 1894). D'autre part, les cas traités par les injections de sérum fournissent une mortalité de 16 %, chiffre supérieur à celui qu'on avait noté, avant 1894, pour les villes susmentionnées et, en tout cas, trop élevé pour qu'on puisse considérer le sérum comme un véritable spécifique de la diphtérie.

M. Gottstein estime que l'abaissement du nombre des décès par diphtérie, qu'on constate depuis quelques années, dépend surtout d'une diminution de la morbidité par cette affection. A l'appui de cette manière de voir, il donne trois graphiques relatifs aux villes de Berlin, de Hambourg et de Munich, où l'on remarque que la courbe de la morbidité et celle de la mortalité conservent, entre elles, un parallélisme absolu et que toutes les deux commencent à subir une

descente dès 1893. En se basant sur ces faits et sur des considérations analogues, qu'il serait trop long de développer ici, l'auteur serait porté à croire que les oscillations de la mortalité générale par diphtérie, liées aux variations de la morbidité, ne traduisent, en définitive, qu'une certaine périodicité des épidémies de cette maladie infectieuse.

Quant à la sérothérapie antidiphtérique, elle a surtout eu, d'après M. Gottstein, le mérite de substituer un traitement général inoffensif à des pratiques plus ou moins violentes (badigeonnages, cautérisations, etc.), et qui étaient souvent plus nuisibles qu'utiles. Par contre, en ce qui concerne l'efficacité *spécifique* du sérum, les données de la statistique ne militent nullement en sa faveur. (*Therap. Monatsh.*, décembre 1901.) — L. CH.

Sur la staphylococcie, par MM. G. MUSCATELLO et J. OTTAVIANO.

Le staphylocoque doré qui a servi aux expériences de MM. Muscatello et Ottaviano provenait d'un furoncle et présentait une virulence moyenne, facile à exalter, d'ailleurs, par des passages successifs sur les animaux. Des cultures de ce microbe, en bouillon de Löffler ou en bouillon-ascite, furent injectées sous la peau et dans les veines de lapins.

En injection sous-cutanée, des cultures de virulence moyenne entraînaient la mort après un laps de temps variable selon la quantité injectée. Le staphylocoque pouvait être décelé dans le sang et dans les viscères, mais nulle part on ne rencontrait d'abcès métastatiques. Par contre, on trouvait constamment des dégénérescences organiques, telles que la tuméfaction trouble, la dégénérescence graisseuse suraiguë et des phénomènes de désintégration cellulaire. La rate, notamment, était le siège d'altérations non encore décrites, consistant en une nécrose locale des follicules et rappelant les lésions déterminées par la toxine diphtérique. Les auteurs constatèrent également ces mêmes dégénérescences organiques après injection de cultures d'une virulence très élevée, mais les staphylocoques faisaient alors défaut dans le sang circulant et dans l'intimité des tissus. Les lésions dégénératives doivent donc être mises sur le compte d'une toxémie consécutive à l'infection staphylococcique.

A la suite d'injections intraveineuses, la mort survient beaucoup plus rapidement; aussi ne retrouve-t-on ni microbes, ni abcès miliaires dans les viscères. Par contre, ceux-ci sont le siège d'altérations nécrobiotiques analogues à celles que nous venons de signaler à propos des injections sous-cutanées. Il est intéressant de noter que, dans ces cas, on rencontre en quantités appréciables des staphylocoques accumulés dans la lumière des tubes urinifères du rein, fait qui prouve l'élimination de ces microbes par l'organe rénal. Si l'on n'injecte qu'une dose notablement moins forte de culture, la mort, beaucoup plus lente, survient par pyohémie : les organes sont le siège de nombreux abcès miliaires, mais, en dehors de ces foyers métastatiques, les tissus ne renferment pas de microbes.

Quand on sacrifie, au bout de deux heures, un lapin injecté avec la dose nécessaire pour déterminer une pyohémie, on constate que les staphylocoques se sont accumulés dans le sang circulant, dans le foie, la rate, la moelle osseuse. De douze à vingt-quatre heures après l'injection, on trouve beaucoup moins de microbes dans ces organes; par contre, leur nombre s'est accru dans le rein et dans l'urine. Enfin, le second jour, il n'y a plus trace de microbes dans le sang, tandis que le rein et les autres viscères commencent à présenter des abcès miliaires visibles à l'œil nu. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 2.) — F. M.

De la vraie cystite éberthienne, par M. P. HORTON-SMITH.

On sait que le bacille d'Eberth se rencontre assez souvent dans les urines au cours de la fièvre typhoïde; mais ce qui est moins connu, c'est que ce bacille détermine, dans des cas relativement fréquents, une pyurie qui permet de conclure à un léger degré de cystite éberthienne.

L'auteur a eu l'occasion d'observer 8 fois cette complication; chez 6 de ces malades, la cystite apparut tardivement, alors que les patients étaient en pleine convalescence, tandis que, dans les 2 autres faits, elle survint respectivement au treizième et au vingt-troisième jour de la dothiénentérie; dans le premier de ces cas, elle s'accompagnait, d'ailleurs, d'une néphrite.

Cette cystite a généralement un début subit, persiste plusieurs semaines, et disparaît lentement; elle peut se prolonger des mois et des années. Les urines renferment toujours une quantité plus ou moins notable de pus, et leur partie claire se trouble rapidement par suite de la présence de nombreux bacilles d'Eberth; elles ont habituellement une réaction acide, contiennent fort peu d'albumine, et jamais de cylindres. Dans certains cas, les malades accusent un ténesme vésical fréquent et des douleurs à la miction, mais le plus souvent ces symptômes font défaut. Il n'y a pas d'élévation de la température.

M. Horton-Smith fait remarquer, en terminant, que toute infection purulente de la vessie au cours de la dothiénentérie n'est pas fatalement produite par le bacille typhique, attendu qu'il existe également, à côté de la vraie cystite éberthienne, des cystites dues au colibacille ou au staphylocoque. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 5.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS HONGROISES

De l'emploi combiné du cathétérisme des uretères et de la radiographie, par M. G. ILLYÉS.

MM. L. E. Schmidt et G. Kolischer (de Chicago) furent les premiers à employer la radiographie des uretères cathétérisés pour établir le diagnostic de la dilatation du bassinet, ainsi que celui du rétrécissement des uretères. Mais la première idée de ce moyen d'investigation revient à M. Tuffier qui le signala dès 1899 dans le traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus.

C'est de cette méthode ingénieuse que l'auteur s'est servi avec succès pour le diagnostic de quelques tumeurs abdominales d'origine douteuse. Il introduisait dans l'uretère, à l'aide du cystoscope, une sonde armée d'un mandrin de fil d'argent fin, qu'il poussait lentement, jusqu'à ce qu'on sentît une faible résistance. A ce moment les organes abdominaux étaient soumis à la radiographie, qui démontrait clairement la situation des uretères et des reins, ainsi que leurs relations avec la tumeur en question.

L'utilité de ce procédé apparut notamment chez une femme de vingt-deux ans, qui portait depuis six mois, du côté gauche de l'abdomen, une tumeur mobile ne causant ni douleur ni troubles de la miction. L'examen clinique ne put décider si l'on avait affaire à une rate flottante ou à un rein mobile. En effet, le côlon distendu se plaçait derrière le néoplasme, circonstance en faveur du diagnostic de rate flottante; et l'absence de douleurs et de désordres dans l'excrétion de l'urine plaidait dans le même sens. Par contre, le fait qu'on pouvait déplacer la tumeur, vers le bas, jusque dans la région hypogastrique, sans faire disparaître la matité de la rate, permettait de supposer plutôt un rein flottant. M. Illyés introduisit alors une sonde munie d'un mandrin de 1 millim. ½ d'épaisseur, jusque dans le bassinet; puis il refoula le néoplasme dans la région hypogastrique et fit faire dans cette situation l'éclairage par transparence. L'ombre du mandrin étant tout à fait conforme au trajet de l'uretère d'un rein normalement fixé, on fut forcé d'admettre qu'il s'agissait d'une rate flottante, ce qui fut confirmé par la laparotomie. La matité du côté gauche de l'hypocondre était due au lobe gauche du foie. Après une splénectomie, la malade guérit.

L'auteur relate d'autres cas où il s'est avantageusement servi de la même méthode pour distinguer des néoplasmes du rein d'avec d'autres tumeurs abdominales et pour localiser des calculs urinaires obturant l'uretère. Au cours de l'exploration, il faut toujours avoir soin que le mandrin d'argent ne dépasse pas l'extrémité de la sonde, ce qui pourrait déterminer la perforation de l'uretère; pour éviter sûrement cet accident, M. Illyés propose d'introduire dans la sonde, au lieu de mandrin, du sous-nitrate de bismuth en suspension, substance également imperméable aux rayons X. (*Orvosi Hetilap*, 13 octobre 1901.) — S. F.

De la cause des récidives cancéreuses dans les ganglions lymphatiques, et modification du procédé opératoire, par M. J. KACZVINSZKY.

Il est aujourd'hui de pratique courante, en matière de chirurgie des cancers, d'enlever à la fois la tumeur et les ganglions correspondants, ainsi que les parties molles interposées, et cela dans le but de débarrasser l'organisme de toutes les cellules cancéreuses que les vaisseaux lymphatiques peuvent contenir. Toutefois, comme le fait observer l'auteur, on ne saurait se flatter de procéder ainsi à une cure vraiment radicale, l'anatomie du système lymphatique démontrant qu'il est impossible d'extirper complètement le réseau lymphatique en connexion avec le néoplasme.

M. Kaczvinszky pense qu'on parviendrait cependant à éviter à peu près sûrement la récidive à la condition de faire l'ablation des ganglions en deux temps, et voici sur quels arguments il appuie sa manière de voir :

Il faut, dit-il, distinguer deux sortes de ganglions lymphatiques : les uns superficiels ou primaires, les autres profonds ou secondaires. Or, au moment de l'opération, non seulement le cancer n'a généralement pas encore envahi ces derniers, mais de plus rien ne prouve que l'infection se soit étendue déjà au réseau lymphatique mettant en rapport les deux systèmes ganglionnaires. Dès lors, que va-t-il se passer si l'on extirpe, en même temps que la tumeur, les ganglions superficiels, comme on le fait habituellement? On laissera une certaine quantité de cellules cancéreuses dans les vaisseaux lymphatiques des tissus que l'on vient de dépouiller de leurs ganglions superficiels, et c'est aux ganglions profonds, jusque-là indemnes, que seront transportés les éléments néoplasiques, d'où récidive rapide.

Ces risques diminueraient si l'opération était faite en deux temps. La première intervention consisterait dans l'ablation de la tumeur, après quoi on laisserait aux ganglions superficiels le temps de rassembler les cellules cancéreuses éparses dans les tissus; au bout d'un délai plus ou moins long, dont l'expérience seule peut permettre de déterminer la durée, il suffirait d'extirper ces ganglions pour réaliser la cure radicale.

L'auteur a opéré plusieurs fois des cancers par cette méthode, surtout des cancers des lèvres; il n'extirpe les ganglions que deux semaines après l'ablation de la tumeur. Jusqu'à présent, il n'a observé aucune récidive.

Ce principe d'intervenir en deux temps ne souffrirait pas d'exception; si même la tumeur et les ganglions ne faisaient qu'un, on devrait n'enlever ces derniers qu'après un intervalle d'à peu près quinze jours. (*Gyógyászat*, 22 décembre 1901.) — S. F.

Des cryptosarcomes de la choroïde, par M. V. GOLDZIEHER.

L'auteur désigne sous le nom de cryptosarcomes les néoplasmes de la choroïde qui ne sont pas accessibles au diagnostic, parce qu'ils se masquent sous des symptômes étrangers, et dont la présence ne se révèle qu'à l'autopsie. Le présent travail contient 2 observations de cette sorte de sarcomes de l'œil.

Un homme de soixante et onze ans, vigoureux encore, souffrait depuis des mois de céphalalgie constante du côté gauche. L'œil droit était de tous points normal, et l'examen ophtalmoscopique montra que l'œil gauche était également exempt de toute altération apparente. L'acuité visuelle y était néanmoins gravement compromise et on y constatait une hémianopsie unilatérale, correspondant à la moitié nasale du champ visuel. On admit l'existence d'un foyer pathologique — probablement une tumeur — à l'angle gauche du chiasma des nerfs optiques. Quelques mois plus tard, on examina de nouveau le malade, et on put s'assurer que l'œil gauche avait perdu toute sensibilité et se trouvait dans un état glaucomateux. De violentes douleurs, irradiant au niveau de l'œil malade, vinrent aggraver les céphalalgies déjà mentionnées, si bien que l'énucléation du globe s'imposa. A l'examen de l'œil enlevé, on trouva un mélanosarcome étendu de la choroïde, qui existait certainement dès le premier examen. Les douleurs ciliaires cessèrent naturellement après l'opération, mais la céphalalgie localisée persista. Rien ne permit de reconnaître si le

sarcome de l'œil s'était développé indépendamment de la tumeur intra-crânienne, ou bien s'il n'était qu'une métastase de celle-ci : l'une et l'autre hypothèse constitueraient, du reste, des éventualités également rares.

Le second fait concerne une femme de soixante-trois ans, dont l'œil gauche était complètement amaurotique et en état d'inflammation; quelque temps plus tard, l'œil droit, jusque-là sain, fut atteint d'une ophtalmie sympathique, et l'inflammation s'aggrava, malgré toute médication. Enfin, on fit l'énucléation de l'œil gauche — celui qui avait été intéressé le premier —, après quoi l'œil droit guérit rapidement. On trouva dans l'œil énucléé un petit sarcome de la choroïde qu'on n'avait pu découvrir par l'examen ophtalmoscopique; cette tumeur était la cause de l'ophtalmie sympathique de l'autre œil.

Cet exemple d'ophtalmie sympathique déterminée par une tumeur est doublement intéressant : d'une part, parce que c'est un accident exceptionnel; de l'autre, en ce que ce fait met en défaut la théorie microbienne des ophtalmies sympathiques. (*Orvosok Lapja*, 24 octobre 1901.) — S. F.

Contribution à la pathologie du rhinosclérome, par M. S. Róna.

Tandis qu'on admet généralement que le rhinosclérome est une altération locale des muqueuses du nez et de la gorge, causée par un diplocoque spécifique, M. le professeur Róna (de Budapest) affirmait déjà, dès 1899, que cette affection coexiste trop souvent avec une tuméfaction des ganglions voisins pour qu'il soit possible de nier l'origine métastatique de cette adénite. Le fait qu'il relate dans le présent travail donne la preuve irréfutable du bien fondé de cette opinion.

Il s'agit d'une paysanne de vingt-cinq ans, malade depuis cinq années. Son nez était entièrement gonflé, les fosses nasales étaient obstruées par des tumeurs de consistance cartilagineuse, les muqueuses du voile du palais, des amygdales et du pharynx étaient blanchâtres, rigides, presque cicatricielles; l'examen bactériologique des muqueuses confirma le diagnostic de rhinosclérome; on pouvait constater, à la région sous-mentonnière des deux côtés, plusieurs petits ganglions durs.

M. Róna ayant extirpé avec toutes les précautions de l'asepsie la plus rigoureuse, puis incisé, un de ces ganglions, ensemença sur de la glycérine-agar le liquide recueilli à la surface de section. Dans l'espace de vingt-quatre heures, il se développa des cultures dont l'examen microscopique montra qu'elles étaient constituées par le microcoque du rhinosclérome à l'état de pureté. On répéta l'expérience avec d'autres ganglions, et le résultat fut toujours positif, tandis que le milieu nutritif restait stérile, quand on y inoculait des produits fournis par un ganglion scrofuleux.

Ce fait prouve que le microbe du rhinosclérome ne borne pas son action pathogène aux muqueuses naso-pharyngiennes, mais qu'il peut pulluler aussi dans des tissus éloignés. Jusqu'ici, on avait regardé le manque de métastases ganglionnaires comme un moyen de différencier le rhinosclérome d'avec le cancer; les constatations de M. Róna démontrent que ce signe n'a pas une valeur absolue. (*Orvosi Hetilap*, 6 octobre 1901.) — S. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les inconvénients de l'emploi simultané de préparations iodées et d'injections de calomel.

Un des inconvénients les plus fâcheux des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de sels insolubles de mercure consiste, comme on le sait, dans la production de petites nodosités qui, assez souvent, s'enflamment et aboutissent à des abcès qu'on est obligé d'inciser ou qui s'ouvrent spontanément. On attribue généralement ces collections purulentes à une technique défectueuse, et notamment à un défaut d'asepsie. Or, M. le docteur R. Duhot (de Bruxelles) a été à même de constater que l'accident en question peut être tout simplement dû à l'emploi simultané d'iodure de potassium et d'injections d'un sel hydrargyrique insoluble, tel que le calomel, et cela en raison de la formation de bi-iodure de mercure — sel caustique —, qui a lieu dans ces conditions.

Notre confrère a eu l'occasion de traiter un syphilitique âgé de vingt-sept ans, qui avait déjà très bien supporté trois cures d'injections de calomel et chez lequel il institua une nouvelle cure de ce genre, associée, cette fois, à l'usage de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 2 grammes. Les quatre premières piqûres ne provoquèrent rien d'anormal. Mais la dose d'iodure ayant été portée à 3 grammes, le malade commença à se plaindre d'une cuisson violente au point où avait été faite la cinquième injection de calomel; le jour suivant, on nota la présence, à ce niveau, d'un nodus du volume d'un œuf de pigeon, qui s'ouvrit le lendemain en laissant écouler un liquide épais d'une couleur rouge brunâtre, renfermant de nombreuses hématies décomposées ainsi qu'un grand nombre de globules blancs, et complètement stérile, comme le montrèrent les ensemencements sur agar et sur sérum. La sixième injection ayant été suivie des mêmes phénomènes, on supprima l'emploi de l'iodure, et on put alors continuer les injections de calomel sans voir survenir la moindre complication. Il s'agissait par conséquent, dans ce cas, d'abcès aseptiques par réaction chimique.

Ce fait cadre bien, du reste, avec les résultats de recherches expérimentales instituées par M. le docteur F. Lesser, assistant de M. le docteur A. Neisser, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Breslau. M. Lesser a constaté que si, chez un lapin dans l'organisme duquel circulent des iodures alcalins, on introduit dans l'estomac, au moyen d'une sonde œsophagienne, une bouillie contenant du calomel, et qu'on sacrifie l'animal au bout de vingt-quatre heures, on trouve, à l'autopsie, de nombreuses ulcérations de la muqueuse stomacale. Aussi notre confrère recommande-t-il, avant de prescrire du calomel, de s'assurer que le patient n'a pas pris récemment de préparation iodée et de procéder, en cas de doute, à la recherche de l'iode dans la salive, en additionnant celle-ci d'un peu de calomel : si ce sel prend une coloration jaune (iodure de mercure), c'est que la salive contient des iodures alcalins.

Toutefois, M. Lesser et M. Duhot estiment que dans les cas graves de syhilis cérébrale ou viscérale, lorsqu'il s'agit de conjurer un danger imminent, on peut passer outre et instituer le traitement mixte, sans tenir compte des inconvénients ci-dessus signalés. Mais toutes les fois que les circonstances le permettent, il est préférable d'employer séparément l'iodure de potassium et les préparations mercurielles, surtout le calomel.

Applications cutanées de gaïacol à petites doses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Après avoir été pendant un certain temps en vogue, les badigeonnages de gaïacol, préconisés, il y a quelques années, à titre d'antithermique — surtout dans la phtisie — par M. le docteur S. Sciolla, alors assistant de M. le docteur E. Maragliano, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Gênes (Voir *Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. LXXXII), ne tardèrent pas à être abandonnés, et cela principalement à cause des phénomènes alarmants (hypothermie, collapsus, etc.) auxquels ils donnent souvent lieu. Or, à en juger d'après les observations d'un médecin russe, M. le docteur N. Lavrov, ces inconvénients ne seraient dus qu'aux doses plus ou moins élevées de gaïacol qu'on emploie habituellement pour les applications cutanées, et pourraient facilement être évités en procédant comme il suit : on étale, chaque fois, au moyen d'un pinceau, de 0 gr. 50 centigr. à 2 grammes (au maximum) de gaïacol sur une région dont les dimensions ne dépassent pas 30 à 40 centimètres carrés; puis on recouvre la partie ainsi badigeonnée d'un verre de montre suffisamment grand, qu'on fixe, sur les bords, à l'aide d'un emplâtre adhésif; sous ce pansement hermétiquement clos, le gaïacol serait absorbé très rapidement (dans l'espace de six à douze heures, suivant la quantité de médicament utilisée).

Ces applications, pratiquées une fois par jour, exerceraient, chez les phtisiques, une influence des plus favorables sur la fièvre, la toux, les sueurs nocturnes, ainsi que sur le sommeil et l'appétit, voire même sur les phénomènes catarrhaux du côté des poumons. Les badigeonnages dont il s'agit ne détermineraient aucune irritation locale tant soit peu sensible; parfois on constaterait seulement un léger degré de rougeur de la peau, qui ne tarderait pas, du reste, à disparaître sous l'influence de quelques onctions pratiquées avec une simple pommade à l'oxyde de zinc.

Emploi du chlorure de calcium pour éviter les hémorrhagies consécutives à l'avulsion des dents.

On sait que, chez les sujets atteints d'hémophilie, l'extraction d'une dent peut donner lieu à une hémorrhagie rebelle et susceptible même de revêtir un caractère grave. C'est ainsi que M. le docteur C. E. Wallis, assistant de chirurgie dentaire au King's College Hospital de Londres, a eu l'occasion d'observer une femme de vingt-cinq ans présentant la diathèse hémorrhagique, et chez laquelle cette petite opération provoqua un écoulement sanguin qui dura trente-six heures. Comme la dentition de cette patiente se trouvait dans un très mauvais état et que l'avulsion de toutes les dents cariées s'imposait en raison des troubles dyspeptiques auxquels était sujette cette femme, notre confrère se demanda si l'on ne pourrait pas, pour éviter des hémorrhagies considérables, augmenter, au préalable, la coagulabilité du sang, en ayant recours, pendant une huitaine de jours, à l'emploi du chlorure de calcium à faibles doses. Au bout de ce laps de temps, M. Wallis put procéder à l'extraction d'une incisive, sans avoir à enregistrer un écoulement notable de sang. On continua, dans la suite, l'usage du médicament, et on put de la sorte extraire, en plusieurs séances, tous les chicots sans qu'il se produisît une hémorrhagie tant soit peu considérable.

Depuis lors, notre confrère a observé un autre cas analogue, où le chlorure de calcium a donné les mêmes résultats. Le goût désagréable du médicament et une légère tendance à la constipation mis à part, l'emploi du chlorure de calcium ne présenterait aucun inconvénient, alors même qu'on le prolongerait pendant trois à quatre semaines.

Traitement de la syphilis par des injections fréquentes de salicylate de mercure à doses fractionnées.

Relativement peu employées en France, les injections de salicylate de mercure jouissent, au contraire, d'une grande vogue en Allemagne, en Autriche et en Russie. On se sert habituellement d'une suspension de 1 gramme de salicylate d'hydrargyre dans 10 à 15 c.c. de vaseline liquide, dont on injecte, tous les cinq à huit jours, 1 c.c. Or, un médecin saxon, M. le docteur E. Orlipski (de Halberstadt), a été à même de se convaincre qu'il est préférable de n'injecter chaque fois qu'un quart, voire même un sixième, de seringue, mais de pratiquer les injections plus fréquemment, de façon à administrer, pendant la durée habituelle de la cure, la même quantité totale de salicylate de mercure. Cette manière de procéder présenterait le double avantage d'assurer une action thérapeutique plus énergique et d'atténuer les inconvénients propres à toutes les injections de préparations mercurielles insolubles, tels que nodosités, abcès, phénomènes douloureux, etc. Elle permettrait, en outre, d'éviter l'accumulation de quantités plus ou moins considérables de mercure dans certains points de l'économie, ainsi que les effets irritants sur les voies d'élimination de ce médicament (muqueuses buccale et intestinale, téguments cutanés, reins).

Emploi du formol pour conserver l'extrait surrénal et les solutions de cocaïne.

D'après l'expérience d'un confrère américain, M. le docteur Ch. W. Heitzmann (de Saint-Louis), l'addition d'une solution de formaldéhyde à 40 %, à la dose d'une goutte par 30 grammes, constituerait un excellent moyen pour conserver indéfiniment les préparations liquides de substance surrénale, ainsi que les solutions de cocaïne ou d'eucaïne. Les applications et les injections sous-cutanées de solutions ainsi préparées ne donneraient, d'ailleurs, lieu à aucun phénomène d'irritation.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

Des lésions valvulaires du cœur par effort, au point de vue des accidents du travail.

I

L'importance de l'effort musculaire dans la genèse de certaines lésions n'a présenté jusqu'ici qu'un intérêt théorique; mais à l'époque actuelle, où l'assurance contre les accidents — qu'il s'agisse d'assurances particulières ou de Caisses d'Etat — joue un rôle de plus en plus considérable dans la vie sociale, la connaissance des faits de cet ordre devient essentielle pour le praticien. Si, en effet, la responsabilité des Compagnies d'assurances ne peut être mise en doute pour les conséquences des traumatismes directs, il n'en est point de même en ce qui concerne les désordres créés dans l'organisme par les efforts musculaires exceptionnels; aussi est-ce à propos des affections ressortissant à ce dernier groupe que surgissent les principales difficultés dans l'application des lois et des traités concernant la matière. Nous citerons notamment, comme exemples de telles lésions, la hernie de force, à laquelle nous avons consacré naguère une étude (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 87-90), le lombago traumatique, enfin les altérations cardiaques par effort.

Ces dernières, pour n'être pas aussi fréquentes que les hernies ou le lombago, n'en sont pas moins fort importantes, car elles peuvent mettre la vie du sinistré en danger. Leur rareté relative, et les difficultés que soulève parfois leur diagnostic précis, rendent d'ailleurs leur étude particulièrement intéressante, même au point de vue purement nosographique.

On distingue, parmi les lésions traumatiques du cœur, entre 1° les plaies ouvertes de cet organe, telles que les lésions par armes tranchantes et par armes à feu, 2° les lésions souscutanées (contusions portant sur la région cardiaque), et enfin 3° les lésions par effort musculaire, sans influence traumatique extérieure. Nous nous occuperons aujourd'hui exclusivement de celles-ci, tout en faisant remarquer — comme c'est aussi le cas pour la hernie de force — que la contraction musculaire subite joue un certain rôle dans le développement d'affections que l'on pourrait attribuer à des contusions directes. Nous rappellerons, à ce sujet, une observation de Burney-Yeo, rapportée par M. R. Stern (1). Il s'agit d'un patient qui, au cours d'une chute dans un escalier, fit un effort pour se retenir à la rampe. Cet accident fut suivi de l'apparition d'un souffle cardiaque perceptible à distance. La mort étant survenue trois ans plus tard, des suites de la cardiopathie compliquée d'ataxie locomotrice, l'autopsie permit de constater l'existence d'un arrachement partiel de deux des valvules sigmoïdes de l'aorte. M. Thiem (2), en commentant ce fait, déclare qu'à son avis l'effort musculaire effectué pour éviter la chute fit plus, pour le développement de la lésion valvulaire, que la chute elle-même, et M. Stern exprime un avis tout à fait analogue.

L'étude de ce sujet n'est point de date récente, et la littérature médicale renferme un assez grand nombre de cas isolés et de travaux d'ensemble sur la question. Les revues les plus complètes et les plus récentes, outre les ouvrages déjà cités de MM. Stern et Thiem, sont celles de MM. Heimann (1), Dreyfus (2), C. Kaufmann (3) et Dupuis (4).

(1) R. Stern. Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten; klinische Studien mit Berücksichtigung der Unfall-Begutachtung. 1. Heft : Krankheiten des Herzens und der Lungen. Iéna, 1896, p. 27. — Voir l'analyse de cet ouvrage *in Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. L.

(2) C. Thiem. Handbuch der Unfallerkrankungen. Stuttgart, 1898, p. 610.

Nous tâcherons, en nous aidant des faits publiés jusqu'à ce jour et d'une observation très probante que nous avons eu l'occasion de recueillir nous-même avec M. Bourquin, d'esquisser brièvement les différentes formes de lésions valvulaires par effort, leur mécanisme, leurs variétés anatomiques, leur diagnostic, enfin leur appréciation au point de vue de l'assurance contre les accidents.

II

Il convient, pour établir le mécanisme des lésions valvulaires par effort, de faire le départ entre celles qui ressortissent à un *travail musculaire exagéré* et celles que cause un *effort subit.* C'est surtout des dernières que nous allons parler, mais nous devons néanmoins consacrer d'abord quelques mots à ce qui concerne le travail musculaire exagéré.

Celui-ci agit surtout en augmentant le nombre des contractions du cœur et en activant ainsi la circulation sanguine. On a beaucoup discuté le point de savoir si cet effet est ou non accompagné d'une élévation de la pression artérielle, comme le croyait Traube. M. Christ (5) croit que cette augmentation de la pression ne s'observe qu'au début du travail et qu'elle est remplacée ensuite par une diminution, ainsi que MM. Chauveau et Kaufmann (6) l'ont constaté, du reste, dans leurs expériences sur le cheval. Quoi qu'il en soit, cette élévation ne peut être que passagère et ne saurait atteindre un degré notable; le rôle essentiel est dévolu, au contraire, à l'effort musculaire que le cœur doit fournir pour produire l'accélération de la circulation sanguine dont nous venons de parler. Il faut, pour obtenir ce résultat, des contractions plus énergiques du muscle cardiaque, se manifestant entre autres par une intensité particulière des bruits du cœur. Il nous paraît fort plausible d'attribuer — dans des cas exceptionnels, il est vrai, et exclusivement chez des cardiaques — des déchirures valvulaires, telles que nous les décrirons plus loin, à ces contractions violentes, en dehors de toute augmentation de la pression artérielle. En outre, le surmenage du cœur peut déterminer, dans cet organe, des altérations plus ou moins graves par épuisement, épuisement ayant pour conséquence un défaut de compensation et, par suite, une dilatation aiguë.

Ajoutons que les émotions sont susceptibles d'agir d'une manière identique, c'est-à-dire en activant les contractions cardiaques, indépendemment de toute élévation de la pression sanguine.

Il en est autrement en ce qui concerne le mécanisme de l'effort subit. Ici il se produit, en effet, une augmentation considérable de la pression intra-thoracique, résultant de la fermeture de la glotte, d'une part, et de la mise en action des muscles de l'expiration, d'autre part. Cette augmentation de la pression, qui équivaudrait, d'après M. Marey (7), à 12 ou 14 centimètres de mercure, agit avant tout sur les organes les plus compressibles, c'est-à-dire sur les veines, et oppose ainsi un obstacle considérable à la circulation sanguine dans le poumon; elle a également pour effet de comprimer les artères, ce qui nécessite, de la part du muscle cardiaque, un surcroît de travail qui se traduit forcément, étant donné l'obstacle extérieur, par une élévation de la pression vasculaire au niveau des valvules sigmoïdes et auriculo-ventriculaires. A côté de ces obstacles intra-thoraciques, M. Dreyfus mentionne encore la compression des grands troncs artériels périphériques, conséquence de la contraction des différents groupes musculaires.

(1) Heimann. Ueber einen Fall von Endocarditis mitralis traumatica. (*Thèse de Berlin*, 1890.)

(2) Dreyfus. Ruptures valvulaires consécutives au traumatisme et à l'effort. (*Thèse de Paris*, 1896.)

(3) C. Kaufmann. Handbuch der Unfallverletzungen, mit Berücksichtigung der deutschen, österreichischen und schweizerischen Rechtsprechung in Unfallversicherungs- und Haftpflichtsachen. 2e éd., Stuttgart, 1897.

(4) Dupuis. Contribution à l'étude des ruptures valvulaires de l'aorte. (*Thèse de Paris*, 1901.)

(5) Christ. Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit. (*Thèse de Bâle*, 1894.)

(6) M. Kaufmann. Influence des mouvements musculaires physiologiques sur la circulation artérielle et cardiaque. (*Arch. de physiol.*, juillet 1892.)

(7) Marey. La circulation du sang. Paris, 1881, p. 464.

L'augmentation de la tension artérielle résultant de l'ensemble de ces facteurs est très considérable, mais de nature passagère, car la compression simultanée du muscle cardiaque entrave les contractions du cœur et amène de la sorte une rapide diminution de la pression. Elle atteint toutefois un degré suffisant pour arracher ou déchirer les valvules sigmoïdes ou les cordages tendineux des valvules bicuspide et tricuspide.

MM. Potain et Barié (1) ont institué jadis des expériences dans le but de mesurer la pression nécessaire pour produire ces déchirures. Les chiffres qu'ils ont obtenus sont très variables : il leur fallut une pression de 11 à 48 centimètres de mercure pour rompre les valvules aortiques, tandis qu'ils ne purent déterminer la déchirure d'un cordage tendineux de la mitrale qu'avec une pression de 105 centimètres. Ces expériences s'écartent trop des conditions naturelles pour qu'on puisse en tirer des conclusions absolument valables, relativement à ce qui se passe sur le vivant.

III

A propos de l'étiologie des lésions valvulaires par effort, il convient d'étudier séparément les causes prédisposantes et la cause immédiate. Il résulte, en effet, des observations consignées dans la littérature médicale que, pour la plupart des cas, il existait une *cause prédisposante* constituée tantôt par des maladies infectieuses aiguës de toute nature, tantôt par des affections chroniques, telles que l'artériosclérose, la néphrite, la goutte, la syphilis, tantôt enfin par des intoxications diverses, notamment par l'alcoolisme chronique. D'après les faits de Corrigan, de Teissier (2) et de Burney-Yeo, le tabes prédisposerait tout particulièrement aux déchirures des valvules aortiques.

Quant à la *cause immédiate*, nous distinguerons, ainsi que nous l'avons fait dans le chapitre précédent, entre les lésions attribuables à un travail musculaire exagéré et continu, et celles qui sont consécutives à un effort subit; nous rattachons à la première de ces catégories les cas où il s'agit d'une influence psychique.

Le travail musculaire exagéré peut se rencontrer dans les métiers les plus différents et sous les aspects les plus divers, et il nous paraît inutile d'insister ici sur les formes de travail particulières mentionnées dans chaque observation. Disons cependant que des courses rapides ou l'ascension d'un escalier jouent un rôle important, et que certains sports, particulièrement la bicyclette, sont susceptibles de constituer une cause immédiate de premier ordre.

Pour ce qui est de l'effort subit, il était représenté tantôt par le mouvement fait pour éviter une chute (Hektoen, Peter, Burney-Yeo), tantôt par l'effort produit pour soulever ou retenir un lourd fardeau (observation personnelle).

Il est enfin des circonstances où les deux ordres de causes se combinent, un effort subit ajoutant ses effets à ceux d'un travail musculaire exagéré et continu : c'est le cas, par exemple, des patients qui étaient occupés, au moment de l'accident, à pousser une lourde voiture.

En ce qui concerne les rapports existant entre la cause prédisposante et la cause immédiate, il

(1) E. Barié. Recherches cliniques et expérimentales sur les ruptures valvulaires du cœur. (*Rev. de méd.*, février, avril et juin 1881, p. 132, 309 et 482.)

(2) Cité par Dreyfus (*Loc. cit.*).

est évident que cette dernière doit être d'autant plus intense que la première est moins accusée, et qu'inversement il suffit d'un traumatisme d'autant plus faible que les lésions prédisposantes sont plus prononcées : ainsi, des ruptures valvulaires du cœur ont pu se produire sans traumatisme extérieur et sans effort particulier chez des sujets atteints d'une affection avancée de l'endocarde ou du muscle cardiaque. C'est à ces seuls faits que nous voudrions réserver, avec M. Dreyfus, le terme de rupture spontanée, employé par M. Barié pour toutes les lésions sans traumatisme extérieur, par conséquent aussi pour les lésions par effort subit.

Il nous paraît indiscutable que des lésions valvulaires peuvent être déterminées par un effort très violent, même quand le cœur est absolument sain. Cependant, il existe d'ordinaire, comme nous l'avons dit plus haut, une prédisposition résultant d'une affection cardiaque antérieure ou d'une diathèse générale.

IV

Pour ce qui est de leur siège anatomique, les lésions valvulaires par effort se rapportent presque sans exception au cœur gauche, c'est-à-dire à la mitrale et aux valvules sigmoïdes de l'aorte.

Voyons d'abord les déchirures de la mitrale. Dans aucun des cas où l'autopsie fut pratiquée, les lésions ne portaient sur la valvule elle-même; elles intéressaient toujours, au contraire, les cordages tendineux ou les piliers charnus. C'est tantôt la déchirure des cordages, tantôt l'arrachement du muscle papillaire que l'on a observés. M. Dreyfus relate 12 faits de cet ordre, dont plusieurs, il est vrai, ne sont pas suffisamment démonstratifs en ce qui concerne les rapports entre l'effort et la lésion cardiaque.

Toutefois, les lésions anatomiques constatées à l'autopsie ne se bornaient pas toujours à de simples déchirures des cordages ou des piliers. C'est ainsi qu'on signale, dans plusieurs cas, la coexistence de végétations tapissant tantôt les fragments des cordages tendineux ou des colonnes charnues rompues, tantôt les valvules elles-mêmes. Il serait important d'établir, dans chaque fait, si les végétations endocarditiques que nous venons de mentionner constituaient la cause prédisposante ou bien n'étaient que la conséquence de la rupture valvulaire; cette question, fort délicate parfois, ne saurait être résolue qu'en tenant compte de toutes les circonstances de l'observation. Nous reviendrons plus en détail sur ce point quand nous relaterons notre observation personnelle.

Les lésions aortiques sont à peu près deux fois plus fréquentes que les lésions de la mitrale, à en juger par la statistique de M. Dreyfus; mais nous ferons remarquer, ici encore, que la preuve des rapports de cause à effet entre l'effort et la lésion cardiaque est loin d'être toujours fournie.

Les lésions se rapportaient tantôt à une seule, tantôt à deux ou trois des valvules; elles consistaient soit en une déchirure en lambeaux, soit en un arrachement au niveau de la ligne d'insertion de la valve.

Pour l'orifice aortique, de même que dans les lésions de la mitrale, les déchirures étaient parfois simples, parfois compliquées d'altérations relevant d'une endocardite, et la question de la nature primitive ou secondaire de cette dernière peut être ici soulevée, tout comme pour les lésions correspondantes de la mitrale.

Parmi les observations où la valvule tricuspide paraît avoir été intéressée, une seule, appartenant à Williams et rapportée par M. Dreyfus, nous semble probante : elle a trait cependant à un sujet rhumatisant, atteint d'une endocardite ancienne. Nous ne connaissons aucun cas de rupture des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire à la suite d'un effort.

V

Nous ne saurions mieux décrire la symptomatologie et les conséquences des lésions valvulaires par effort qu'en relatant brièvement notre observation personnelle.

Un homme de trente-cinq ans, indemne de syphilis, n'ayant, à l'exception de quelques excès faits plusieurs années auparavant, pas d'habitudes alcooliques, et jouissant d'une bonne santé habituelle, avait fait un effort subit et violent pour retenir un tonneau contenant 600 litres d'esprit de vin qu'il était occupé à décharger. Il disait avoir éprouvé à ce moment une sensation qu'il comparait à un coup de fouet dans la poitrine, et avoir eu une épistaxis immédiate; il termina néanmoins sa besogne et rentra chez lui très fatigué. Les deux jours suivants, il essaya de reprendre son travail, mais il dut y renoncer, se sentant mal et expectorant à plusieurs reprises des mucosités mélangées de sang. Il se présenta chez M. Bourquin trois jours plus tard, lui disant « qu'il croyait s'être déchiré quelque chose dans les reins, le ventre ou la poitrine ». M. Bourquin pensa d'abord à un lombago traumatique; mais la cyanose, la fréquence du pouls et un état d'angoisse continuel lui indiquèrent bientôt que le siège du mal devait se trouver ailleurs. En effet, trois semaines après l'accident, l'auscultation, qui, au début, n'avait rien montré de particulier, révélait l'existence d'un souffle systolique, intense et rude, au niveau de la mitrale, sans hypertrophie du cœur; le pouls variait de 110 à 120. La température, à ce moment là, commença à présenter une légère élévation. A ces symptômes s'ajoutèrent des troubles du côté du système nerveux : faiblesse des membres inférieurs, surtout de la jambe gauche, démarche chancelante, vertige. Le malade dut s'aliter, fut pris tour à tour de douleurs à l'épigastre, dans les régions lombaire et rénale et au niveau du thorax, de vomissements bilieux continuels, d'une légère albuminurie. Sept semaines environ après l'accident, il succomba avec les symptômes d'une embolie cérébrale.

A l'autopsie, nous trouvâmes les valvules du cœur normales, sauf un épaississement circonscrit occupant les bords libres de la valve antérieure de la mitrale, sur une longueur de 1 centim. 1/2 et une largeur de 1 centimètre. Ce renflement avait une surface irrégulière, papillaire, très friable. Il ne portait aucun cordage tendineux, mais on voyait sur sa partie inférieure une petite proéminence que l'on pouvait considérer comme l'insertion d'un filament déchiré; par contre, il n'y avait pas de cordages déchirés au niveau du muscle papillaire antérieur. La valve postérieure était indemne. La rate et les deux reins étaient le siège de nombreuses embolies ayant amené des foyers de nécrose très étendus. Dans le cerveau nous constatâmes la présence d'une embolie du tronc de l'artère sylvienne droite, qui était la cause immédiate de l'issue fatale. Le microscope nous révéla que l'épaississement localisé de la mitrale était dû à une endocardite récente, essentiellement végétante, mais présentant par endroits les caractères de l'endocardite ulcéreuse. Les végétations renfermaient de nombreuses colonies de staphylocoques, et ce microorganisme se trouvait également dans les embolies rénale et cérébrale.

Bien que l'existence de l'endocardite ne permît pas d'établir avec sûreté la nature exacte de la lésion valvulaire, l'absence de cordages tendineux sur une étendue assez considérable pouvait faire admettre l'arrachement de quelques cordages. Quoi qu'il en soit, la lésion avait dû être assez intense pour amener une altération grave de la circulation avant le développement de l'endocardite, car les troubles cardiaques s'étaient manifestés les tout premiers jours qui suivirent l'accident, et le peu d'ancienneté de l'endocardite, la parfaite santé du sujet jusque-là, enfin la nature absolument circonscrite de la lésion ne nous autorisaient pas à penser à une endocardite primitive, seulement aggravée par l'effort.

Cette observation nous présente donc toute la série des symptômes que l'on note habituellement après les lésions cardiaques par effort : la sensation anormale, subite, dans la région cardiaque — comparée par notre patient à un coup de fouet —, l'angoisse vague avec douleurs mal localisées et irradiantes dans la suite, les troubles circulatoires se manifestant par une cyanose prononcée, de la rapidité du pouls, un souffle systolique, enfin, à partir de la quatrième semaine, l'apparition des symptômes d'une endocardite infectieuse avec élévation de la température, troubles cardiaques progressifs, embolies multiples ayant entraîné l'issue fatale.

En comparant cette évolution avec celle des faits relatés dans la littérature médicale, nous trouvons, comme signe le plus caractéristique de la lésion valvulaire par effort, une sensation douloureuse subite très intense dans la région cardiaque, accompagnée fréquemment d'irradiations soit vers l'épaule gauche et le bras gauche, soit, comme chez notre malade, vers les lombes et l'abdomen. Souvent les patients indiquent spontanément la sensation de la déchirure d'un organe interne, sans pouvoir toujours localiser cette sensation. Ce symptôme immédiat est suivi parfois, ainsi que nous l'avons observé dans notre cas, de toux et de crachements sanguinolents, d'angoisse empêchant tout travail; le pouls est rapide et l'auscultation révèle un souffle intense, voire perceptible à distance, et pouvant revêtir un caractère musical (Rosenbach); on ressent quelquefois un frémissement cataire très prononcé, quand on applique la main sur la région cardiaque.

Les suites varient suivant les valvules atteintes et les complications éventuelles. C'est ainsi que l'on voit apparaître le syndrome de l'insuffisance mitrale après les lésions de cette valvule, et celui de l'insuffisance aortique après les déchirures des sigmoïdes de l'aorte. Quant au rétrécissement ultérieur des orifices, il ne saurait résulter du traumatisme que s'il se développe une endocardite secondaire. Dans certains cas, la mort est survenue très rapidement après l'accident, causée uniquement par les troubles de la circulation; dans d'autres, les symptômes valvulaires ont persisté pendant des mois ou des années avant d'amener l'issue fatale.

Parmi les complications, nous devons mentionner surtout l'endocardite infectieuse. Il résulte, en effet, des expériences de plusieurs auteurs, principalement de MM. Rosenbach, Orth, Wyssokowitsch, Netter, Weichselbaum, que les lésions traumatiques des valvules constituent une prédisposition très marquée pour l'établissement d'une endocardite (1). Point n'est besoin, à cet effet, de la préexistence d'un foyer purulent : nous savons que le sang peut renfermer, chez le sujet normal, des microorganismes susceptibles de se localiser au niveau d'une lésion traumatique quelconque. Nous citerons comme cas analogue au nôtre, en ce qui concerne du moins l'apparition d'une endocardite infectieuse, l'observation de Biggs (2), relative à une rupture des valvules aortiques, consécutive à une chute, et où survint une endocardite infectieuse mortelle. D'autres faits de même nature, plus ou moins probants, ont été rapportés par divers auteurs (Chvostek, von Leyden, Riedinger).

A côté de cette endocardite aiguë, on pourrait observer des endocardites traumatiques à marche chronique présentant plus ou moins les allures d'une cardiopathie rhumatismale, et susceptibles d'amener le rétrécissement secondaire de l'orifice intéressé.

VI

Le pronostic des lésions valvulaires traumatiques en général, et par conséquent celui des lésions par effort, serait assez défavorable à en juger d'après les faits rapportés jusqu'à pré-

(1) Voir, à ce sujet, le travail très complet de LION : Nature des endocardites infectieuses. (*Thèse de Paris*, 1890.)

(2) Cité par Dreyfus (*Loc. cit.*).

sent; M. Litten (1) le considère comme généralement mauvais.

En tout cas, il est indiscutable que la capacité de travail est diminuée dans une large mesure et que les sujets atteints de lésions cardiaques traumatiques sont obligés d'éviter toute occupation physique quelque peu fatigante. Il pourra donc en résulter, pour l'ouvrier astreint à un travail manuel, une incapacité plus ou moins complète.

VII

Il nous reste à parler du diagnostic et de l'appréciation de ces cas, relativement à l'application de la loi sur les accidents du travail et de l'assurance contre les accidents en général.

A ce point de vue, la tâche du médecin confine souvent à celle du juge. Le premier doit établir avant tout l'existence d'une lésion cardiaque matérielle. Il se guidera pour cela sur les règles élémentaires du diagnostic médical et évitera de confondre des troubles purement nerveux avec des lésions organiques. L'on sait, en effet, que des traumatismes de toute nature — y compris des efforts violents — peuvent être suivis, le plus souvent chez des sujets prédisposés, d'affections nerveuses (neurasthénie, hystérie) qu'on désigne sous le nom de névroses traumatiques. Ces névroses influent fréquemment sur le fonctionnement du cœur et sont accompagnées d'une tachycardie — tantôt paroxystique, tantôt persistante — très considérable, parfois de souffles cardiaques accidentels, et même de sensations douloureuses rappelant les crises d'angine de poitrine des vrais cardiaques. Les faits de ce genre, douteux au premier examen, peuvent nécessiter une observation prolongée; le médecin devra tenir compte très minutieusement des antécédents nerveux éventuels et des symptômes névropathiques concomitants.

La matérialité de la lésion cardiaque établie, il s'agit de démontrer ses rapports étiologiques avec le prétendu effort. On s'appuiera pour cela sur les symptômes objectifs, tels que la constatation d'un souffle particulièrement intense et perceptible à distance, le frémissement cataire, et parfois l'apparition rapide de symptômes d'endocardite. Ces signes ne permettent cependant pas, à eux seuls, d'affirmer l'origine traumatique de l'affection. Les preuves essentielles doivent être cherchées dans les commémoratifs: les sensations éprouvées au moment de l'effort, le développement rapide des troubles cardiaques, l'existence d'une hémoptysie plus ou moins prononcée au cours des premiers jours, constituent des indices précieux et, le cas échéant, décisifs. Les symptômes que nous venons d'énumérer sont de la plus grande importance quand il s'agit de sujets précédemment sains; ils acquièrent le caractère de preuves indiscutables lorsqu'une auscultation pratiquée peu de temps auparavant a démontré qu'il n'y avait aucune lésion cardiaque. Mais ce dernier renseignement fait le plus souvent défaut, et l'on se trouve réduit à conclure à l'intégrité de l'appareil valvulaire en se basant sur des témoignages indirects, tels que l'absence de toute infection ou de toute indisposition grave antérieures et la possibilité pour le sujet de fournir sans difficulté, jusqu'alors, un travail pénible. D'ailleurs, la démonstration de l'intégrité antérieure du cœur n'est point indispensable pour établir le rôle de l'effort incriminé, puisque les lésions cardiaques par effort surviennent le plus souvent chez les sujets qui présentent déjà soit de l'artériosclérose, soit une cardiopathie ancienne ou récente, soit du moins une intoxication chronique susceptible de diminuer la force de résistance des tissus. Seulement, le rôle du traumatisme sera plus difficile à préciser en pareille occurrence, des symptômes semblables à ceux d'une rupture valvulaire traumatique pouvant, chez ces sujets, se produire spontanément, sans cause extérieure. On écartera d'ordinaire l'idée de la nature traumatique de la lésion lorsque l'effort aura été peu violent, surtout si l'affection préexistante a déjà subi des exacerbations aiguës, antérieurement au prétendu accident.

Ceci nous amène à discuter le côté juridique de la question. Il s'agit d'établir : 1° si l'effort incriminé peut être considéré comme accident; 2° dans quelle mesure une prédisposition diminue la responsabilité de la Compagnie d'assurances ou du patron.

L'effort, pour qu'on puisse lui attribuer le caractère d'accident, doit nécessairement être assez considérable et avoir une durée limitée; on accorde généralement la qualification d'accident à tout effort dépassant l'effort moyen nécessité par l'exercice du métier dont il s'agit. Ajoutons qu'en France, la loi du 9 avril 1898, pas plus que la législation des autres pays, ne donne une définition précise du mot « accident », laissant aux tribunaux le soin d'apprécier dans les cas douteux. Si l'avis du médecin à ce sujet est d'une importance indiscutable, ce n'est donc cependant pas à lui qu'il incombe de trancher la question et de déterminer ce qui doit être envisagé comme accident.

Pour en revenir aux lésions valvulaires, il ne saurait y avoir de doute, quand on se trouve en présence d'un appareil circulatoire antérieurement sain, car l'effort nécessaire pour rompre des valvules cardiaques normales sera toujours un effort dépassant la moyenne nécessitée par n'importe quel métier, et devra toujours être accepté comme accident proprement dit. Mais il n'en est point de même pour les cas où il existe des lésions prédisposantes : ici, la rupture pourra survenir même après un effort restant plus ou moins dans les limites du travail habituel. La difficulté principale réside alors dans l'appréciation équitable de la part respective du présent effort et de la prédisposition antérieure dans la genèse de la rupture valvulaire. On conclura volontiers en faveur d'un accident proprement dit si le patient a été à même, jusque-là, de suffire aux exigences de son métier : comme le dit M. Thiem, les ouvriers menacés de rupture spontanée des valvules du cœur ne sauraient faire régulièrement un travail pénible. Inutile de dire que ce dernier élément d'appréciation fait entièrement défaut quand il s'agit d'un effort survenu en dehors des occupations professionnelles, et chez des individus non astreints habituellement à un travail violent; en pareil cas, le médecin sera obligé, à défaut d'autopsie, de baser ses conclusions essentiellement sur les faits anamnestiques.

Les ruptures valvulaires du cœur étant beaucoup plus rares que la hernie de force, nous sommes mal renseignés sur la jurisprudence suivie dans les différents pays. Toutefois, l'assurance ouvrière allemande tient fort peu compte, d'une manière générale, de la prédisposition. Quant à l'assurance privée, les observations sont encore bien moins nombreuses, et les contrats des Compagnies d'assurances ne font généralement pas mention de cette sorte d'accident. Cependant une Compagnie d'assurances a été récemment condamnée à payer la prime, pour un décès survenu à la suite d'une émotion consécutive à un accident, en dehors de toute lésion directe et de tout effort musculaire. Nous pensons, à en juger par cet exemple, qu'un effort subit dûment démontré sera considéré généralement comme accident quand il aura déterminé une rupture valvulaire chez un sujet ayant joui auparavant d'une santé relative. Il nous paraîtrait équitable cependant de diminuer la responsabilité des Compagnies d'assurances dans les cas où l'effort aurait été manifestement insignifiant et la prédisposition très accusée, tout comme nous avons proposé de le faire pour les hernies de force frappant des sujets à prédisposition évidente.

Nous avons envisagé surtout, jusqu'à présent, l'effort violent; il nous reste encore à dire quelques mots du travail musculaire exagéré. Ce dernier agit moins, nous l'avons signalé plus haut, en augmentant la pression intra-cardiaque, qu'en activant les contractions du cœur et en les rendant, au début du moins, plus efficaces. Cette suractivité du cœur ne saurait occasionner de lésions valvulaires que chez des sujets manifestement prédisposés. Le médecin sera donc doublement circonspect dans l'appréciation des cas où le patient indique, comme seul traumatisme, un travail musculaire exagéré, sans effort subit. Ajoutons, d'ailleurs, que les lésions relevant de ce mécanisme sortent le plus souvent d'emblée du cadre de l'accident, et doivent être rattachées plutôt aux maladies professionnelles.

Un dernier point qui pourrait prêter à discussion est constitué par l'apparition ultérieure d'une endocardite infectieuse plus ou moins aiguë. Le pronostic étant considérablement aggravé par cette complication, l'on pourrait se demander s'il est équitable d'en rendre entièrement responsable la Compagnie d'assurances. La question nous paraît tranchée dans le sens affirmatif toutes les fois que le sinistré ne présentait pas, au moment de l'accident, une affection purulente susceptible de créer chez lui une prédisposition particulière pour le développement d'une endocardite. Il pourrait en être autrement dans le cas, évidemment peu fréquent, où l'existence d'une prédisposition semblable serait démontrée : il ne serait que juste de mitiger alors, dans une certaine mesure, la responsabilité de la Compagnie, tout en tenant compte du fait que les lésions traumatiques des valvules du cœur ont par elles-mêmes, et sans complication d'une endocardite aiguë, un pronostic assez fâcheux, et sont susceptibles non seulement de diminuer dans une large mesure la capacité de travail, mais encore de compromettre la vie après un délai plus ou moins long.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds.

(1) LITTEN. De l'endocardite traumatique. (*Semaine Médicale*, 1897, p. 202, 219 et 260.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mai 1902.

Gélo-diagnostic de la fièvre typhoïde et des eaux typhogènes.

M. Chantemesse. — J'ai fait connaître l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 186-187) une méthode de recherche et de diagnostic rapide du microbe de la fièvre typhoïde contenu dans des eaux suspectes, ou dans les garde-robes des malades. Les éléments essentiels de ce procédé étaient d'obtenir sur gélose phéniquée des colonies de surface, de les cultiver dans un milieu lactosé tournesolé, et de les caractériser par l'agglutination avec le sérum. J'ai simplifié ces diverses opérations en incorporant la lactose et le tournesol à la gélose phéniquée.

Cette nouvelle méthode consiste à ajouter à 10 c.c. de gélose ordinaire — eau peptonisée à 3 %, additionnée de 2 % de gélose — quatre gouttes d'eau phéniquée à 5 %, 0 gr. 20 centigr. de lactose et 1 c.c. de teinture de tournesol sensible. On fait fondre au bain-marie et on verse sur une plaque de Petri une mince couche de ce mélange (environ 1 à 2 millimètres d'épaisseur). Sur 5 ou 6 plaques ainsi préparées et solidifiées, on promène successivement et sans le recharger un pinceau de blaireau très fin, trempé préalablement dans une dilution étendue de matières fécales suspectes. Au bout de douze heures à l'étuve, la légère teinte violette de la plaque est parsemée de colonies, les unes roses (colibacilles), les autres bleues (bacilles typhiques). On fait la preuve immédiate de ces derniers par l'agglutination.

Grâce à cette méthode, j'ai pu isoler des bacilles d'Eberth dans les garde-robes de tous les dothiénentériques avérés que j'ai examinés. De plus, dans des cas où la fièvre typhoïde était

soupçonnée cliniquement et où le sérodiagnostic était négatif, j'ai constaté la présence de bacilles typhiques dans les garde-robes. Ces microbes reparaissent en grand nombre à la veille d'une rechute et leur présence, si facile à reconnaître, est un renseignement précieux pour le traitement.

S'il s'agit d'examiner une eau suspecte, celle-ci est filtrée en grande masse à travers une bougie, et c'est la vase qu'elle dépose qui sert aux ensemencements.

Sur les dangers de la chloroformisation.

M. Huchard fait observer, à propos des injections préconisées dans la dernière séance par M. Laborde pour prévenir les dangers de la chloroformisation chez certains sujets, que si l'association de la morphine et de la spartéine ne lui paraît avoir que des avantages, il n'en est pas de même de l'adjonction, à ces deux alcaloïdes, de l'atropine; cette dernière substance, en effet, est un véritable antagoniste de la morphine au point de vue physiologique, mais il n'est pas démontré qu'il en soit de même au point de vue thérapeutique : on ne saurait donc trop recommander de ne l'employer qu'avec une extrême prudence.

M. Le Dentu dit que la plupart des chirurgiens ont eu recours, autrefois, aux injections préventives de morphine et d'atropine, mais que les résultats obtenus ont été si peu encourageants que tous y ont renoncé.

M. Lucas-Championnière ajoute qu'à la suite de ces injections, les sujets anesthésiés sont continuellement en imminence de syncope et que, pour sa part, il ne saurait qu'en déconseiller l'emploi.

M. Laborde déclare qu'à son avis, si les chirurgiens qui ont eu recours à la méthode des injections préventives n'ont pas obtenu de résultats plus satisfaisants, c'est parce que la solution de morphine et d'atropine autrefois en usage contenait une trop faible quantité du second de ces alcaloïdes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1902.

Subluxation du pubis et rupture de l'urèthre membraneux.

M. Mignon. — J'ai été appelé à donner mes soins à un cavalier qui venait de faire une chute de cheval, à la suite de laquelle il avait eu un peu d'hématurie; je portai le diagnostic de fracture du bassin, et me contentai de placer une sonde à demeure. Le lendemain, il me sembla qu'il existait un épanchement prévésical; je pensai alors à une rupture extra-péritonéale de la vessie et me décidai à intervenir : je pus constater qu'il s'agissait, non pas d'une fracture, mais d'une subluxation du pubis; il n'y avait pas de déchirure vésicale; par contre, la portion membraneuse de l'urèthre était complètement rompue. Je pratiquai le cathétérisme rétrograde, et, ne pouvant songer à suturer les deux bouts de l'urèthre, en raison de la rétraction du segment inférieur, je laissai une sonde à demeure, en drainant simultanément la vessie; je dus, d'ailleurs, faire une boutonnière périnéale, pour faciliter l'introduction de la sonde uréthrale. Après divers incidents post-opératoires, qui nécessitèrent de petites interventions complémentaires, le blessé a parfaitement guéri.

M. Bazy. — J'ai eu l'occasion d'observer un fait analogue, également à la suite d'une chute de cheval. Le blessé semblait atteint d'une fracture du pubis et présentait tous les signes d'un phlegmon périvésical consécutif à une rupture de la vessie. Or, il y avait, non pas fracture, mais disjonction de la symphyse pubienne, avec subluxation de l'une des branches horizontales en avant.

Du diagnostic de l'appendicite gangreneuse.

M. Walther. — A propos de la communication que M. Quénu nous a faite dans la dernière séance, je puis vous citer le cas d'une petite fille qui ne présentait qu'une douleur légère, absolument localisée, sans aucune diffusion; néanmoins, je pensai à une appendicite gangreneuse, en raison de l'état général, et, de fait, à la laparotomie, je trouvai — sans qu'il y eût, du reste, le moindre épanchement dans la cavité péritonéale, — un appendice complètement sphacélé; la mort survint quinze heures après mon intervention. Je ne crois donc pas que la diffusion de la douleur à la pression, en dehors du point de McBurney, soit un signe sur lequel on puisse absolument compter pour le diagnostic de l'appendicite gangreneuse. Je suis convaincu que la gravité des infections d'origine appendiculaire dépend exclusivement de la virulence microbienne; malheureusement nous ne sommes pas encore suffisamment documentés, à ce point de vue, sur la bactériologie de l'appendicite.

Ligature de la veine cave inférieure, suivie de guérison.

M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). — Il s'agit d'une femme de trente-six ans, chez laquelle j'avais incisé une pyonéphrose, et qui, quelque temps après cette intervention, revint me trouver dans un état voisin de la cachexie, si bien que je me décidai à pratiquer une néphrectomie. Les adhérences périrénales rendirent l'opération extrêmement laborieuse, et la veine cave fut déchirée sur une longueur d'un centimètre environ. J'essayai de faire une suture latérale, mais, comme le sang continuait à couler, je plaçai deux ligatures circulaires au catgut, l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la plaie vasculaire. Les suites opératoires furent fort simples et la malade guérit rapidement, après avoir présenté seulement un peu d'œdème des membres inférieurs. L'opération date actuellement d'un an, et cette femme continue son métier de pêcheuse sans accuser aucun trouble circulatoire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 mai 1902.

Propriétés hémolysantes du sérum humain.

MM. J. Camus et **Pagniez.** — Nous avons recherché s'il existait une relation entre le nombre des globules blancs et l'intensité de l'hémolyse produite chez le lapin par le sérum humain. Nous avons constaté que les sérums les moins hémolysants étaient aussi les plus pauvres en leucocytes. Dans 3 cas, cependant, où la leucocytose était forte, ce parallélisme était complètement détruit; mais il convient d'ajouter que cette leucocytose était presque exclusivement polynucléaire, et que les mononucléés, source de la macrocytase d'après M. Metchnikoff, n'étaient que faiblement augmentés de nombre.

D'autre part, en étudiant l'action de 24 sérums humains sur les globules humains normaux, nous en avons trouvé 13 doués de propriétés hémolysantes. Ce pouvoir anormal du sérum n'avait aucun rapport avec les variations leucocytaires. De plus, cette hémolyse, que le chauffage à 56° supprime, semble s'effectuer sans l'intermédiaire d'une iso-sensibilisatrice. On conçoit, d'ailleurs, que dans les affections graves déglobulisantes (cancer, chlorose, etc.), des produits globulicides d'origine variée, non retenus par le foie et non éliminés par le rein, puissent circuler dans l'organisme.

Sur les néphrotoxines.

MM. Castaigne et **Rathery.** — Nous avons déterminé des lésions des tubuli contorti par injection d'émulsion rénale ou de sérum néphrotoxique. L'injection au lapin de substance rénale de cobaye entraîne la mort de l'animal avec albuminurie abondante; histologiquement, on constate une cytolyse protoplasmique très nette. Il en est de même si l'on injecte à un lapin la substance de l'un de ses reins enlevé par néphrectomie. Enfin, l'injection au lapin de sérum provenant d'un autre lapin, traité par des injections de sa propre substance rénale (auto-néphrotoxine), de même que l'injection au cobaye de sérum de lapin ayant reçu des injections de substance rénale de cobaye (hétéro-néphrotoxine), amène un amaigrissement progressif, de l'albuminurie, et finalement la mort de l'animal.

Action des courants continus sur l'intestin grêle.

MM. Laquerrière et **Delherm.** — Nous avons étudié l'effet des courants continus sur l'intestin grêle en dehors des points où portent les électrodes.

Immédiatement après l'ouverture de l'abdomen, on constate des mouvements plus ou moins intenses de l'intestin, mais il est difficile de dire si l'électrisation exerce dans ces cas une action directe sur les fibres lisses placées dans le circuit interpolaire, ou seulement une action réflexe.

Sur un intestin qui ne présente pas de mouvements spontanés, les courants continus de faible intensité ne provoquent pas de mouvements inter ou extrapolaires véritables; toutefois il se produit, si l'intestin reste aggloméré, des strictures en divers points de la masse; quand deux anses se touchent, l'une joue par rapport à l'autre le rôle d'électrode.

Avec des intensités dépassant 20 milliampères, on remarque quelques mouvements en dehors des points où portent les électrodes; mais ces mouvements ne sont pas comparables à ceux que l'on obtient au moyen de la faradisation. Enfin, il semble bien que la galvanisation soit sans action sur les fibres longitudinales.

Action parasiticide du sublimé et du formol sur les germes hydatiques.

M. Dévé communique les résultats d'expériences démontrant que les solutions de sublimé à 1 ‰ et de formol à 5 ‰ détruisent la vitalité des germes hydatiques après un contact de deux à trois minutes. Cette notion a une portée pratique : on pourra prévenir l'échinococcose secondaire post-opératoire par une injection parasiticide faite dans le kyste hydatique avant l'ouverture large de la poche.

MM. Surmont et **Drucbert** (de Lille) adressent une note de laquelle il résulte que l'injection sous-cutanée de sérum antipancréatique fait baisser notablement le pouvoir amylolytique du sérum sanguin, ce qui démontre qu'une partie au moins de l'amylase du sang est d'origine pancréatique.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 30 avril et 7 mai 1902.

Un cas de périthéliome de l'utérus.

M. Gottschalk relate l'observation d'une femme de cinquante-deux ans, entrée depuis un an dans la ménopause, chez laquelle quelques troubles (pertes, douleurs abdominales, ténesme vésical) ayant attiré l'attention sur les organes pelviens, il y a six mois environ, on constata l'existence de plusieurs petits fibromes; deux mois plus tard, l'utérus avait augmenté de volume au point d'atteindre le niveau de l'ombilic. L'orateur soupçonnant une tumeur maligne fit une hystérectomie abdominale totale. La matrice, outre des corps fibreux sous-séreux ayant contracté quelques adhérences avec l'S iliaque, le mésentère et le péritoine pariétal, présentait sur sa face interne de nombreuses villosités formées d'un vaisseau central recouvert d'une couche de cellules polymorphes; ces productions ne renfermaient pas de substance intercellulaire mais un abondant stroma, infiltré de petites cellules et riche en vaisseaux. Aux limites de la lésion, près du col, on put s'assurer que les veines étaient entourées d'un manchon cellulaire, tandis que les artères en étaient indemnes.

M. Gottschalk propose d'appeler cette affection *périthéliome utérin;* il n'a pu déterminer si ces néoformations provenaient des espaces lymphatiques périvasculaires ou de l'endothélium lui-même.

M. Pick critique la dénomination de périthéliome, employée par M. Gottschalk, puisqu'il n'est pas démontré que ces productions néoplasiques tirent leur origine des cellules auxquelles Eberth a attribué le nom de *périthéliales.*

A propos de la luxation congénitale de la hanche.

M. Joachimsthal fait une communication au cours de laquelle il montre des photographies

prouvant la réalité de la théorie émise par M. Trendelenburg, pour expliquer le mécanisme de la claudication dans la luxation congénitale de la hanche : par suite du déplacement du trochanter, les faisceaux des muscles moyen et petit fessier ne suivraient plus leur direction normale et deviendraient incapables d'immobiliser le bassin; en conséquence, durant la période d'appui sur le côté malade, le bassin s'inclinerait vers le côté sain, et le haut du corps, pour maintenir l'équilibre, pencherait du côté opposé. Le même trouble s'observerait également, du reste, dans la coxa vara, à cause du déplacement vers le haut du trochanter, ainsi que dans la paralysie des muscles fessiers par poliomyélite antérieure.

En ce qui concerne le traitement, l'orateur estime qu'on doit, après réduction de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, placer le membre en forte abduction et rotation externe et le maintenir dans cette position au moyen d'un appareil plâtré qu'on enlève au bout de trois mois environ; une immobilisation plus prolongée lui paraît inutile.

M. Perl déclare que, d'après les recherches qu'il a faites avec M. Karewski, une immobilisation durant trois mois seulement serait parfois insuffisante. Il attire l'attention sur les difficultés que crée, dans certains cas, l'apparition de phénomènes de contracture en attitude vicieuse.

M. Max David est d'avis, comme M. Joachimsthal, qu'une immobilisation peu prolongée donne des résultats satisfaisants.

M. Joachimsthal fait observer que le meilleur moyen de prévenir les attitudes vicieuses par contracture, dont vient de parler M. Perl, consiste précisément à limiter l'immobilisation au strict nécessaire.

Empyème aigu du sinus sphénoïdal à la suite de l'influenza.

M. Halle relate l'observation d'un homme qui, à la suite d'une grippe, se présenta à lui avec une otite moyenne; la paracentèse du tympan amena une certaine amélioration. Une semaine plus tard, une mastoïdite s'étant déclarée, on fit un évidement de l'antre et on ouvrit en même temps la fosse crânienne moyenne, mais sans y trouver de foyer purulent. Une troisième intervention permit de reconnaître que tout l'os pétreux était infiltré de pus provenant d'une cavité située sous la carotide interne; le patient succomba cinq jours plus tard à des phénomènes méningitiques. L'autopsie montra que la cavité purulente occupait tout le tiers antérieur du rocher et communiquait, par l'intermédiaire de l'apophyse basilaire, avec le sinus sphénoïdal; de ce dernier, l'affection avait également envahi la fosse crânienne antérieure.

Il s'agissait donc d'un empyème aigu du sinus sphénoïdal; cette affection avait été méconnue parce que, au moment où l'orateur observa le malade, les lésions auriculaires dominaient le tableau morbide.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 17 mai 1902.

De l'implantation des uretères dans l'S iliaque.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. R. Frank** a présenté un enfant atteint d'ectopie vésicale, chez lequel il a pratiqué, il y a quatre ans, l'implantation des uretères dans l'S iliaque. A la suite de cette intervention, la vessie est devenue suffisamment continente pendant le jour, mais la nuit le malade est obligé de se lever plusieurs fois pour uriner. Ce fait plaide en faveur de l'opération de Maydl et prouve qu'il n'y a pas à craindre une infection ascendante des reins par l'intermédiaire des uretères abouchés dans l'intestin.

M. von Eiselsberg déclare avoir pratiqué 8 fois l'opération de Maydl; 3 des malades ont succombé, mais chez un seul la mort a été due à une infection ascendante.

Nature des corps de Zuckerkandl et des groupes cellulaires « chromaffines ».

M. Biedl a communiqué le résultat de ses recherches sur les petits corps trouvés par M. Zuckerkandl dans l'espace rétropéritonéal des nouveau-nés, à l'origine des artères mésentériques supérieures.

D'après l'orateur, l'extrait aqueux de ces organes possède la même action physiologique que l'extrait de capsules surrénales : injecté dans les veines, il détermine une élévation de la pression sanguine et un ralentissement du pouls. Ces effets seraient dus à la présence, aussi bien dans les corps de Zuckerkandl que dans les capsules surrénales, de cellules polygonales qui se colorent en jaune par l'acide chromique (*cellules chromaffines*).

M. Biedl considère ces corps comme des capsules surrénales accessoires; ils s'hypertrophient, en effet, lorsqu'on extirpe les capsules surrénales vraies. Les fonctions des capsules accessoires seraient limitées à la vie embryonnaire; ces corpuscules s'atrophieraient ensuite et seraient remplacés par les vraies capsules surrénales dont l'activité persiste toute la vie. Le principal rôle de ces organes est de régulariser la pression sanguine.

Eschares de la peau chez les ouvriers qui manipulent la soude.

M. Ehrmann a montré un homme qui est porteur de petites eschares arrondies de la peau. L'orateur a observé la même lésion chez plusieurs ouvriers occupés à l'expédition de sacs de soude et il pense que c'est à la pénétration de petits cristaux de soude caustique à travers les vêtements qu'il faut attribuer ces eschares.

M. Kreibich a rencontré des altérations analogues de la peau chez des malades atteints d'herpès tonsurans et traités avec le savon vert, lequel contient de la potasse caustique.

Lèpre et syringomyélie.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Gerber** a relaté l'observation d'une femme de soixante-dix-huit ans, originaire de Hongrie et n'ayant jamais habité des localités où règne la lèpre, chez laquelle débutèrent, il y a dix ans, des symptômes syringomyéliques (troubles de la marche avec abolition des réflexes), bientôt suivis de l'apparition, sur le visage et les membres, d'infiltrations et de nodosités cutanées offrant tous les caractères de la lèpre tubéreuse. L'examen du mucus nasal d'une part, celui de quelques nodosités de la peau d'autre part, permirent de constater l'existence de nombreux bacilles lépreux. Cette malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie une syringomyélie limitée à la région cervicale; il n'existait pas de bacilles lépreux dans la moelle. Ce fait peut donc être considéré comme un exemple d'association de la lèpre avec la syringomyélie.

M. H. Schlesinger est d'avis que cette association est peut-être une simple coïncidence; cependant il ne serait pas impossible que la syringomyélie pût être déterminée par les toxines des bacilles lépreux.

Diabète pancréatique avec ictère.

M. H. Teleky dit avoir observé 2 diabétiques qui, peu de semaines avant leur mort, furent atteints d'ictère, en même temps que disparaissait la glycosurie. Chez l'un de ces malades on constata, à l'autopsie, une pancréatite chronique avec prolifération abondante de tissu conjonctif ayant comprimé le canal cholédoque. Chez l'autre, il s'agissait d'une dégénérescence cancéreuse du pancréas, qui avait également déterminé une compression du canal cholédoque.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches concernant l'influence de la position du corps sur l'évacuation de l'estomac, par M. R. Link.

Plusieurs auteurs ont recommandé le décubitus latéral droit dans les cas d'insuffisance motrice de l'estomac, pour faciliter l'évacuation du contenu de cet organe; dans cette position, le pylore représente la partie le plus déclive, et il paraît rationnel de supposer que la pesanteur, agissant dans le même sens que les contractions musculaires, permettra à la poche gastrique de se vider plus facilement que si le malade était dans la situation verticale ou couché sur le dos. Mais il manquait à cette hypothèse la confirmation de l'expérimentation. Aussi, M. Link a-t-il étudié l'évacuation de l'estomac chez 24 sujets atteints d'affections gastriques les plus diverses; à cet effet, il leur faisait prendre un repas d'épreuve consistant en 50 grammes de biscuit avec une tasse de thé et un morceau de sucre; une heure plus tard, il pratiquait des lavages de l'estomac jusqu'à ce que le liquide ressortît parfaitement limpide; on rassemblait alors les résidus solides sur un filtre taré, on les soumettait à la dessiccation et on les pesait. Il est nécessaire de procéder au lavage dans le décubitus dorsal et même de commander au patient de changer de position pendant le lavage, si on veut être sûr de débarrasser complètement l'estomac de son contenu : Schüle a constaté que, dans ces conditions, chez l'individu normal, le poids du résidu sec varie entre 1 gramme et 5 gr. 50 centigrammes.

En employant cette méthode, l'auteur a pu s'assurer que parfois le résidu gastrique est plus ou moins abondant suivant la position adoptée par le malade; d'ordinaire, il est plus faible quand celui-ci se couche sur le côté droit que quand il s'étend sur le côté gauche ou sur le dos, et la différence est parfois considérable : ainsi, dans un cas de gastroptose, le résidu était, après une heure de décubitus latéral droit, de 8 gr. 80 centigrammes, tandis qu'il atteignait 30 grammes après le même temps passé sur le côté gauche. Chez d'autres sujets, l'estomac se vidait aussi rapidement quelle que fût la position, sans que la nature de leur affection donnât une explication plausible de ce fait; en effet, on trouve dans cette catégorie, à côté de patients atteints de gastrite chronique, des cas de gastroptose ou d'entéroptose. Les observations relatives au décubitus dorsal et à la station verticale (le sujet faisant dans cette dernière position un exercice modéré) ne permettent pas de conclure en faveur de l'une ou de l'autre de ces attitudes, au point de vue du travail de l'estomac.

M. Link estime que l'on peut tirer certains renseignements diagnostiques de cette rapidité variable dans l'évacuation de l'estomac. Dans le cas de gastroptose cité plus haut, la différence était considérable selon la position; l'auteur pense que la cause des troubles était une atonie de la tunique musculaire de l'estomac, atonie que compensait en partie, dans le décubitus latéral droit, l'effet de la pesanteur. Dans deux autres cas d'ectasie et d'atonie gastriques, au contraire, la différence était insignifiante; or, chez l'un de ces malades, il s'agissait d'un cancer, et chez l'autre d'un spasme du pylore; dans ces deux faits, le résidu avait un poids relativement élevé.

La conclusion pratique de ces recherches est que le décubitus latéral droit est en général la position qui convient le mieux pour l'évacuation rapide de l'estomac. Malheureusement, cette position est sans effet quand on a affaire à une sténose du pylore; chez les sujets atteints d'ulcère, elle n'est pas recommandable et, d'ailleurs, elle est d'ordinaire mal supportée. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.) — A. J.

De l'extraction, par l'estomac, des corps étrangers de la partie inférieure de l'œsophage, par M. Wilms.

L'auteur rapporte un cas d'extraction par la voie stomacale d'un dentier siégeant dans la partie inférieure de l'œsophage. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, qui avait avalé un fragment de son dentier; la sonde œsophagienne passa facilement, mais elle ramena du sang, de sorte qu'on s'abstint de tentatives ultérieures par les voies naturelles. Une première épreuve radiographique, prise d'avant en arrière, ne donna aucun résultat; on fit une seconde épreuve après rotation du corps de 45 degrés, ce qui permit d'apercevoir les parties métalliques du dentier entre la huitième et la neuvième vertèbre dorsale, c'est-à-dire à 6 ou 7 centimètres au-dessus du cardia. Ne réussissant pas à pousser le corps étranger dans l'estomac, M. Wilms ne continua pas les manœuvres intra-œsophagiennes, et se décida à tenter l'extraction par la

voie stomacale. Ayant mis à nu l'estomac, il établit sur la paroi de ce viscère, aussi près que possible du cardia, une suture en bourse au centre de laquelle il incisa la paroi stomacale, puis il y introduisit son index, coiffé d'un doigtier. Ceci fait, il serra la suture en bourse autour de son doigt, afin d'éviter l'écoulement du contenu stomacal, et poussa alors son index dans le cardia; il put ainsi arriver jusqu'au dentier, le saisir et enfin l'extraire, après l'avoir délogé à l'aide d'une sonde œsophagienne introduite par le nez; l'estomac fut enfin suturé. Le patient put quitter l'hôpital seize jours après l'opération.

L'auteur insiste à ce propos sur la nécessité de pratiquer l'incision aussi près que possible du cardia, ce qui permet d'éviter une incision très étendue et l'introduction dans l'estomac de la main entière. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.) — F. DE Q.

Sur la dysenterie expérimentale chez le chien, par M. H. F. HARRIS.

L'auteur a tenté de provoquer expérimentalement la dysenterie chez le chien avec les microorganismes les plus divers, tels que le bacille d'Eberth, le colibacille, l'actinomyces, la bactéridie charbonneuse, le staphylocoque, le streptocoque, le bacille dysentérique décrit par Shiga; ainsi que différents microbes isolés des garde-robes de sujets atteints de dysenterie. Aucun de ces essais ne fut couronné de succès. Par contre, M. Harris, corroborant ainsi des recherches déjà anciennes de Hlava et de Kartulis, réussit à communiquer une dysenterie presque constamment mortelle à de jeunes chiens, en poussant dans le rectum une injection de fèces de dysentériques.

Par l'ensemencement sur plaques de ces matières virulentes, l'auteur obtint des colonies microbiennes dont aucune cependant ne parut pathogène à l'égard des jeunes chiens. Il semble donc bien que l'agent spécifique de la dysenterie ne peut pas être cultivé sur les milieux usuels, et on en arrive ainsi à conclure que le rôle essentiel, dans la pathogénie de cette affection, doit être imparti à l'*Amœba coli* que l'on trouve en abondance dans les fèces des dysentériques, d'autant plus que les amibes sont particulièrement nombreuses au niveau et au voisinage des ulcérations intestinales. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — F. M.

Contribution au diagnostic de la môle hydatiforme, par M. W. POTEN.

Dans le présent travail, M. Poten décrit un nouveau signe clinique qui faciliterait le diagnostic, ordinairement si délicat, de la môle hydatiforme.

Chez 3 malades atteintes de cette complication, on percevait, à la surface de l'utérus, de petits épaississements nodulaires, ressemblant plus ou moins à de petits myomes ou à des parties fœtales. Ces nodosités, apparaissant et disparaissant quelquefois très vite (en quelques minutes) sur n'importe quel point de la surface accessible de l'utérus, doivent être rattachées à la contraction musculaire. Les contractions dont peut être le siège l'utérus gravide normal se distingueraient d'avec les précédentes par leur étendue et leur forme fasciculaire.

Il est possible, cependant, que les nodules signalés par l'auteur n'appartiennent pas d'une manière exclusive à la grossesse hydatique; mais il est à remarquer que, chez 2 autres femmes où M. Poten les a constatés avec plus ou moins de netteté, il s'agissait de grossesse avec fœtus mort; dans l'un de ces cas, le phénomène était même si marqué que la malade se croyait atteinte d'une tumeur abdominale. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept. 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un cas d'actinomycose du cou; opération suivie de guérison, par M. C. MORRIS.

L'observation que l'auteur relate dans ce travail concerne un homme de trente-trois ans qui avait été pris subitement de douleurs très violentes au niveau de la deuxième grosse molaire gauche. Il consulta un dentiste qui se prononça pour la conservation de la dent et, après quelques jours de traitement, en fit une obturation provisoire. Le malade alla bien pendant deux semaines, puis les douleurs se reproduisirent et s'étendirent à toute la moitié de la face, qui commença à enfler. Le dentiste, pensant à une carie de la racine, pratiqua l'avulsion de la dent. Cette opération, loin de soulager le patient, fut suivie d'une exacerbation de la douleur; il survint, en outre, une contracture des mâchoires, qui ne permettait au malade d'avaler que des liquides. C'est dans cet état que M. Morris eut l'occasion de voir cet homme pour la première fois, deux mois environ après le début de la maladie. Ce qui attira surtout son attention, ce fut une série de petites tumeurs nodulaires situées au-dessous de l'angle du maxillaire gauche et dont deux étaient molles et légèrement fluctuantes. Croyant se trouver en présence d'une carie ou d'une ostéomyélite du maxillaire, il incisa ces deux petites tumeurs qui renfermaient du pus ordinaire. Au bout de dix jours de séjour à l'hôpital, pendant lesquels il avait beaucoup souffert, au point qu'on avait été obligé de lui faire des injections répétées de morphine, le patient rentra chez lui; mais il dut bientôt se faire admettre de nouveau, les abcès nodulaires s'étant multipliés d'une façon extraordinaire, de sorte que toute la région cervicale gauche en était envahie et que le trismus était complet. On put immédiatement se rendre compte qu'un changement s'était produit dans l'aspect et dans la nature du pus, lequel renfermait des granules de coloration blanc jaunâtre, des dimensions d'une pointe à celles d'une tête d'épingle. Il s'agissait évidemment d'actinomycose, et l'examen microscopique ne fit que confirmer le diagnostic clinique.

L'opération consista dans l'ablation de la masse entière — qui s'étendait du maxillaire inférieur à la clavicule et de la ligne médiane du cou jusqu'à la gaine des gros vaisseaux —, dans la résection de la partie du maxillaire comprise entre l'angle et la deuxième grosse molaire, dans le curettage de l'os et des tissus mous qui étaient très friables. Le sterno-cléido-mastoïdien et les muscles profonds du cou étaient d'une dureté ligneuse, ce qui prouvait que le processus n'était pas limité aux parties qu'on avait enlevées; mais comme il était impossible de pousser l'opération plus loin, on dut s'en tenir là et on prescrivit dès le troisième jour de l'iodure de potassium à doses croissantes. Trois semaines environ après l'opération, et grâce à ce traitement, l'induration musculaire avait disparu et le patient pouvait entr'ouvrir la bouche et s'alimenter d'une façon suffisante. L'usage de l'iodure de potassium fut continué, et au bout de quatre mois la guérison pouvait être considérée comme complète et définitive.

L'auteur insiste en terminant sur l'efficacité du traitement chirurgical, associé à l'administration de l'iodure de potassium. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, décembre 1901.) — S. J.

Séroréaction de Widal dans un cas de méningite tuberculeuse, par M. E. MACKEY.

Le cas relaté par l'auteur a trait à une femme de vingt-huit ans, admise au Sussex County Hospital avec le diagnostic de fièvre typhoïde, établi par le médecin traitant, et basé principalement sur le résultat positif qu'avait donné l'épreuve de Widal avec des dilutions du sérum à 1 pour 10 et à 1 pour 30. A l'hôpital, on rechercha de nouveau la séroréaction et on parvint à l'obtenir, au bout de dix minutes, avec une dilution à 1 pour 10, et même, après vingt minutes, avec une dilution à 1 pour 20.

La maladie avait débuté, quinze jours avant l'admission de la patiente, par de la céphalalgie accompagnée de vomissements. A l'examen, on nota de la prostration, voire un léger degré d'hébétude; la langue était chargée et présentait des tremblements; l'abdomen paraissait rétracté; il n'existait pas de taches rosées. Le thermomètre marquait 38°3, et on comptait 76 pulsations et 24 respirations à la minute. Les urines, riches en phosphates, ne contenaient pas d'albumine. La malade se plaignait constamment de maux de tête et de rachialgie. Au bout de quatre jours, son état commença à s'aggraver, et, trois jours après, la mort survint, précédée de convulsions intéressant surtout la tête et le bras, avec cyanose, strabisme interne bilatéral et vomissements.

A l'autopsie, on ne trouva pas la moindre ulcération dans l'intestin grêle; par contre, il existait des tubercules miliaires au niveau de la portion inférieure de l'iléon. Les méninges étaient légèrement hyperémiées et, le long des vaisseaux des deux scissures de Sylvius, on nota l'existence de plusieurs tubercules de date récente.

Bien que le tableau clinique qu'avait présenté cette femme eût milité en faveur de l'hypothèse d'une méningite, ce diagnostic n'avait pas été posé pendant la vie, à cause du résultat positif de l'épreuve de Widal. (*Lancet*, 25 janvier 1902.) — L. CH.

Un cas de diathèse hémorrhagique à terminaison fatale due au décollement prématuré du placenta, par M. J. B. DE LEE.

L'observation relatée dans le présent travail est intéressante en raison de l'obscurité qui règne encore sur l'influence des états hémophiliques à l'égard des hémorrhagies puerpérales.

Elle concerne une femme de trente-cinq ans, hémophile avérée, car chez elle le moindre trauma provoquait de petits hématomes sous-cutanés, mais qui n'avait jamais présenté d'hémorrhagie génitale, en dépit de trois grossesses, dont deux terminées par avortement, et de deux curettages, l'un instrumental, l'autre digital, pratiqués respectivement pour endométrite et pour rétention placentaire post-abortive. Les menstrues étaient cependant abondantes et duraient de huit à dix jours; elles n'étaient régulières que depuis le mariage. Enceinte pour la quatrième fois, cette femme vint consulter M. de Lee au septième mois de sa grossesse; sauf une mollesse extrême de l'utérus, on ne constatait rien d'anormal.

Quelques jours plus tard, survinrent pendant la nuit des douleurs abdominales vives et de la diarrhée; le pouls était plein et bondissant, le visage très pâle; l'utérus, antérieurement si mou, était devenu dur et douloureux au palper. Vers le matin apparurent des hémorrhagies utérines, qui ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un décollement prématuré du placenta. En raison de la pâleur et de la faiblesse de la malade, on se hâta de pratiquer l'accouchement prématuré en introduisant un colpeurynter dans le col et en retirant le fœtus par version; le placenta déjà complètement décollé fut aussitôt extrait. Pendant ces manœuvres, qui avaient pris environ deux heures, l'état de la patiente avait rapidement décliné; on lui fit des injections sous-cutanées de strychnine et d'ergotine, sans autre résultat que d'amener chaque fois des hématomes sous-cutanés ou même de petites hémorrhagies en nappe par l'orifice de la piqûre; sur la paroi droite du vagin, on notait également une infiltration hématique. L'accouchement terminé, l'hémorrhagie s'arrêta un instant, mais elle reprit bientôt en dépit du tamponnement, et cette femme ne tarda pas à succomber.

A propos de ce fait, M. de Lee en cite deux autres où il y avait également de l'hémophilie utérine, mais sans hémophilie générale, l'un chez une nouvelle accouchée, l'autre chez une nullipare à la suite d'un simple cathétérisme utérin. Dans ces cas, comme dans le précédent, le sang était remarquable par son apparence fluide et laquée et par l'absence presque complète de caillots. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, décembre 1901.) — R. DE B.

Note sur les brûlures par les rayons X et sur leur traitement, par M. TH. W. HUNTINGTON.

Des observations récentes tendent à démontrer que les altérations produites par les rayons X ne sont pas de véritables brûlures, mais résultent d'un trouble vasomoteur aboutissant à la contraction des artérioles cutanées, et, par suite, à la nécrobiose et à l'ulcération de la peau. Ces lésions se montrant toujours fort rebelles, M. Huntington en a tenté la cure chirurgicale par le procédé suivant:

Un homme de trente-cinq ans offrait, depuis six mois environ, dans la portion sus-ombilicale du muscle droit de l'abdomen, du côté droit, une plaque de dermite grande comme une soucoupe de tasse à thé, qui s'était développée à la suite de quelques séances de radioscopie. Au centre de la lésion en question existait une ulcération ovalaire, de 7 à 8 centimètres carrés, à bords hyperesthésiques auxquels faisait suite une zone hyperémique, laquelle était le siège de vives démangeaisons.

Ayant fait endormir le malade, M. Huntington extirpa la zone ulcérée en la circonscrivant d'une incision profonde qui intéressait tout le pannicule adipeux jusqu'à la gaine du muscle droit. Le pannicule étant sclérosé, on le réséqua à une certaine distance tout autour de l'incision; la peau ainsi décollée fut ensuite suturée à la gaine du grand droit, et on recouvrit l'espace cruenté restant avec des greffes de Thiersch.

La guérison fut parfaite et s'est depuis lors maintenue; la cicatrice présente un petit point rouge, mais sans tendances à l'ulcération; autour d'elle la peau forme une sorte de chéloïde annulaire. (*Ann. of Surgery*, décembre 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Des abcès sous-muqueux du larynx consécutifs au croup, par M. L. Concetti.

En 1897, M. le professeur Massei (de Naples) fit connaître pour la première fois une affection du larynx particulière aux enfants et qu'il décrivit sous le nom d'abcès péri-trachéo-laryngé. Cette affection, dont la plupart des symptômes ressemblent à ceux du croup, se manifeste en premier lieu par des troubles respiratoires très graves; l'inspection du larynx montre cependant l'absence complète de fausses membranes, mais elle révèle, au niveau de la muqueuse de l'espace sous-glottique, l'existence d'une saillie plus ou moins prononcée qui constitue un obstacle quelquefois infranchissable à l'intubation. L'incision de la trachée, à la hauteur du cartilage cricoïde et des premiers anneaux, est suivie d'un écoulement plus ou moins abondant de pus, et le même phénomène se produit quelquefois lorsqu'on parvient à introduire un tube laryngé en forçant l'obstacle. M. Massei avait admis que ces faits correspondaient à une adénite suppurée du groupe ganglionnaire décrit par Gouguenheim et Leval-Picquechef, et surtout des ganglions supérieurs de ce groupe, situés derrière le cartilage thyroïde, sur le trajet du récurrent : c'est au voisinage de la collection purulente avec ce nerf que serait due la paralysie de la corde vocale correspondante qu'on observerait dans tous les cas d'abcès péri-trachéo-laryngé. Il s'agirait, en résumé, d'un abcès extra-laryngé qui, au lieu de se propager vers l'extérieur, viendrait faire saillie dans le canal laryngo-trachéal ou il trouverait une résistance moins grande.

Or, d'après M. Concetti, qui vient de reprendre l'étude de cette question, la manière de voir de M. Massei ne correspondrait pas à la réalité des faits. Il existe bien, dit-il, des abcès sous-muqueux du larynx provoquant la plupart des symptômes subjectifs et objectifs décrits par M. Massei, mais ces abcès prendraient naissance dans le larynx lui-même, tandis que la tuméfaction ganglionnaire que le professeur de Naples considère comme le point de départ de l'affection ne serait, lorsqu'elle existe (et elle n'existerait pas toujours), que secondaire. Il est vrai que, dans les faits publiés par M. Massei, on avait affaire à des abcès péri-trachéo-laryngés *primitifs*, tandis que M. Concetti parle d'abcès sous-muqueux du larynx *consécutifs au croup*. Mais ce dernier auteur ne voit dans le croup qu'un élément prédisposant, favorisant l'invasion de diverses variétés microbiennes telles que staphylocoques et streptocoques, ces deux espèces étant les seules que M. Concetti ait constatées dans les 3 cas qu'il a observés. En dehors même du croup, il suffit d'une érosion quelconque de la muqueuse du larynx, imperceptible au point d'échapper complètement à l'examen laryngoscopique, pour favoriser l'entrée de microorganismes pathogènes, et telle serait aussi la pathogénie de l'érysipèle primitif du larynx décrit en 1885 par M. Massei et du phlegmon primitif du même organe signalé en 1888 par M. Senator : ces deux affections, qui ont une étiologie commune, étant toutes deux des infections streptococciques, ne se distinguent d'avec celle qui nous occupe en ce moment que par la virulence plus grande des microbes pathogènes. Or, de même que personne ne songerait à soutenir que l'érysipèle et le phlegmon primitifs du larynx sont d'origine extra-laryngée, de même on doit admettre, par analogie, que l'abcès sous-muqueux du larynx, qu'il soit primitif ou consécutif au croup, débute également dans l'intérieur du larynx et peut consécutivement envahir les ganglions, en y déterminant ou non une suppuration.

A ces considérations théoriques, l'auteur croit pouvoir ajouter certains arguments qui lui ont été fournis par l'autopsie d'un de ses malades et qui, d'après lui, démontrent d'une façon irréfutable l'impossibilité d'attribuer une origine extra-laryngée aux abcès sous-muqueux du larynx.

Le groupe ganglionnaire de Gouguenheim et Leval-Picquechef, constitué par plusieurs ganglions dont chacun présente un volume qui ne dépasse pas celui d'une tête d'épingle, est situé derrière le lobe latéral du corps thyroïde, au niveau de la portion postéro-latérale du ligament qui unit le cartilage cricoïde aux premiers anneaux de la trachée; il est entouré d'une couche de tissu conjonctif lâche et se trouve dans le voisinage immédiat du récurrent. Il est limité par les muscles prévertébraux en arrière, par le lobe latéral du corps thyroïde en avant, par l'angle que forment l'œsophage et la trachée en dedans, par la gaine des gros vaisseaux du cou en dehors. Il est évident que c'est en arrière, du côté des muscles prévertébraux, et en dedans, du côté de la trachée, qu'une collection purulente, développée dans cette région rencontrera les plus grands obstacles, et que le minimum de résistance se trouvera au contraire précisément en dehors et en avant, de sorte qu'un abcès péri-trachéo-laryngé ne pourrait pénétrer dans la trachée et dans le larynx qu'après avoir formé, dans la région latérale du cou, une tumeur considérable. Or, dans aucun des faits, relatés jusqu'ici, pas plus dans ceux de M. Massei que dans ceux de M. Concetti lui-même, cette tumeur externe n'a été constatée, et ce n'est qu'après avoir incisé la trachée qu'on a découvert la collection purulente. A moins d'admettre qu'en se portant vers le larynx et la trachée, le pus ait complètement abandonné la région externe, ce fait reste inexplicable avec la théorie de M. Massei. L'auteur a bien vu, dans un de ses cas, l'abcès s'ouvrir à l'extérieur; mais là encore il s'agissait d'un abcès intra-laryngé; seulement le malade avait été intubé et, comme la collection purulente était récente, le tube avait pu pénétrer dans le larynx sans perforer l'abcès dont les parois n'étaient pas encore très amincies; le tube avait été laissé ensuite dans le larynx pendant plusieurs jours, renforçant ainsi la résistance des parois laryngées, et empêchant l'abcès de s'ouvrir dans l'intérieur de la cavité.

Il résulte, en outre, de dissections pratiquées par M. Concetti que le groupe ganglionnaire incriminé par M Massei est situé à la limite tout à fait inférieure du larynx. En supposant qu'un abcès de cette région se porte du côté des voies respiratoires supérieures, il ne pourra y pénétrer que par le point qui lui opposera la plus faible résistance. Ce point se trouve situé sous le cartilage cricoïde, au niveau de la partie postéro-latérale de la portion initiale de la trachée dont les anneaux sont dépourvus de tissu cartilagineux. Or, dans tous les cas publiés jusqu'à ce jour, l'abcès du larynx est signalé comme se trouvant immédiatement au-dessous des cordes vocales, ce qui supposerait la migration du pus de bas en haut, fait qui paraît inadmissible.

Quant à la paralysie de la corde vocale, que M. Massei avait indiquée comme un des premiers symptômes de cette affection et qu'il attribuait à la compression du récurrent par l'abcès ganglionnaire du cou, l'auteur, sans en proposer une explication, se croit autorisé, de par ses recherches anatomiques, à considérer comme improbable celle qui a été formulée par M. Massei. (*Arch. ital. di laringol.*, XXII, 1.) — S. J.

Sur le diagnostic histologique de la rage, par M. U. Biffi.

On se rappelle les discussions auxquelles donnèrent lieu naguère les résultats divergents des recherches de MM. Van Gehuchten et V. Babes, ayant pour but d'établir quelles sont, parmi les lésions que l'on constate dans le système nerveux des animaux morts de la rage, celles qui permettent de porter, d'une façon précoce et certaine, le diagnostic de cette affection (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 40, 133, 169, 229 et 242).

Devant le haut intérêt pratique de cette question, M. Biffi a cru devoir entreprendre des expériences de contrôle, dont la multiplicité donne à ses conclusions une haute valeur : en effet, il a examiné le système nerveux d'une soixantaine d'animaux d'espèces très diverses, les uns inoculés avec le virus fixe, les autres ayant contracté sûrement la rage des rues ou présentant des symptômes qui permettaient de soupçonner cette affection.

Le fait essentiel qui résulte de ce travail, c'est que les lésions les plus caractéristiques pour le diagnostic de la rage sont représentées par la multiplication des noyaux conjonctifs et endothéliaux dans le tissu de soutènement du système nerveux central, et particulièrement par l'accumulation de ces noyaux, associés à des éléments migrateurs, autour des neurones et des vaisseaux, tant dans le ganglion du vague que dans le bulbe.

En ce qui concerne les altérations signalées par M. Van Gehuchten (phénomènes de destruction des cellules nerveuses au niveau des ganglions cérébro-spinaux), elles existaient toujours chez le chien, le chat, le bœuf et le lapin morts à la suite de l'évolution spontanée de la maladie; on les rencontrait même au cours de celle-ci chez les trois premiers de ces mammifères.

Quant aux lésions considérées comme caractéristiques par M. Babes, M. Biffi déclare que celles qui intéressent les éléments nerveux eux-mêmes sont constantes; l'infiltration périvasculaire serait fréquente; au contraire, les nodules rabiques péricellulaires et la thrombose des petites veines seraient rares.

Enfin, l'auteur a trouvé, chez des animaux morts d'une maladie autre que la rage, soit les altérations décrites par M. Van Gehuchten, soit celles qu'a fait connaître M. Babes; mais il n'a constaté la coexistence des unes et des autres que chez les animaux enragés.

Ajoutons que M. Biffi s'élève, à propos de la prophylaxie de la rage, contre la pratique qui consiste à abattre immédiatement l'animal mordeur et à soumettre sans plus tarder la personne mordue au traitement antirabique. Il fait observer qu'il serait beaucoup plus logique de conserver l'animal suspect en observation, ce qui permettrait de porter, au bout de quelques jours, un diagnostic certain et de ne faire les injections antirabiques qu'à bon escient. (*Ann. d'igiene sperim.*, XI, 1.) — F. F.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Etudes de bactériologie clinique sur les bronchites, par M. I. Jundell.

Dans le présent travail, M. Jundell rend compte de recherches qu'il a faites, sur le contenu bactériologique des exsudats bronchiques, dans 30 cas d'inflammation primitive des voies aériennes, dont 10 concernaient des enfants.

En raison de l'absence habituelle d'expectoration dans le jeune âge, l'examen bactériologique des sécrétions bronchiques infantiles n'a été fait jusqu'ici que d'une manière exceptionnelle et par des procédés peu pratiques. L'auteur a tourné cette difficulté de la manière suivante : on place le petit malade comme si l'on voulait examiner sa gorge et on introduit dans sa bouche une spatule; la seule présence de cet instrument suffit souvent à provoquer une quinte de toux; dans le cas contraire, on enfonce la spatule un peu plus loin et l'on vient irriter par son contact l'isthme du gosier ou l'épiglotte. Les mucosités chassées par la toux apparaissent aussitôt dans l'arrière-gorge, où on les recueille à l'aide d'un tampon d'ouate bien comprimé, monté sur une pince. Ce tampon est lavé dans de l'eau ou du bouillon stérilisés; les pelotons de mucosités qui s'en détachent sont portés dans une nouvelle solution, puis dans une autre, et ainsi de suite. Après une dizaine de ces lavages, ils sont à peu près complètement débarrassés des produits étrangers qui ont pu se joindre à eux dans la bouche; il est bon, en outre, de n'examiner et de ne cultiver que leurs parties les plus centrales.

Sur les 30 cas examinés par M. Jundell, 7 concernaient des broncho-pneumonies et les 23 autres des trachéo-bronchites dont la plupart étaient primitives ou d'origine grippale; 2 cependant étaient dues à la rougeole, 2 à la tuberculose et 1 à la diphtérie; il est à noter que dans ce dernier cas, relatif à un enfant, le diagnostic

ne put être porté que grâce au procédé d'examen imaginé par l'auteur. Au point de vue de la flore microbienne, et abstraction faite des trachéo-bronchites tuberculeuse et diphtérique, les observations se répartissaient de la manière suivante : 5 fois les exsudats bronchiques se montrèrent stériles; 1 fois ils renfermaient une espèce microbienne assez voisine du bacille de l'influenza de Pfeiffer; dans 3 cas, il s'agissait de méningocoques; dans 9, de bacilles de Pfeiffer et dans 2 de staphylocoques associés à des streptocoques divers (cette dernière constatation se rapportait aux 2 bronchites morbilleuses). En ce qui concerne les 7 broncho-pneumonies (dont 6 chez des enfants), les exsudats contenaient, isolés ou associés, des bacilles de Pfeiffer, des méningocoques, des pneumocoques et des streptocoques.

Ces recherches montrent tout d'abord la fréquence du méningocoque dans les sécrétions bronchiques; ce microbe existait également chez les 2 sujets atteints de bronchite tuberculeuse; il n'a donc aucune valeur spécifique dans la production de la méningite cérébro-spinale épidémique, d'autant qu'un des malades de M. Jundell, déjà porteur de méningocoques dans ses bronches, contracta ultérieurement une méningite, mais à pneumocoques. Il faut signaler encore la fréquence des bronchites aseptiques, c'est-à-dire évoluant en dehors de la présence de tout microbe dans les bronches; elles répondent surtout, en clinique, à ce qu'on appelle des « refroidissements ». Sur une série antérieure de 30 patients présentant de la toux, l'auteur en avait rencontré 19 cas; dans la série présente il s'est surtout adressé aux affections graves des bronches, ce qui explique la moindre proportion de ces bronchites amicrobiennes.

Comparant enfin les caractères du bacille de l'influenza de Pfeiffer, du bacille du trachome de Müller, du bacille de la conjonctivite aiguë de Koch et Weeks et ceux du « bacille catarrhal » étudié par lui-même, M. Jundell arrive à la conclusion que ces différents microorganismes sont très probablement identiques et que les milieux ou les conditions dans lesquels ils se trouvent sont seuls responsables des légères différences qu'ils présentent. (*Hygiea*, novembre et décembre 1901.) — R. DE B.

Curieux exemple de corps étranger du rectum, par M. NEERMANN.

L'observation relatée dans le présent travail permet d'ajouter un nouvel objet à la liste déjà longue des corps étrangers du rectum.

Un vieillard de soixante-seize ans, alcoolique, racontait qu'ayant la diarrhée et craignant de souiller son lit, il s'était appliqué contre l'anus une vieille tasse à café dont l'anse était brisée; mais à peine ce tampon improvisé était-il en place qu'il survint une violente quinte de toux, et la tasse disparut dans le rectum. Au bout de trente-six heures, comme cet homme souffrait et perdait un peu de sang par l'anus, il fit appeler un médecin. Celui-ci, à part une marisque, n'observa rien d'anormal à l'extérieur; le sphincter anal réagissait à son ordinaire quand on y introduisait le doigt. On rencontrait le corps étranger à 4 ou 5 centimètres de profondeur; l'ouverture de la tasse regardait du côté de l'anus.

Le malade fut d'abord chloroformé, mais, en présence d'une asphyxie menaçante, on dut se contenter de pratiquer la rectotomie postérieure sous un jet de chlorure de méthyle. La tasse fut alors facilement retirée, bien qu'au cours des manœuvres d'extraction son bord libre se fût ébréché : elle mesurait 6 centim. 1/2 de haut, 6 centim. 3/4 de diamètre à son extrémité supérieure et 4 centimètres de diamètre au niveau de son fond; l'anse était cassée presque au ras et il n'en restait que deux petites saillies à surface lisse. La plaie se cicatrisa par première intention et le patient guérit parfaitement. (*Ugeskrift for Laeger*, 17 janvier 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un nouveau procédé opératoire des hémorrhoïdes.

Un confrère roumain, M. le docteur J. Potarca (de Craiova), a eu l'occasion d'appliquer, avec succès, dans 5 cas d'hémorrhoïdes, un procédé opératoire très simple, imaginé par M. le docteur Vercesco (médecin militaire roumain), et qui consiste en ceci :

Après avoir assuré l'anesthésie générale ou avoir pratiqué la rachicocaïnisation, le malade étant en décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen, le chirurgien introduit dans l'anus un dilatateur à valves, le manche en haut, et dilate le plus possible l'orifice anal ainsi que le rectum, pendant qu'avec l'autre main il insinue dans la cavité, entre les valves, un cylindre en liège, mesurant de 8 à 9 centimètres de longueur sur 3 à 4 centim. 1/2 d'épaisseur et traversé de part en part, dans son diamètre longitudinal, par un fil de cuivre recourbé en anse et formant un véritable manche. Ce cylindre une fois introduit jusqu'au niveau de la marge de l'anus, on l'immobilise dans cette situation avec une main, tandis que de l'autre on extrait doucement le dilatateur. La muqueuse dilatée revient alors immédiatement sur elle-même et emprisonne le cylindre qui reste en place. Puis, on enfonce obliquement de dehors en dedans, au pourtour de l'orifice anal, sur la limite qui sépare la muqueuse d'avec les téguments, une série d'épingles espacées de 1 centimètre l'une de l'autre et qui pénètrent, à la fois, la marge muco-tégumentaire et le cylindre. Ceci fait, on tend régulièrement la marge de l'anus, en tirant avec la main gauche sur le manche du cylindre en liège, et on pratique avec le bistouri tenu de la main droite une incision circulaire de la marge tégumentaire seule, immédiatement derrière la circonférence des épingles. On refoule ensuite en arrière le bord tégumentaire de la plaie et le sphincter de l'anus, laissant sur le tube muqueux rectal, qui reste fixé sur le cylindre, tout le paquet des vaisseaux variqueux. La zone atteinte une fois passée, on confie le manche du cylindre à un aide, pendant qu'on procède au raclage et à l'extirpation de tous les vaisseaux malades. Si ceux-ci sont seuls en cause, on laisse, après leur extirpation, rentrer le cylindre avec la muqueuse et on applique des points de suture sur les bords de la plaie muco-tégumentaire, au fur et à mesure qu'on enlève les épingles. Mais dans les cas où la muqueuse elle-même est altérée, on l'incise circulairement au delà de la zone malade et on réunit les marges du fourreau muqueux central avec les bords tégumentaires de la plaie externe.

Le procédé en question — qui ne nécessiterait pas plus de quinze à vingt minutes et dispenserait des nombreuses précautions d'antisepsie qu'il faut prendre au moins une semaine avant l'opération, quand on a recours à la méthode de Whitehead — présenterait, en outre, l'avantage d'assurer la propreté et l'hémostase du champ opératoire pendant toute la durée de l'intervention, grâce à l'occlusion parfaite de l'orifice anal et à la dilatation des parois du fourreau rectal. Il permettrait, en outre, d'obtenir la reconstitution d'un nouveau sphincter anal dans les meilleures conditions physiologiques.

La valeur thérapeutique du repos au lit dans le délire épileptique.

Les cliniciens étant encore loin d'être d'accord sur la valeur du traitement des accès délirants de nature épileptique par le séjour au lit (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 340), et ce délire, particulièrement tenace, étant une des vésanies qui se rattachent le plus à la médecine générale, il nous paraît intéressant de signaler ici les résultats que le moyen thérapeutique en question a donnés entre les mains de M. le docteur E. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, dans les cas de ce genre.

Sur 19 épileptiques avec délire que notre confrère a soumis à la clinothérapie, un seul a tiré un avantage incontestable de ce traitement : sous l'influence de l'alitement, les crises, qui auparavant duraient jusqu'à quinze jours et consistaient en une lipémanie religieuse avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, refus d'aliments, insomnie complète, etc., furent moins longues (de trois à cinq jours) et très atténuées comme manifestations délirantes. Lors du troisième accès survenu depuis le commencement du traitement, l'agitation resta purement motrice, le malade s'alimenta bien et put reposer pendant la nuit; et depuis lors les crises délirantes ne se sont plus reproduites.

Dans 4 cas, les effets de l'alitement furent moins favorables, soit que la crise fût de plus longue durée, malgré une atténuation du délire, soit que l'amélioration fût inconstante. Chez 10 malades (dont 3 avec crises délirantes anciennes), le traitement resta complètement inefficace, et, enfin, dans 4 cas la clinothérapie a paru aggraver la situation.

En se basant sur ces faits, M. Marandon de Montyel a adopté la ligne de conduite suivante : il ne prescrit le repos au lit qu'après avoir observé la durée, l'intensité et la symptomatologie d'une première crise livrée à elle-même, afin d'avoir un terme de comparaison pour apprécier l'action thérapeutique de l'alitement, et dans le cas où celui-ci ne donne aucun résultat favorable, il y renonce pour revenir à la thérapeutique ancienne (isolement, etc.), qui est souvent plus facile à réaliser et beaucoup plus agréable pour le malade.

Emploi de la thyroïdothérapie dans l'éclampsie puerpérale.

On sait qu'à côté des états morbides qui se trouvent sous la dépendance d'une altération anatomique ou, tout au moins, fonctionnelle de la glande thyroïde, nombre d'autres maladies et, en particulier, les affections convulsives, paraissent souvent se laisser influencer par la thyroïdothérapie. C'est ainsi que M. le docteur H. Oliphant Nicholson, assistant du service de consultations à la Royal Infirmary d'Edimbourg, en a obtenu d'excellents résultats dans plusieurs cas d'éclampsie puerpérale, où le traitement par le repos au lit, le régime lacté absolu et les injections sous-cutanées de morphine s'était montré impuissant à faire disparaître les accès convulsifs. Notre confrère administre habituellement l'extrait thyroïdien à la dose de 0 gr. 30 centigr., répétée, au besoin, toutes les trois ou quatre heures. Sous l'influence de ce médicament, associé à un régime approprié, les symptômes morbides, tels que céphalalgie, albuminurie, œdèmes, faiblesse de la vue, etc., ne tarderaient pas à disparaître dans l'espace de quelques jours. D'après M. Nicholson, l'opothérapie thyroïdienne serait également susceptible de rendre de bons services, comme moyen prophylactique, chez les femmes ayant présenté des crises éclamptiques à l'occasion de leurs grossesses antérieures.

A propos du traitement de la phtisie pulmonaire par l'hyperémie artificielle.

On se rappelle que M. le docteur A. Schenk (de Vienne) a appliqué à la thérapeutique de la phtisie pulmonaire l'hyperémie artificielle (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 200) qui a donné, entre les mains de M. le docteur A. Bier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Greifswald, d'excellents résultats dans le traitement de certaines tuberculoses locales. Afin d'obtenir la congestion passive des sommets pulmonaires, M. Schenk utilise à la fois la position inclinée du corps et l'influence de la chaleur, en faisant revêtir au patient une sorte de maillot recouvrant seulement le thorax et constitué par une série de tubes en caoutchouc dans lesquels circule un courant d'eau à la température d'environ 45°. Or, d'après un médecin italien, M. le docteur T. Silvestri (de Nonantola), la position inclinée suffirait, à elle seule, pour exercer une action curative sur les lésions tuberculeuses du sommet pulmonaire. Toutefois, le procédé préconisé par M. Schenk serait très difficile à appliquer dans les cas d'altérations bilatérales, les malades ne pouvant conserver longtemps l'attitude exigée. Mais lorsqu'un seul des sommets est atteint, la cure serait beaucoup plus facile à mettre en pratique : il suffirait de faire adopter au patient le décubitus latéral (sur le côté malade), tout en disposant le lit de façon que le sommet du poumon soit la partie la plus basse du tronc. Notre confrère aurait de la sorte obtenu, dans l'espace de quarante à quarante-cinq jours, la guérison chez deux sujets, âgés l'un de quatorze ans et l'autre de dix-neuf ans, et atteints de tuberculose pulmonaire unilatérale avec nombreux bacilles de Koch dans l'expectoration.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. A. Chauffard.

Evolution et modes de guérison des ascites cirrhotiques.

Au cours des cirrhoses alcooliques du foie, même alors que l'évolution de la maladie est de date déjà ancienne et que de plus ou moins nombreuses ponctions de l'abdomen ont été pratiquées, l'ascite peut, à un moment donné, cesser de se reproduire; le réseau veineux sous-cutané s'atténue, puis disparaît, les forces reviennent avec l'embonpoint, et une guérison clinique, au moins apparente et souvent durable, est obtenue. De ce fait important, de nombreuses observations ont apporté la preuve, et beaucoup d'entre elles ont été communiquées, de 1886 à 1889, à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Elles ont confirmé, en outre, l'opinion de Semmola qui, dès 1879, déclarait que les cirrhoses qui guérissent par le régime lacté sont celles où le foie est hypertrophié et dépasse les fausses côtes.

La curabilité de l'ascite dans les cirrhoses alcooliques hypertrophiques de Hanot et Gilbert n'est donc plus à démontrer. Mais il y a grand intérêt à étudier les faits de ce genre au point de vue de leur physiologie pathologique et des méthodes thérapeutiques, et c'est ce que m'a permis de faire un cas très net observé récemment dans mon service de l'hôpital Cochin. Par l'application, pendant plus de trois mois, de la méthode des pesées quotidiennes que j'ai fait connaître il y a un environ (1), j'ai pu suivre au jour le jour cette ascite, la voir peu à peu se transformer dans son évolution, pour aboutir enfin à la guérison. Toute son histoire, pour ainsi dire, est inscrite dans le long graphique que je mets sous vos yeux (*fig. 1*), et auquel, pour le moment, je ne connais pas d'analogue. De plus, différents points intéressants ont pu être examinés, et feront l'objet de cette étude.

Résumons d'abord l'histoire clinique de notre malade.

C'est un homme de quarante-cinq ans, non syphilitique, mais ancien marchand de vins, et ayant fait pendant longtemps des excès alcooliques de tout genre. Depuis quelques années, il ne buvait plus que peu de vin, mais consommait encore de nombreux petits verres.

Malgré cet alcoolisme chronique, la santé générale était restée très bonne, quand, le 22 juin 1901, cet homme reçoit au-dessus de la fosse iliaque gauche un coup de fleuret démoucheté, qui fait une plaie pénétrante de l'abdomen pour laquelle une laparotomie est pratiquée par mon collègue M. Schwartz.

Les suites opératoires sont des plus simples, mais le 25 juin apparaît un subictère, qui devient plus foncé les jours suivants et se complique de tuméfaction progressive du foie, de cholurie, de décoloration fécale. Les membres inférieurs s'œdématient, de l'ascite se forme dans le ventre, et le 17 juillet, vingt-cinq jours après le traumatisme, une première ponction donne issue à 5 litres de liquide citrin.

L'épanchement se reproduit plus abondant, et trois paracentèses sont pratiquées en ville; elles permettent de retirer 15 litres à la fin d'août, 9 litres le 8 octobre, 15 litres le 15 octobre.

Le 19 octobre, dans le service de chirurgie, nouvelle ponction de 15 litres et, le 25 octobre, passage dans nos salles.

Nous trouvons le malade très amaigri, avec un ventre énorme, à grosse ascite libre, bien que le réseau veineux soit faiblement développé. Après évacuation de 16 litres de sérosité citrine, nous constatons que le foie dépasse un peu le rebord costal, qu'il est dur, non bosselé, que la rate ne paraît que légèrement hypertrophiée. L'infiltration œdémateuse des membres inférieurs est considérable.

Du 3 novembre au 5 décembre, 80 litres de liquide sont retirés en 6 fois. L'ascite se reproduit toujours avec une incroyable rapidité, si bien que, *du 17 juillet au 22 décembre, 182 litres de liquide ont été évacués en 14 paracentèses.* Malgré le régime lacté, l'administration successive de l'oxymel scillitique et de la potion diurétique de Millard, le taux des urines ne dépasse pas 1 litre à 1 litre 1/2. Le patient est profondément amaigri et commence à se cachectiser.

Dès lors, une nouvelle médication est instituée, et cet homme est soumis à des purgations répétées par l'eau-de-vie allemande (voir *fig. 1*). Malgré une légère bronchite diffuse vers le 24 janvier et une petite poussée pleurétique droite à la fin du même mois, l'épanchement, à partir du 26 janvier, se reproduit beaucoup plus lentement. Une dernière ponction de 13 litres 1/2 est pratiquée le 12 février. L'état général du malade commence à s'améliorer; de profondément cachectique qu'il était, il arrive peu à peu à reprendre ses forces, quitte l'hôpital le 2 mars, et revient quinze jours plus tard vraiment en pleine convalescence; l'ascite, presque nulle au moment de la sortie de nos salles, a complètement disparu, ainsi que l'œdème des membres inférieurs; l'appétit est revenu, les forces se réparent de jour en jour. Depuis lors, cet homme a repris son travail, est revenu nous voir plusieurs fois. Il est guéri, ou paraît l'être, mais le foie reste encore un peu gros et dur, et la rate, notablement hypertrophiée, continue à dépasser le rebord costal.

En deux cent dix jours, *249 litres* de liquide ascitique ont été retirés par *19 ponctions.*

Dans cette observation, le premier point que je tiens à vous signaler, c'est la cause occasionnelle qui paraît avoir provoqué l'apparition de l'ascite. Au cours d'un alcoolisme chronique, mais semblant bien toléré, un traumatisme grave de l'abdomen amène immédiatement une réaction hépatique (ictère avec tuméfaction du foie) et un épanchement ascitique. Le trauma-

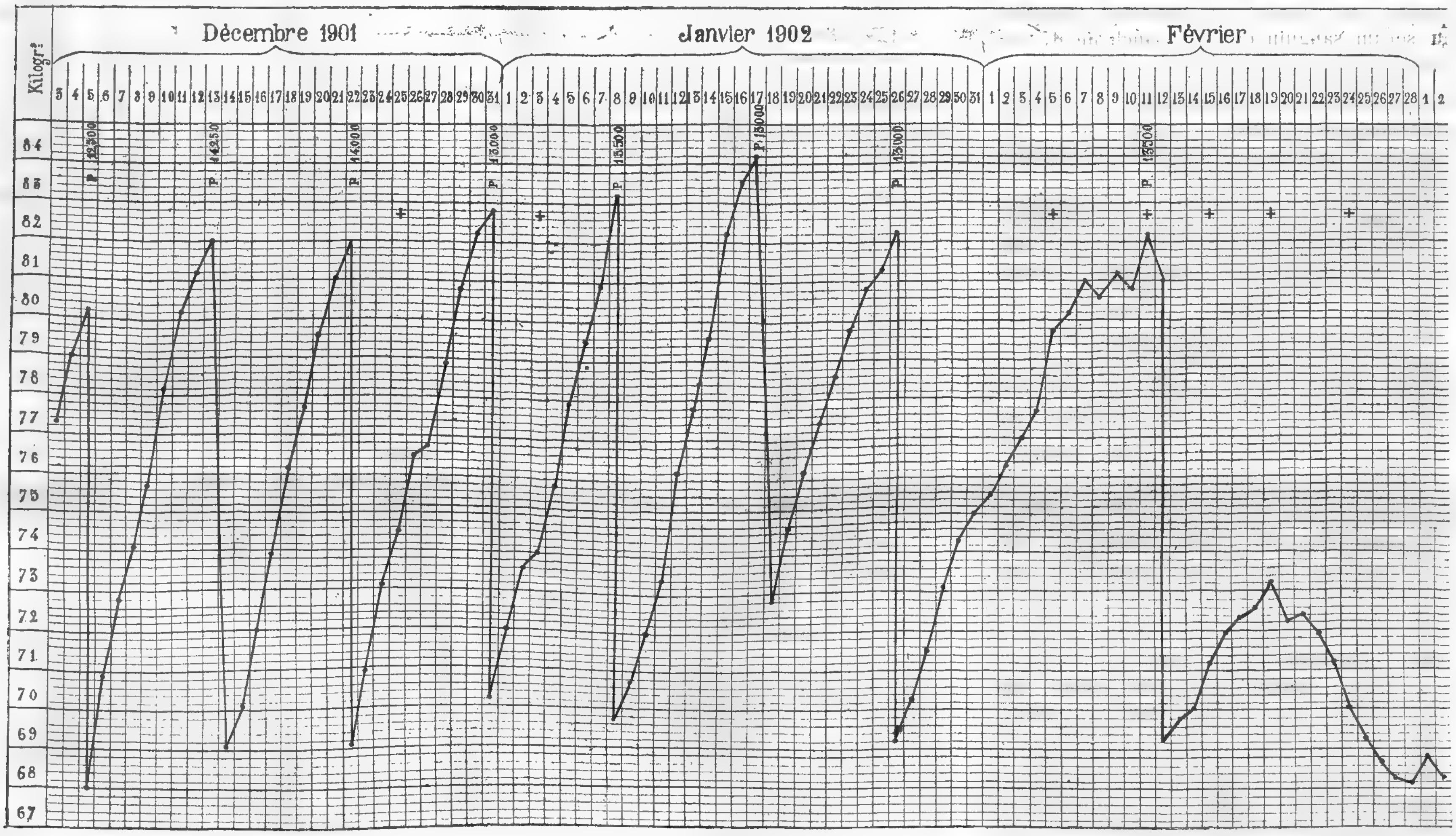


Fig. 1. — Courbe du poids corporel.

Le signe + correspond à l'administration d'une dose d'eau-de-vie allemande.

(1) A. Chauffard. De la méthode des pesées quotidiennes pour l'évaluation quantitative des épanchements de la plèvre et du péritoine. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 233-236.)

tisme a-t-il agi directement sur la séreuse, comme souvent en pareil cas on a vu faire le coup de froid? Est-ce au contraire le foie, déjà malade, qui a subi les effets nocifs du traumatisme, puis du chloroformé, et a déterminé l'ascite par l'aggravation même de ses lésions? Les deux interprétations sont plus susceptibles de discussion que de preuve.

Quoi qu'il en soit, une fois établi, l'épanchement ascitique s'est développé et reproduit avec autant d'abondance que de rapidité, si bien que j'ai proposé au malade l'omento-fixation, ou opération de Talma. Sur une soixantaine d'opérations de ce genre actuellement pratiquées, la proportion des guérisons est de 40 %, et le cas me paraissait assez grave pour que je me crusse autorisé à conseiller cette intervention chirurgicale. Elle n'a pas été pratiquée, et je n'ai pas lieu de le regretter, puisque la guérison médicale a pu être obtenue.

Le liquide ascitique avait une densité de 1,009 à 1,010; au point de vue cytologique, il renfermait beaucoup de cellules endothéliales et des lymphocytes. Quant à la cryoscopie comparée du sérum sanguin et de l'épanchement, voici quels furent ses résultats :

Avant la ponction, le point de congélation du sérum était de — 0°58 et celui de la sérosité péritonéale de — 0°60;

Après la ponction, ces chiffres étaient respectivement — 0°57 et — 0°64.

Vous voyez que, par rapport au sérum sanguin, le liquide ascitique est légèrement hypertonique, et que son point de congélation devient un peu plus bas quand il commence à se reproduire après ponction.

L'examen de la courbe du poids (voir *fig. 1*) indique avec quelle rapidité incroyable se reformait l'épanchement ponctionné. Par quel mécanisme physiologique? L'explication classique est la suivante : imperméabilité relative (par sclérose) du foie, pour les liquides provenant de l'absorption intestinale; hypertension portale; transsudation du sérum sanguin, proportionnelle à l'excès de la tension intraveineuse.

Pouvons-nous, cliniquement, vérifier la réalité de ce processus? Nous avons tenté de le faire, en comparant rigoureusement, d'une part la somme de l'urine des vingt-quatre heures à la somme des boissons pendant le même laps de temps, et d'autre part le chiffre ainsi obtenu à la courbe quotidienne du poids corporel. Mais ici quelques mots d'explication sont nécessaires.

Les recherches des physiologistes nous ont appris comment, et dans quelles proportions relatives, se font l'apport et l'élimination de l'eau dans l'organisme. En prenant les vingt-quatre heures comme unité de temps, voici de quelle façon, d'après une analyse de Vierordt, se répartit chez un adulte au repos la consommation de l'eau :

L'apport comprend 2,818 grammes d'eau ingérée (boissons et aliments solides) et 296 grammes d'eau formée dans l'organisme par oxydation de l'hydrogène des aliments;

Quant à l'élimination, elle est, par les urines, de 1,700 grammes; par la voie pulmonaire, de 330 grammes; par l'évaporation cutanée, de 660 grammes; par les fèces, de 128 grammes; soit, pour 1,700 grammes d'eau urinaire, 1,118 grammes d'eau éliminés par les autres émonctoires.

De ces diverses données numériques, la plupart sont contrôlables cliniquement; mais certaines ne le sont pas, et nous ne pouvons dire, par exemple, ce que devient l'eau formée par oxydation, si elle sort de l'organisme ou y reste retenue. D'autre part, la mensuration des pertes en eau par le poumon et par la peau est une opération délicate, et que nos outillages cliniques ne permettent guère de réaliser. Restent donc surtout à étudier, dans leurs rapports relatifs, l'eau ingérée (le sujet étant soumis au régime lacté exclusif) et l'eau urinaire.

Si l'on désigne par B la totalité de l'eau ingérée par vingt-quatre heures, et par U la totalité de l'urine excrétée dans le même laps de temps, on comprend que, dans la règle, le rapport normal est B > U (1). Par exception, dans certains cas pathologiques, on peut trouver B < U; tel, par exemple, un pleurétique que j'ai observé, et qui, au moment d'une résorption rapide d'un grand épanchement pleural, élimina 15 litres d'urine en trois jours, alors qu'il ne buvait, par vingt-quatre heures, que 3 litres de lait environ.

Chez notre ascitique, nous avons donc calculé aussi rigoureusement que possible la différence quantitative par vingt-quatre heures entre l'eau ingérée et l'eau urinaire, c'est-à-dire la valeur B — U; et nous avons parallèlement comparé à ce chiffre l'augmentation quotidienne du poids corporel, P, obtenu naturellement dans des conditions constantes. Le rapport de B — U à P se trouve inscrit dans la *figure 2*. Vous y remarquez que la courbe du poids est régulièrement ascendante et continue; la valeur B — U est toujours positive, mais inscrite chaque jour en ligne ascendante par superposition, puis ramenée presque au zéro au moment de chaque ponction. L'inscription graphique pour chaque jour du rapport de B — U à P est ainsi rendue très claire et très facile à lire.

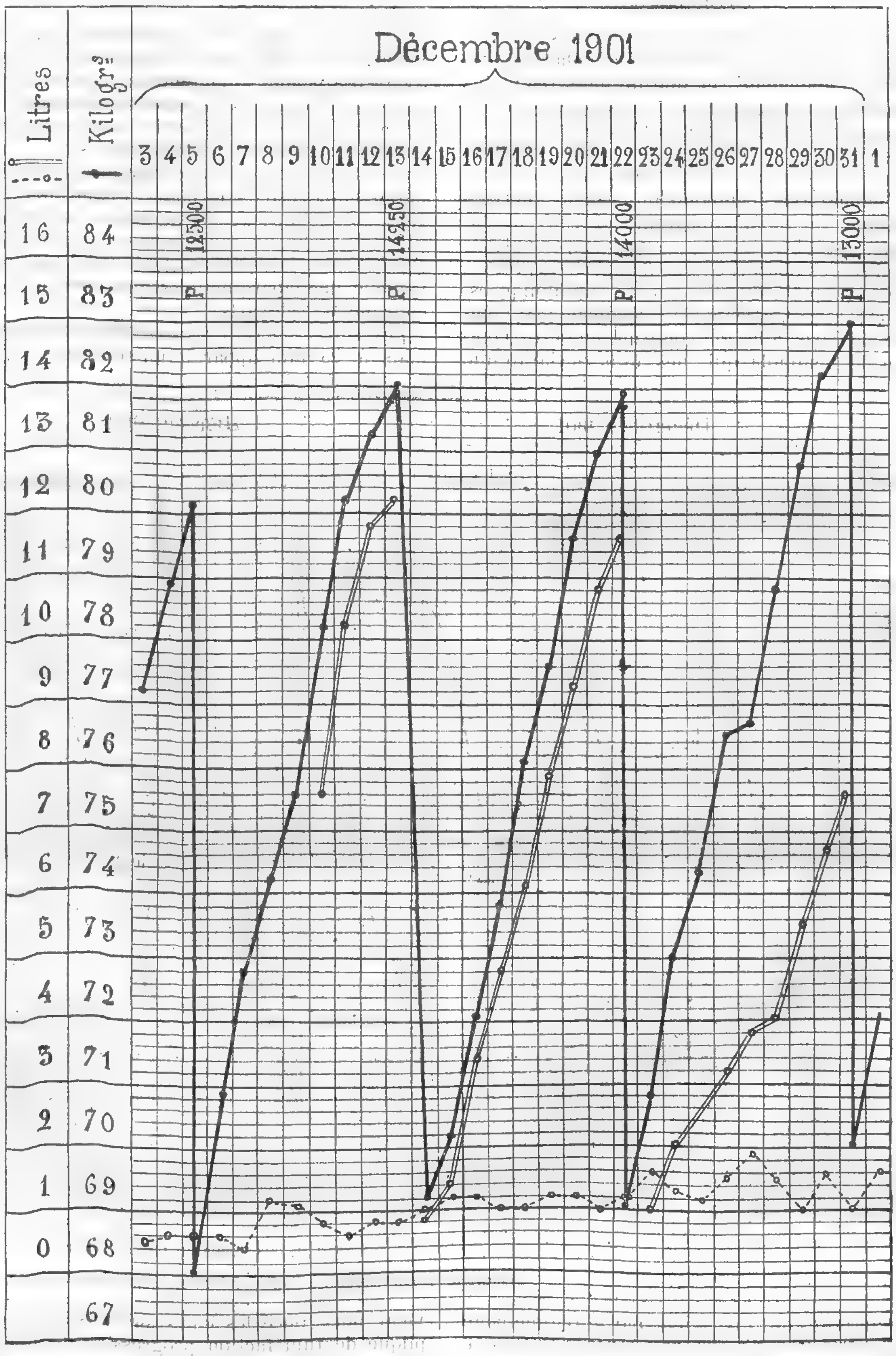


Fig. 2.

—— Courbe du poids corporel.
═══ Rétention hydrique.
- - - - - Elimination urinaire.

Dès lors, en examinant ce double graphique, un fait très frappant devient évident à première vue : les deux courbes sont parallèles; B — U = P, ou, si vous préférez une formule moins algébrique, *la courbe de rétention hydrique est sensiblement parallèle à la courbe de l'augmentation du poids corporel.*

Sans doute le parallélisme n'est pas absolu, et un faible écart peut, à certains jours, être constaté, mais, en somme, la presque identité

(1) Rappelons que le signe > signifie *plus grand que*, et le signe < *plus petit que*.

des deux courbes est évidente. J'ajoute que tous les relevés de boissons ont été rendus faciles par ce fait que le malade était exclusivement à la diète lactée; qu'il a été tenu compte de l'ingestion des potions, tisanes, etc; que mon interne, M. Rathery, a noté tous ces chiffres au jour le jour, et ne les a convertis en courbe qu'une fois cette période d'observation minutieuse terminée.

Le résultat brut ne comporte donc, je crois, aucune erreur. Mais comment l'interpréter? Et n'est-il pas inattendu de constater cette correspondance presque parfaite entre la courbe de rétention hydrique et celle qui représente l'augmentation du poids corporel?

Rappelons-nous, en effet, que l'eau ingérée s'élimine, comme nous l'avons vu, par une série d'émonctoires : le rein, le poumon, la peau, la muqueuse intestinale. Si, chez notre ascitique, B — U = P, il semble donc que rien, de cette eau ingérée, ne reste disponible pour les trois dernières de ces voies d'élimination. L'eau d'oxydation aurait-elle donc seule pourvu à cette triple excrétion?

Si l'on ne peut, à cette question, apporter une réponse ferme, il est au moins permis de dire que la peau de notre malade était sèche, que ses matières fécales étaient celles d'un constipé. Reste la voie pulmonaire, plus importante, et pour laquelle aucune donnée numérique n'a pu ici être obtenue. On ne peut s'empêcher de supposer que, par cette voie aussi, la déperdition aqueuse devait être minime, et cette interprétation me paraît la seule qui cadre avec les résultats constatés.

Il semble donc que, chez ces ascitiques à grand épanchement récidivant, l'eau ingérée s'élimine en faible proportion par la voie rénale (oligurie habituelle), à un degré encore plus minime par les voies pulmonaire, cutanée et intestinale. Elle s'emmagasine, sous pression croissante, dans l'abdomen, et nos graphiques, en en apportant la preuve, confirment ainsi la donnée classique de l'hypertension portale par diminution de la perméabilité hépatique.

De l'examen de ces courbes peuvent aussi se déduire des conclusions intéressantes relatives au traitement des ascites cirrhotiques.

Il est bien évident que la ponction abdominale n'est qu'un pis aller, un *traitement de nécessité* et non une méthode de choix. Elle ne doit intervenir que quand l'ascite, malgré un traitement médical approprié, a pris un développement suffisant pour forcer la résistance de la sangle abdominale et devenir une cause de gêne mécanique. Mais quelle est la rapidité de l'accroissement de l'ascite, soit avant soit après la ponction, à quel moment faut-il réitérer celle-ci, dans quel sens *évolue* l'épanchement comme vitesse et abondance de reproduction, voilà tout autant de questions auxquelles la réponse clinique précise pourrait être difficile à faire, si l'examen de la courbe quotidienne du poids corporel ne venait nous guider. Celle-ci, en effet, est des plus démonstratives; nous *voyons* se reproduire l'ascite; de jour en jour, nous en apprécions les progrès, et, pour ainsi dire, le rythme de sécrétion. Souvent, le liquide afflue surtout les premiers jours après une ponction; quand le ventre, au contraire, devient surdistendu, la contre-pression du liquide épanché fait résistance et restreint l'augment ascitique. C'est ce que l'on voit très bien, par exemple, les 12, 21 et 30 décembre.

Pour empêcher thérapeutiquement, ou tout au moins pour restreindre la reproduction de l'ascite, nous ne disposons (abstraction faite de l'opération de Talma) que d'une méthode : soustraire de l'eau à l'organisme, déshydrater assez les tissus pour modifier le courant osmotique abdominal, et faire reprendre dans la réserve ascitique de quoi compenser les pertes en liquide subies par l'organisme.

Tel est le but physiologique auquel tendent nos efforts, et pour l'atteindre nous pouvons utiliser plusieurs voies qu'il est intéressant de comparer entre elles.

Trois émonctoires peuvent ici entrer en jeu. Un d'eux est peu employé thérapeutiquement chez les cirrhotiques : c'est la diaphorèse. On ne pourrait obtenir ainsi de perte abondante de liquide qu'en risquant d'affaiblir trop le malade, ou de le mettre même en état de collapsus.

Au contraire, l'élimination surabondante de liquide par le rein ou l'intestin peut être suivie de guérison, soit que cette élimination semble se produire spontanément, et parfois d'une façon très inopinée, au cours de la maladie, soit qu'elle ait été provoquée thérapeutiquement. Des exemples cliniques de ces diverses éventualités ont souvent été publiés (1).

Pourquoi, à un moment donné, cette dérivation subite, urinaire ou intestinale, survient-elle spontanément? Nous l'ignorons tout à fait, et si le rôle curateur de cette diurèse ou de cette superpurgation séreuse spontanée n'est pas douteux, sa pathogénie nous reste inconnue.

Nous ne savons pas davantage pourquoi tel malade sera curable par voie urinaire et tel autre par voie intestinale. Souvent un cirrhotique reste longtemps avec des urines rares, malgré régime lacté et diurétiques; puis, tout d'un coup, la polyurie critique est obtenue sans changement de traitement ni de régime. La perméabilité rénale semble s'être complètement modifiée, et l'équilibre physiologique du sujet est comme changé de formule. Là où nous avions B > U, nous trouvons maintenant B < U. C'est ce que nous avons observé récemment chez un malade de nos salles, alcoolique ancien, à gros foie induré, et qui, en trois semaines, a guéri sans ponction de sa première poussée ascitique, sous l'influence du régime lacté et de la potion de Millard; diurèse et diarrhée séreuse se sont associées chez lui pour conduire à la guérison, et, à certains jours, le rapport B < U a pu être très nettement constaté.

Quel est le mécanisme de ces grandes diurèses critiques, et est-il aussi simple qu'on le suppose en général? Les malades résorbent-ils leur ascite parce qu'ils ont de la polyurie? C'est à coup sûr là l'interprétation classique; mais est-ce la seule possible? Je crois que l'on est en droit d'en douter, et que l'opinion inverse serait à tout aussi bon droit soutenable : on pourrait dire que c'est *la résorption de l'ascite qui provoque en majeure partie la diurèse.* Nos courbes nous montrent en effet que, par vingt-quatre heures, le poids corporel s'abaisse de 600 à 1,000 grammes en moyenne, c'est-à-dire qu'une quantité correspondante de liquide est résorbée par les voies lymphatiques et veineuses, est reprise ainsi par le courant de la circulation générale. Mais ce processus n'est-il pas tout à fait comparable à celui que met en branle *une abondante injection sous-cutanée de sérum isotonique?* Que se passe-t-il chez un sujet soumis à une telle injection, quels phénomènes objectifs observons-nous? Deux principaux, en grande partie corrélatifs l'un de l'autre : la *diurèse*, et *l'élévation de la pression artérielle.* Les retrouvons-nous chez le cirrhotique qui guérit de son ascite par le mécanisme de la crise urinaire?

Pour la diurèse, le fait est évident. Mais la connexion est si intime entre celle-ci et la perte de poids, leur synchronisme si peu dissociable, que l'on ne peut préciser quel est le *primum movens;* les deux moments physiologiques se confondent pour le clinicien.

Pour la tension artérielle, notre contrôle est plus direct, bien que nous sachions combien les mesures de ce genre sont facilement variables, par équation personnelle de l'observateur, par oscillations physiologiques très diverses du sujet observé. Cependant, nous avons un point de départ clinique : c'est le fait, signalé par MM. A. Gilbert et Garnier, et dont j'ai bien souvent constaté l'exactitude, de l'hypotension artérielle chez les cirrhotiques ascitiques (10 à 13 centimètres de mercure en moyenne). Or, chez un de nos malades guéri par crise urinaire, présentant, comme nous l'avons dit plus haut, le rapport U > B, la notation quotidienne de la tension artérielle donnait des chiffres oscillant entre 15 et 18; l'élévation de la tension artérielle coïncidait avec la diurèse, exactement comme après une injection saline sous-cutanée.

J'ajoute que le raisonnement qui précède peut s'appliquer aux pleurétiques, malades à pression moyenne d'après Potain (1), et que souvent j'ai vu se produire chez eux le même syndrome : résorption de l'épanchement et perte de poids, diurèse, élévation de la pression artérielle. Au contraire, l'augmentation de l'épanchement abaisse la tension, agissant ainsi comme une véritable saignée séreuse.

Si l'on voulait schématiser ce processus, chez les pleurétiques à épanchement abondant et chez les ascitiques, on pourrait établir la double formule biologique suivante :

Épanchement croissant.	B > U et oligurie; courbe du poids corporel ascendante; tension artérielle descendante.
Épanchement décroissant.	U > B et polyurie; courbe du poids corporel descendante; tension artérielle ascendante.

Je me hâte d'ajouter qu'une telle systématisation, prise dans un sens absolu, serait à coup sûr trop rigoureuse, surtout en ce qui concerne cet élément si délicat et si facilement influençable, la pression artérielle. Elle me paraît cependant vraie d'une manière générale, et apte à nous guider dans l'appréciation clinique et l'interprétation des phénomènes.

Dès lors, nous comprenons peut-être pourquoi tel pleurétique ou tel ascitique, réfractaire jusque-là à la diurèse, malgré le lait, malgré la médication, se met tout d'un coup à résorber son épanchement et à uriner plusieurs litres en vingt-quatre heures. Le rein avait mal répondu à la sollicitation thérapeutique, se trouvait tout au plus en instance de diurèse; mais le courant osmotique séreux se modifie, devient franchement prédominant de dedans en dehors, et cette résorption abondante de liquide *agit comme une auto-injection continue de sérum,* « amorce », pour ainsi dire, le filtre rénal, et provoque la polyurie vainement sollicitée jusqu'alors.

C'est un peu ce qui se passe en matière de digitale et d'hydropisies cardiaques : nous savons que les grandes diurèses digitaliques ne s'observent que chez les asystoliques infiltrés, et jusqu'au moment où la totalité des œdèmes est résorbée.

Mais, d'autre part, tous les ascitiques curables n'arrivent pas à la guérison par ce mécanisme de la polyurie critique. Certains d'entre eux ne sont accessibles qu'aux moyens agissant par la voie intestinale, et ce que fait la diurèse chez les premiers, la pluie séreuse par l'intestin le détermine chez les seconds, qu'elle soit spontanée ou provoquée. Tel était le cas chez notre malade, qui n'a commencé à s'acheminer vers la guérison que du jour où les purgations réitérées ont été substituées à la médication diurétique.

Pourquoi cette différence d'évolution physiologique suivant les sujets? C'est ce qu'il est assez difficile de préciser. Perméabilité sécrétoire dans les deux cas, mais orientée diversement, vers le rein ou vers les glandes intestinales, suivant les aptitudes fonctionnelles de chaque organisme, nous ne pouvons guère aller au delà de cette formule très générale.

Il convient d'ajouter que, dans tout ce qui

(1) Voir, notamment, les observations communiquées à la Société médicale des hôpitaux de Paris par MM. Troisier, Moutard-Martin, Legroux, Féréol, Dieulafoy, etc. (*Semaine Médicale*, 1886, p. 285, 301, 328, 521).

(1) Potain. La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique, p. 124, Paris, 1902.

précède, nous n'avons envisagé que le *mode physiologique* de la guérison. Mais pour que celle-ci soit durable, il faut évidemment quelque chose de plus : il est nécessaire que l'hypertension portale, annihilée sur le moment par le fait de la polyurie ou de la superpurgation, ne se reproduise plus, et pour cela, un *processus anatomique* doit venir compléter et rendre permanente la guérison obtenue par un des modes physiologiques que nous avons étudiés.

Ici interviennent d'une façon probablement tout à fait prépondérante des conditions individuelles et variées de suppléance circulatoire, ou de perméabilité veineuse du foie. Les gros foies cirrhotiques sont certainement plus aptes que les foies atrophiés à se laisser traverser par le courant veineux. D'autre part, la dilatation des veines abdominales superficielles peut jouer un certain rôle comme voie de suppléance, mais un rôle bien effacé, je crois. Les malades que j'ai vu guérir n'offraient à cet égard rien de spécial; par contre, une de nos cirrhotiques présentait, sur la paroi abdominale, une véritable *tête de méduse* veineuse, et son ascite n'en était nullement arrêtée dans sa reproduction croissante.

Bien plus important me paraît être le rôle des adhérences pariétales de l'épiploon, du foie et de la rate. Nous pouvons chercher à les provoquer; c'est le but que se propose l'opération de Talma, et qu'elle semble atteindre souvent. Mais elles peuvent également se produire d'elles-mêmes, et un fait que nous venons d'observer est, à cet égard, bien significatif.

Depuis 1896 restait dans le service, non plus comme malade, mais comme auxiliaire bénévole, un homme qui avait été à cette époque guéri d'une cirrhose alcoolique hypertrophique du foie : 59 litres de liquide avaient été retirés en 7 ponctions, puis la guérison spontanée par diurèse avait eu lieu. Il vient de mourir par érysipèle infectieux, et voici ce que nous a montré son autopsie :

Il existait un volumineux foie cirrhotique, à grosses granulations, pesant 1,770 grammes, et très hypertrophié surtout dans son lobe de Spiegel; une grosse rate (380 grammes); pas d'ascite, mais des lésions anciennes et très étendues de péritonite fibreuse adhésive, surtout au niveau des fosses iliaques et près des anciennes ponctions, reliant ensemble le grand épiploon, la paroi abdominale, l'intestin. De plus, le foie et la rate étaient, de part et d'autre, complètement engainés dans une épaisse capsule scléro-graisseuse, et, par l'intermédiaire de celle-ci, soudés à la paroi adjacente de l'abdomen, ainsi qu'à la voûte phrénique. Ce n'est qu'avec peine que l'on pouvait arriver à dissocier cette double symphyse pariéto-hépatique et pariéto-splénique, et à décortiquer les deux organes. Enfin, dans cette couche épaisse scléro-adipeuse, on pouvait distinguer plusieurs grosses veines gorgées de sang, du volume d'un crayon environ, et qui paraissaient bien être des voies profondes de suppléance circulatoire veineuse.

Mais n'est-ce pas là un véritable processus *d'omento-fixation spontanée*, plus complet même que dans l'opération de Talma, puisque non seulement l'épiploon, mais le foie et la rate étaient soudés à la paroi? La cure chirurgicale ne fait qu'essayer de reproduire un des processus de la cure spontanée, et elle trouve là sa meilleure justification. L'opération de Talma semble donc très rationnelle, quand les moyens médicaux ont échoué, et que l'état du malade permet d'en tenter l'épreuve. Elle répond aux deux temps de la guérison spontanée : par l'ouverture directe du ventre elle évacue l'ascite, et par l'établissement des adhérences et des suppléances circulatoires profondes, elle enraye et peut supprimer la reproduction de l'épanchement. Elle mérite donc, je crois, de prendre place dans la thérapeutique des ascites cirrhotiques, comme dernière ressource, lorsque l'inefficacité des moyens purement médicaux paraît démontrée.

En tout cas, et abstraction faite de cette dernière éventualité, la conclusion pratique de tout ce qui précède est des plus nettes :

Etant donné un cirrhotique avec ascite, on peut assez souvent espérer la résorption de l'épanchement, surtout, mais non exclusivement, quand le foie est hypertrophié. Cette résorption ne peut être obtenue que si au processus de *rétention hydrique* se substitue, spontanément ou par voie thérapeutique, une *hyperélimination hydrique*, et le rein ou l'intestin sont les deux organes auxquels nous devons nous adresser dans ce but;

Au rein d'abord, car depuis longtemps M. Bouchard a démontré la supériorité clinique et chimique de l'émonction rénale sur l'émonction intestinale;

Mais si nous échouons, si le rein reste en perméabilité médiocre ou insuffisante, l'autre voie doit être tentée, et tel cirrhotique guérit par les purgations réitérées, qui n'avait pu répondre aux sollicitations de la médication diurétique.

Dans les deux cas, les moyens diffèrent, mais le but physiologique visé reste le même, et c'est celui-ci que nous ne devons jamais perdre de vue. Etudier la physiologie des actes morbides restera toujours la meilleure des méthodes directrices pour le thérapeute et le clinicien.

CHIRURGIE PRATIQUE

Comment on peut refaire un nez aux dépens d'un doigt.

S'il est une opération autoplastique dont l'idée première remonte loin dans le passé, c'est assurément la rhinoplastie, puisqu'elle paraît avoir été imaginée, mille ans avant notre ère, par les chirurgiens de l'Inde dans le but de remédier aux effets de l'ablation du nez, qu'on faisait subir, à titre de punition, aux malfaiteurs. Toutefois, malgré son histoire plusieurs fois séculaire et la multiplicité des procédés auxquels elle a donné lieu, la rhinoplastie est encore loin de fournir des résultats pratiques tout à fait satisfaisants. En effet, que le lambeau soit emprunté à la peau du front (méthode indienne), à l'avant-bras (méthode italienne) ou aux téguments de la joue (méthode française), il manque toujours de solidité si toute la charpente osseuse du nez a été préalablement détruite, et l'intervention ne donne, en définitive, qu'une masse plus ou moins informe et flasque, qui finit souvent par s'atrophier.

Pour obvier à ce grave inconvénient, on a cherché soit à doubler le lambeau cutané d'une couche de périoste (von Langenbeck), soit à faire de la rhinoplastie ostéo-périostique (Ollier, von Langenbeck, Schimmelbusch, etc.) sans obtenir toujours des résultats très encourageants, par suite de la nécrose et de la résorption des lambeaux périostiques et des plaques osseuses mal nourris. On a également eu recours, dans le même but, à des combinaisons plus ou moins ingénieuses de l'opération autoplastique avec la prothèse mécanique, en plaçant sous les téguments une charpente en métal ou en caoutchouc durci.

Peu satisfait des résultats définitifs fournis par ces divers procédés, M. le docteur R. R. Vrédène, privatdocent et assistant de la clinique chirurgicale à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, a eu l'idée d'utiliser, pour la restauration du nez avec son squelette, l'annulaire de la main gauche, ce doigt jouant un rôle relativement peu important.

Notre confrère procède à l'opération en deux fois, en laissant entre les deux temps de l'intervention un intervalle d'environ un mois. La première séance est consacrée à l'avivement de l'extrémité de l'annulaire et à sa fixation au niveau de la racine du nez. A cet effet, on commence par anesthésier, à l'aide d'une solution de cocaïne à 1 %, la région inter-sourcilière, et on incise ensuite, sur la ligne médiane et de haut en bas, toute l'épaisseur des téguments qui recouvrent l'apophyse nasale de l'os frontal jusqu'au bord supérieur de l'orifice antérieur des fosses nasales, en ayant soin de décoller, au moyen d'une spatule, les parties molles des deux côtés. Cela fait, on procède à l'anesthésie locale du doigt dont on détache alors l'ongle, la matrice unguéale, ainsi que la pulpe de la moitié terminale de la phalangette. Puis on trace sur la région dorsale de cette phalangette, avec le bistouri, un triangle équilatéral dont le sommet correspond au milieu du bourrelet unguéal, tandis que sa base est constituée par l'interligne articulaire qui sépare la troisième phalange d'avec la seconde. Sur les côtés du triangle en question, on enlève la peau, tout en ayant soin de laisser subsister le tissu cellulaire sous-cutané avec ses vaisseaux nourriciers. L'extrémité dénudée de la phalangette est ensuite soigneusement débarrassée du périoste, et on pratique, à l'aide du ciseau, dans la face antérieure de l'apophyse nasale de l'os frontal, une petite échancrure destinée à recevoir cette extrémité. La phalangette étant ainsi placée au niveau de la racine du nez, on suture les téguments divisés de cette région aux côtés correspondants du lambeau triangulaire tracé sur le doigt.

Après avoir alors mobilisé, autant que possible, les ailes du nez et les restes des parties molles qui les recouvrent, on les réunit, par quelques points de suture, aux faces latérales avivées de la deuxième phalange. Le bras est ensuite placé de manière que l'axe de l'annulaire se confonde avec la ligne médiane de la face et forme avec l'apophyse nasale un angle d'environ 40°. Le membre supérieur est fixé dans cette attitude, qui serait la plus commode pour le patient, à l'aide d'un appareil plâtré. Le champ opératoire reste libre et doit être soumis, deux fois par jour, à un lavage soigneux, afin d'éviter toute infection d'origine intranasale. On enlève les sutures au cinquième jour; quant à l'appareil plâtré, les malades le supporteraient très bien pendant tout un mois, et cela d'autant plus qu'il ne gênerait en aucune façon l'alimentation.

Au bout d'environ quatre semaines, on procède au deuxième temps de l'opération : après avoir amputé l'annulaire (deux lambeaux latéraux) au niveau de l'articulation phalango-métacarpienne, on a une cloison nasale formée par la première phalange, tandis que la deuxième et la troisième constituent le dos du nez, dont la pointe ou lobule correspond à l'interligne articulaire entre la première et la seconde phalange. Si la circulation sanguine dans le doigt désarticulé est assez énergique, et qu'on ne constate pas de pâleur des téguments quand on fléchit la deuxième phalange sur la première, on peut fixer immédiatement la nouvelle cloison : pour cela, on incise les téguments du bord inférieur de l'orifice antérieur des fosses nasales et on y creuse une petite échancrure destinée à loger l'extrémité libre de la première phalange; puis, on réunit les lèvres de l'incision cutanée au bord tégumentaire de la même phalange. Dans les cas où la nutrition du doigt amputé ne paraît pas suffisamment assurée, il est préférable de ne procéder à la fixation de la cloison qu'au bout de quelques jours.

M. Vrédène a eu l'occasion de pratiquer l'opération dont il s'agit chez deux patients, et il estime qu'elle est parfaitement apte à fournir une charpente osseuse solide, de sorte que le nez restauré suivant le procédé en question ne risquerait pas d'être déformé ultérieurement par la rétraction cicatricielle des téguments.

Il convient, du reste, d'ajouter qu'en 1874, un chirurgien anglais, M. le docteur James Hardie (de Manchester), avait essayé, dans un cas de destruction totale du nez, de combler la perte de substance osseuse *par la phalangette seule*

de l'index gauche; mais le résultat de l'intervention laissa beaucoup à désirer, le processus de cicatrisation ayant, dans la suite, amené un effondrement de la phalangette.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1902.

La résection du genou dans le traitement des tumeurs blanches.

M. Lucas-Championnière lit, à l'occasion d'un mémoire de M. Delagénière (du Mans), un rapport que nous résumons ainsi :

Pour la plupart des chirurgiens contemporains, le traitement de la tumeur blanche du genou est dominé par la doctrine de l'immobilisation, qui passe pour guérir les processus tuberculeux articulaires. D'après le rapporteur, cette méthode ne donne que des résultats déplorables, et on doit lui substituer dans presque tous les cas la résection du genou.

M. Lucas-Championnière a pratiqué 113 fois cette opération chez des sujets de quinze à quarante ans, sans aucun décès opératoire. On peut donc la considérer comme le traitement de choix, toutes les fois qu'une tumeur blanche est susceptible de guérir seulement par ankylose; mais on ne doit pas se borner, comme le conseillait Ollier, à enlever la partie la plus importante du foyer tuberculeux : il faut, au contraire, que l'extirpation des foyers tuberculeux soit totale et, pour ce motif, on doit absolument rejeter la résection sous-périostée. Ce n'est qu'à cette condition qu'on peut espérer obtenir, dans toutes les lésions tuberculeuses, une guérison complète sans production de fistules.

Quant au raccourcissement du membre, que déterminerait la résection, loin d'être un inconvénient, il constitue un véritable bienfait, la marche étant bien plus facile avec un membre raccourci qu'avec un membre ankylosé qui a conservé sa longueur.

M. Delorme. — La résection du genou est certainement une excellente opération dans le traitement des tumeurs blanches du genou, mais, comme toutes les interventions, elle a ses indications et ses contre-indications.

Je ne crois pas, en outre, qu'elle permette toujours d'enlever toutes les parties malades, en particulier les fongosités qui remplissent et dépassent souvent les diverticules synoviaux.

D'autre part, quand les lésions sont très circonscrites, il me semble que réséquer le genou d'emblée est une opération trop radicale qui doit céder la place à des interventions plus simples (moyens médicaux, grattage, etc.).

M. Lucas-Championnière dit qu'il attache beaucoup plus d'importance à l'extirpation des lésions osseuses qu'à celle des fongosités, et qu'en matière de chirurgie osseuse, il repousse d'une façon absolue la méthode des grattages, qui ne permet jamais l'ablation complète des tissus malades, et qui, en général, favorise beaucoup plus qu'elle ne l'enraye, l'extension du processus tuberculeux.

De la transmission, par le lait, de la fièvre aphteuse de la vache à l'homme.

M. Josias relate l'observation d'un enfant de treize mois, soumis depuis l'âge d'un an à une alimentation mixte (bouillie et lait de vache), qui a été atteint de fièvre aphteuse. Caractérisée au début par des phénomènes généraux légers, cette affection a revêtu bientôt une allure grave (fièvre intense, abattement, grincement des dents, etc.) et s'est terminée favorablement.

Le lait consommé par cet enfant étant, en général, insuffisamment bouilli, on se demanda si ce n'était pas lui qui avait été l'agent de transmission de la maladie. Une enquête faite chez le nourrisseur qui avait fourni le lait suspect démontra que la fièvre aphteuse avait sévi chez les animaux de sa vacherie, laquelle était sous le coup d'un arrêté d'infection.

Ce fait constitue un nouvel exemple de transmission de la fièvre aphteuse de la vache à l'homme. La contagion s'opère soit par l'inoculation directe du contenu des aphtes, soit surtout par l'ingestion de lait cru provenant de vaches dont le trayon porte des aphtes.

En conséquence, l'orateur propose à l'Académie d'émettre le vœu que les règlements sanitaires n'autorisent la vente du lait produit dans les vacheries où sévit la fièvre aphteuse qu'après que ce lait, en totalité, aura été bouilli ou pasteurisé.

M. Galippe dit que, bien qu'il soit attaché à l'hôpital des Enfants-Malades depuis vingt années, il n'a pas observé un seul cas de fièvre aphteuse et que, du reste, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de signe permettant de différencier cette affection d'avec une stomatite septique quelconque.

M. Roux estime que pour être en droit d'affirmer l'origine aphteuse d'une stomatite, il faut avoir reproduit cette affection chez l'animal par l'inoculation du contenu des vésicules buccales.

M. Nocard reconnaît que la fièvre aphteuse est, relativement à sa grande fréquence chez les animaux, une maladie très rare chez l'homme; il pense cependant qu'il y aurait un réel intérêt à exiger la pasteurisation de tous les laits provenant de vaches malades.

Le vœu proposé par M. Josias est mis aux voix et adopté (1).

M. Richelot lit un rapport sur une observation d'anévrysme de l'artère poplitée droite, envoyée par M. Lop (de Marseille). A la suite de l'extirpation du sac anévrysmal, la circulation se rétablit peu à peu dans le membre.

(1) Dans sa séance du 16 mai dernier, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, saisi du même fait, a émis un vœu analogue.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 5, 12 et 20 mai 1902.

Sur la correction du kératocone.

M. J. Janssen fait une communication dans laquelle il étudie quelles sont les dispositions optiques susceptibles de remédier aux troubles visuels dans les cas de kératocone. Une cornée atteinte de kératocone peut être considérée comme une cornée normale (à courbure sphérique) devant laquelle serait placée une lentille dont la surface postérieure présenterait la forme de la cornée normale, tandis que sa surface antérieure aurait la courbure d'une cornée affectée de kératocone (surface conique à sommet arrondi ou plus exactement parabolique). Dès lors, pour faire disparaître les troubles dus à la déformation cornéenne, il suffira de placer devant l'œil un verre annulant les effets de cette lentille imaginaire. Théoriquement, cette lentille compensatrice devrait avoir une surface postérieure reproduisant la disposition du kératocone et une surface antérieure ayant la forme d'une cornée normale; en pratique, il est préférable de se servir de lentilles dont les deux surfaces — l'une concave, l'autre convexe — ont une courbure sphérique.

La vaccination contre les pasteurelloses.

MM. J. et **M. Lignières.** — Nous avons pu obtenir un vaccin susceptible de prévenir les affections que l'un de nous a réunies sous le nom de *pasteurelloses* et qui ressortissent pour la plupart à l'ancien groupe des septicémies hémorrhagiques : ce sont la fièvre typhoïde du cheval, la maladie des jeunes chiens, le choléra des poules, les septicémies hémorrhagiques du mouton, du bœuf, du porc, etc.

La méthode de préparation de notre vaccin consiste à atténuer la virulence du germe en le faisant végéter durant un an sur gélose-agar avec réensemencements tous les deux jours, puis à le transplanter dans du bouillon-peptone qui est soumis pendant deux à cinq jours à une température de 42° à 43°.

Mais le point important était le choix du virus. Devions-nous préparer pour chaque espèce un vaccin avec la *Pasteurella* qui lui est spéciale, ou bien pouvions-nous chercher à obtenir un vaccin polyvalent? C'est à cette dernière solution que nous nous sommes arrêtés et le vaccin dont nous nous servons provient du mélange de six *Pasteurella* types, à savoir celles du mouton, du bœuf, du chien, du cheval, du porc et des oiseaux.

Ce vaccin doit être injecté à des doses variant de 0 c.c. 125 à 1 c.c., suivant la taille des animaux; l'immunité qu'il confère persiste un an en moyenne.

Sur certaines réactions chromatiques des globules du sang des diabétiques.

M. J. Le Goff. — Les hématies des diabétiques possédant la propriété de se colorer par les couleurs d'aniline basiques, alors que les globules du sang normal se colorent par les couleurs acides, j'ai entrepris un certain nombre de recherches dans le but d'expliquer cette particularité. Pour cela, après avoir étudié les réactions chromatiques de l'hémoglobine pure et de l'hémoglobine combinée aux hydrates de carbone, j'ai rendu hyperglycémique du sang normal en l'additionnant de solution de glucose dans le sérum physiologique; je suis ainsi parvenu à modifier les globules normaux et à leur donner la propriété de se colorer de la même façon que les hématies du sang diabétique. Il semble donc légitime d'admettre que, dans le sang diabétique, l'hémoglobine et le glucose sont à l'état de combinaison.

Le « Sarcocystis tenella », parasite de l'homme.

M. P. Vuillemin adresse une note relative à une sarcosporidie, le *Sarcocystis tenella*, très répandue chez le mouton et qui, dans ces dernières années, a été rencontrée 2 fois, à Nancy, chez l'homme : une fois dans les cordes vocales d'un supplicié, par MM. Baraban et Saint-Remy, et l'autre fois par M. Hoche, dans les muscles d'un tuberculeux. Dans ces 2 cas, cette sarcosporidie a été découverte tout à fait par hasard; aussi est-il permis de supposer que des recherches systématiques à ce sujet montreraient que l'espèce en question est un parasite fréquent de l'homme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1902.

Intervention chirurgicale dans un cas d'attrition sous-cutanée de l'artère fémorale.

M. Lejars. — Chez un homme de trente-quatre ans, conducteur de tramways, je suis intervenu pour une attrition sous-cutanée de l'artère fémorale, déterminée par un tamponnement violent au cours d'une manœuvre. Le diagnostic fut fait en raison de la suppression des battements de la tibiale; il existait, en outre, une volumineuse tumeur sanguine dans la région inguinale. Vers le cinquième jour, ayant constaté un refroidissement du pied, qui était manifestement menacé de gangrène, je me proposai de découvrir largement les vaisseaux fémoraux, en ouvrant la tumeur sanguine, et de désoblitérer l'artère, si la chose était possible. Je trouvai l'artère fémorale noire sur une longueur de 10 centimètres environ, et présentant à ce niveau une notable augmentation de volume. Après avoir placé une ligature d'attente au-dessus de cette portion traumatisée du vaisseau, j'incisai celui-ci longitudinalement, et j'enlevai les caillots qui remplissaient sa lumière. Je crus avoir rétabli suffisamment la perméabilité et je suturai la plaie artérielle.

Les premiers jours qui suivirent l'intervention me donnèrent un réel espoir; la sensibilité du pied était partiellement revenue et la peau avait perdu la teinte violacée qu'elle offrait auparavant. Au bout d'une dizaine de jours, malheureusement, le pied devint de nouveau insensible et froid. La gangrène se limita bientôt au tiers inférieur de la jambe, et je fis ultérieurement une amputation rapidement suivie de guérison.

Je me demande si, malgré son insuccès apparent, ma tentative opératoire n'a pas eu une certaine utilité en arrêtant l'extension de la gangrène qui serait peut-être remontée beaucoup plus haut, si je n'avais rien fait.

D'ailleurs, je suis convaincu que les embolies périphériques entrent pour une bonne part dans le mécanisme de la production des gangrènes à la suite de ces grands traumatismes artériels. Pour éviter ces embolies, je crois que, en pareil cas, il serait bon de placer, le plus tôt possible

après l'accident, une ligature sur l'artère, audessous de l'attrition.

M. Delorme. — Lorsqu'une artère est gravement traumatisée, sa surface interne présente de nombreuses irrégularités, que ne saurait faire disparaître une intervention comme celle que M. Lejars a pratiquée; et ces irrégularités suffiront toujours à déterminer la reproduction des caillots oblitérant la lumière vasculaire. Je ne pense donc pas qu'il soit vraiment très utile de chercher, ainsi que l'a fait notre collègue, à déboucher l'artère frappée d'attrition.

Extirpation du ganglion ciliaire.

M. Delens. — Le ganglion ciliaire, profondément logé dans l'entonnoir orbitaire, sur le côté externe du nerf optique, est d'un accès difficile. Or, son ablation permettrait quelquefois d'éviter l'énucléation du globe, en cas de glaucome absolu, par exemple, ou d'irritation sympathique. M. Terrien, qui nous a fait sur ce sujet une communication à propos de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 150), avait imaginé d'abord, pour atteindre le ganglion, de découvrir le rameau nerveux du muscle petit oblique, qui fournit audit ganglion sa branche motrice. On peut ensuite, en se servant de ce nerf comme conducteur, arriver sur le ganglion lui-même. Mais cette méthode est aveugle et infidèle, et M. Terrien lui préfère le procédé suivant, basé sur la résection d'un volet ostéo-périostique : la commissure externe sectionnée, le droit externe et le petit oblique mis à nu et sectionnés, on attire fortement le globe de l'œil en dedans et on incise la capsule de Tenon du côté externe. Le nerf optique est alors dénudé avec la sonde cannelée, les nerfs ciliaires sont mis à nu et on aperçoit à leur extrémité postérieure le ganglion ciliaire qui est arraché avec une pince à forcipressure. Grâce à cette combinaison de l'opération de Krönlein et de la dénudation des nerfs ciliaires après section du droit externe, la découverte du ganglion devient relativement facile.

Traitement des fibromes utérins compliquant la grossesse.

M. Delbet fait observer, à propos de la récente discussion sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 134 et 143), qu'il est très rare que les fibromes utérins entravent la grossesse et l'empêchent d'être menée à bonne fin. L'orateur est, sur ce point, du même avis que la majorité des accoucheurs, car il a eu plusieurs fois l'occasion de constater la tolérance de l'utérus gravide vis-à-vis des fibromes. Aussi estime-t-il qu'il y a tout avantage à différer le plus possible l'intervention, dans les cas les plus graves au point de vue de l'obstacle à l'accouchement : en n'opérant que lorsque la grossesse est à terme, on peut sauver l'enfant et l'on ne fait pas courir plus de dangers à la mère. Il ne faut pas cependant attendre le début du travail, mais il est préférable d'intervenir dans les derniers jours de la grossesse.

Cæcotomie pour corps étranger du cæcum.

M. Guinard. — M. Pluyette (de Marseille) nous a envoyé une observation de cæcotomie, au sujet de laquelle je dois vous présenter un rapport. Il s'agit d'un matelot de quarante-six ans, porteur d'une tumeur de la région cæcale, de nature indéterminée. Notre confrère se décida à intervenir et, ayant senti une masse incluse dans le cæcum, il fit une cæcotomie qui lui permit de constater, au centre de cette masse, un corps étranger ressemblant à une boulette fœcale; après l'ablation de la tumeur déterminée par la présence de ce corps étranger, M. Pluyette sutura l'intestin. La guérison a été obtenue sans incident.

M. Rochard lit un rapport sur une observation d'abcès sous-phrénique, envoyée par M. Couteaud (médecin de la marine).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 16 et 23 mai 1902.

Traitement des pleurésies récidivantes par les injections gazeuses intrathoraciques.

M. Vaquez. — Je viens de traiter avec M. Quiserne 2 pleurétiques par des injections gazeuses intrathoraciques. Le premier était atteint d'une pleurésie chronique tuberculeuse du côté gauche, qui avait nécessité douze ponctions. Le 21 janvier dernier, on lui injecta dans la plèvre, après en avoir retiré un litre environ de liquide citrin, trois quarts de litre d'air stérilisé. Les signes d'hydropneumothorax persistèrent jusqu'au 28 avril, c'est-à-dire pendant plus de trois mois. Le liquide, toujours perceptible à la base de la poitrine, ne s'est pas reproduit, si bien qu'une nouvelle intervention n'a pas été nécessaire.

Le second malade, atteint lui aussi d'une pleurésie tuberculeuse récidivante, avait subi, depuis le 15 octobre 1901, cinq thoracentèses, lorsque, le 27 mars 1902, nous lui pratiquâmes une sixième ponction suivie d'une injection d'air stérilisé. Les signes de pneumothorax ne persistèrent que pendant deux semaines; la respiration redevint normale, et, à la fin d'avril, le patient put quitter l'hôpital, sa pleurésie ayant été définitivement enrayée.

Il semble bien, d'après l'évolution de ces faits, que les injections gazeuses soient appelées à rendre de réels services dans le traitement des pleurésies chroniques à répétition. Cette méthode, dérivée de celle du professeur Potain, consiste à provoquer la formation d'un pneumothorax artificiel capable de s'opposer à la reproduction incessante du liquide, telle qu'on l'observe au cours de certaines pleurésies chroniques. La guérison, dans les deux cas que nous rapportons, relevant d'un processus purement mécanique, il importe, pour que cette action soit durable, de ne s'adresser qu'à un gaz difficilement résorbable par la plèvre. C'est l'air — ou l'azote — qui, à ce point de vue, semble être jusqu'ici le gaz de choix; l'oxygène est tout à fait impropre en raison de la rapidité excessive de sa résorption. Quant à la quantité de gaz qui doit être injectée, elle pourra être déterminée d'une façon à peu près uniforme, suivant la quantité de liquide retirée. Dans la majorité des cas, un demi-litre nous paraît être un volume suffisant.

La méthode opératoire qui permet de réaliser ces injections est des plus simples : il suffit de faire usage d'un trocart relié à un tube de caoutchouc en Y dont l'une des branches est mise en communication avec un siphon de Potain, tandis que l'autre, restant libre, est seulement munie vers son milieu d'une ampoule de verre garnie d'ouate et stérilisée à l'autoclave. On adapte la pompe foulante de l'appareil Potain à l'extrémité du tube libre, le tube en caoutchouc qui communique avec le siphon ayant été obturé au moyen d'une pince à forcipressure après la ponction évacuatrice. L'injection des gaz se fait avec la plus grande facilité; l'air se stérilise au passage, dans l'ampoule garnie d'ouate, et cette stérilisation est parfaite, comme l'ont prouvé les examens du gaz injecté.

M. Galliard. — La méthode de traitement des pleurésies chroniques récidivantes que vient de nous exposer M. Vaquez est appelée à rendre des services surtout contre les vastes épanchements pleuraux anciens, qu'on ne peut guère ponctionner à fond sans risquer de provoquer un pneumothorax accidentel. En pareil cas, mieux vaut assurément le pneumothorax voulu, systématique, résultant de l'introduction dans la cavité thoracique d'air stérilisé. Il ne paraît pas douteux, d'ailleurs, que l'air ne soit mieux toléré que du liquide par un pleurétique.

Néanmoins, je ne crois pas qu'on ait souvent l'occasion d'employer le procédé de M. Vaquez dans les pleurésies tuberculeuses, parce que, dans cette variété de pleurésie, l'épanchement disparaît en général à la suite de 2 ou 3 thoracentèses, quelquefois même spontanément. Aussi je pense qu'on doit se montrer très sobre de ponctions en pareil cas : il ne faut y avoir recours que quand il y a menace de suffocation; j'ai remarqué, en effet, que souvent, quand la pleurésie de ces malades disparaît, leur tuberculose subit une recrudescence : ils ont donc intérêt à garder la première pour se prémunir en quelque sorte contre la seconde.

M. Barié. — J'appuie entièrement ce que vient de dire M. Galliard; plus j'avance dans la vie médicale et plus je suis convaincu qu'il faut toucher le moins possible aux épanchements pleuraux de nature tuberculeuse : à moins que l'épanchement ne soit d'une grande abondance, qu'il ne détermine un déplacement considérable du cœur et des troubles respiratoires graves, susceptibles de mettre la vie en danger, j'estime qu'il est préférable de le respecter. La présence de liquide peut, en effet, exercer sur la marche de la tuberculose une influence relativement favorable qui paraît être le résultat de trois facteurs : l'immobilisation, la compression du poumon sous-jacent et la diminution de son activité fonctionnelle.

J'ai observé à l'hôpital Tenon une série de faits très démonstratifs à cet égard, qui ont été étudiés avec beaucoup de soin par un de mes élèves, M. Lanos. Dans tous ces cas, il m'a paru préférable de ne point intervenir et de laisser la résorption se produire d'elle-même. Par contre, j'ai pu voir, et tout récemment encore, quelques malades chez lesquels une ponction inopportune a donné comme un coup de fouet à la marche, jusqu'alors torpide, de la tuberculose et activé singulièrement son évolution fatale.

Tachycardie paroxystique avec compression de l'un des nerfs pneumogastriques.

M. Apert communique l'observation d'un homme, ayant eu autrefois un léger goitre et plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu suivies d'une insuffisance aortique, qui a présenté pendant trois ans des accès typiques de tachycardie paroxystique.

A l'autopsie, outre la lésion valvulaire de l'orifice aortique, on a trouvé, dans la concavité de la crosse de l'aorte, un petit ganglion transformé en une masse fibreuse et anthracosique qui enchâssait le nerf pneumogastrique.

Il semble donc résulter de ce fait que, contrairement à l'opinion généralement admise, une lésion permanente du nerf pneumogastrique est susceptible de déterminer une tachycardie procédant par accès.

M. Vaquez. — Il me paraît bien difficile d'admettre que la compression d'un seul pneumogastrique puisse être une cause de tachycardie. Le malade de M. Apert ayant eu autrefois un goitre, on peut se demander — étant donnée l'influence bien connue des lésions de la glande thyroïde sur le rythme du cœur — si ce n'est pas cette lésion qui a été le point de départ des crises de tachycardie, ce qui permettrait de les rapprocher dans une certaine mesure de celles qu'on observe chez les basedowiens.

M. Merklen. — Je crois que la lésion constatée par M. Apert n'était pas suffisante pour comprimer le nerf pneumogastrique. J'ai relaté autrefois deux observations de tachycardie permanente par compression des pneumogastriques, mais il s'agissait de grosses adénopathies tuberculeuses qui avaient englobé et dissocié ces nerfs au point qu'il était impossible d'en retrouver les filets.

Je ne partage pas non plus l'opinion de M. Vaquez sur la nature de la tachycardie paroxystique, laquelle se distingue nettement, et à tous égards, de la tachycardie basedowienne. Elle est due à une névrose comparable à l'asthme et à la migraine, avec lesquels elle alterne quelquefois chez le même malade : c'est parfois une névrose familiale, comme l'a démontré M. Faisans. Les cardiopathies valvulaires en favorisent l'apparition, de même qu'elles peuvent mettre en éveil, chez les sujets prédisposés, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie. La coïncidence entre la tachycardie paroxystique et les affections valvulaires se retrouve à peu près dans le cinquième des cas.

Erythème circiné récidivant « in situ » aux époques menstruelles.

M. Dufour relate l'observation d'une femme de quarante-deux ans, névropathe, qui depuis cinq ans est atteinte, à chacune de ses époques menstruelles, d'une plaque d'érythème circiné sur la partie latérale droite du cou. D'abord circonscrite, cette plaque tend manifestement à augmenter d'étendue à chacune des époques. D'après l'orateur, ces poussées érythémateuses intermittentes seraient dues à une intoxication d'origine utérine, en rapport avec le flux cataménial, chez une prédisposée.

M. Barié. — La relation étroite qui existe entre certaines affections cutanées et la fonction menstruelle est un fait bien établi; pour mon compte, j'ai eu l'occasion d'observer un cas de *chromidrose jaune cataméniale* alternant sur les deux mains, chez une femme de

vingt-quatre ans, de santé excellente, mais très émotive et extrêmement nerveuse.

Chez cette malade, l'éruption apparaissait avant les règles et cessait avec elles, et cette influence pathogénique du flux menstruel ne s'est jamais démentie : deux jours avant le début des règles, l'une des mains devenait douloureuse et se couvrait de larges taches d'une coloration brun foncé, surtout marquées vers le milieu de la face dorsale des deux premières phalanges des doigts et sur la partie médiane de la face palmaire. Cette chromidrose durait douze ou vingt-quatre heures, puis disparaissait pour se manifester de nouveau dans toute son intensité — mais sur l'autre main — le mois suivant, au moment même de la nouvelle apparition du sang.

Asphyxie locale des extrémités, vitiligo, pouls lent et rythme couplé du cœur.

M. Gouget montre un homme de soixante-quatre ans, sans antécédents morbides, qui est atteint à la fois d'asphyxie locale des extrémités, de vitiligo, et — au moins par moments — de pouls lent avec rythme couplé du cœur et vertiges. D'après l'orateur, la réunion de ces diverses manifestations morbides ne peut s'expliquer que par l'existence d'un trouble fonctionnel du système nerveux central.

M. Merklen. — Je puis vous citer un fait qui n'est pas sans analogie avec celui de M. Gouget : il s'agit d'une jeune femme de vingt-neuf ans, qui fut prise, un an environ après une extirpation du col de l'utérus, d'asphyxie locale des extrémités, de crises de palpitations arythmiques, de prurit suivi de plaques mélanodermiques persistantes du cou, des épaules et du ventre, enfin d'un état de profonde asthénie physique et morale. L'hyperchromie précédée de prurit rappelle ce qui se passe dans l'urticaire pigmentée, et, si cette interprétation est exacte, le syndrome pourrait trouver son explication dans une névrose cardiaque et vasomotrice favorisée par l'hérédité (père autrefois atteint de palpitations nerveuses) et provoquée par l'intervention gynécologique. Il s'agit d'une névrose rebelle, justiciable de la cure de repos qui convient aux neurasthénies graves.

Syndrome oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet du poumon.

M. Souques dit avoir observé, chez 3 malades, des troubles oculo-pupillaires consistant en myosis, diminution de la fente palpébrale et petitesse avec rétraction du globe oculaire. Aucune des causes habituelles de ce syndrome n'a pu être relevée chez ces patients, mais tous trois étaient atteints de tuberculose localisée au sommet des poumons.

D'après l'orateur, il y aurait entre cette lésion et les troubles oculo-pupillaires une relation de cause à effet. Ces troubles sont le résultat de la destruction des filets irido-dilatateurs du sympathique ; or, ces filets passant par les rameaux communiquants du premier nerf dorsal — lesquels sont immédiatement en rapport avec le cul-de-sac supérieur de la plèvre —, on conçoit que la pachypleurite qui accompagne habituellement la tuberculose du sommet puisse détruire ces rameaux et donner lieu aux phénomènes oculo-pupillaires ci-dessus mentionnés.

Sur les agents pathogènes des septicémies métadiphtériques.

M. Deguy. — J'ai constaté la présence à l'état de pureté, dans le sang des enfants atteints de septicémie métadiphtérique, de deux microorganismes très voisins l'un de l'autre : le *Diplococcus hemophilus perlucidus* et le *Diplococcus hemophilus albus*, qui paraissent être les agents des thromboses cardiaques métadiphtériques. Ces microbes possèdent des propriétés leucolytiques très accentuées et se sont toujours montrés pathogènes pour les animaux auxquels ils ont été inoculés.

Abcès du cerveau consécutif à un traumatisme sans lésion crânienne.

M. Hirtz relate l'observation d'un malade qui, à la suite de deux traumatismes graves, fut atteint de céphalée, d'hémiparésie gauche et de coma. A l'autopsie, on trouva un abcès du cerveau, situé à la partie supérieure de la région rolandique droite ; l'examen de la boîte crânienne montra cependant qu'il n'existait ni enfoncement, ni solution de continuité des os ; les méninges étaient également indemnes de toute espèce de lésion.

M. Delherm présente, au nom de M. Ballet et au sien, une malade chez laquelle l'ingestion, pendant quinze jours environ, d'une dose quotidienne de 15 grammes de chloral a déterminé une obnubilation des facultés et un tremblement localisé aux muscles du visage et des membres. Ces phénomènes, qui pouvaient faire penser à un début de paralysie générale progressive, sont actuellement en voie de disparition.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 mai 1902.

La réaction iodophile comme moyen de diagnostic de la nature des épanchements séreux.

MM. Sabrazès et **Muratet** (de Bordeaux). — Il résulte de nos recherches que, dans les méningites à méningocoque et à staphylocoque, les cellules du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, donnent la réaction iodophile ; ce sont pour la plupart des leucocytes polynucléés neutrophiles, surchargés de granulations graisseuses.

Dans la méningite tuberculeuse, au contraire, les lymphocytes, en très grand nombre dans le liquide céphalo-rachidien, ne sont pas iodophiles ; les rares leucocytes polynucléés qui leur sont associés sont ou non iodophiles.

Mêmes observations en ce qui concerne le liquide des pleurésies séreuses : on constate de l'iodophilie et de la polynucléose dans la pneumococcie ; de la lymphocytose sans iodophilie dans la tuberculose.

Dans l'ascite symptomatique de la cirrhose atrophique et dans les épanchements mécaniques, un bon nombre de cellules endothéliales soudées — très facilement reconnaissables — sont iodophiles à divers degrés. Dans les kystes séreux à lymphocytes, par contre, il n'y a pas d'iodophilie.

Ces constatations prouvent que la recherche de l'iodophilie est susceptible d'éclairer, en quelques instants, sur la nature d'un épanchement.

De l'action anesthésique du chlorure de méthyle.

MM. Richet et **Marcille.** — Le principal avantage du chlorure de méthyle sur les autres anesthésiques est d'être absolument inoffensif à l'égard de la fonction cardiaque, quelle que soit la dose administrée. Contrairement à ce qui se passe avec le chloroforme, qui paralyse le cœur presque en même temps que la respiration, et quelquefois même plus tôt, avec le chlorure de méthyle la paralysie respiratoire due à l'intoxication du bulbe précède toujours de sept à huit minutes la syncope cardiaque : aussi ne peut-on jamais donner assez de chlorure de méthyle à un animal pour le tuer par le cœur, la syncope respiratoire empêchant l'intoxication de s'étendre jusqu'au myocarde.

Le chlorure de méthyle présente cependant un inconvénient au point de vue de la pratique de l'anesthésie chirurgicale : c'est qu'avec son emploi la résolution complète est très difficile à obtenir ; néanmoins, étant donnée sa complète innocuité, cet agent mériterait d'être expérimenté par les chirurgiens.

La réaction de la névroglie en présence du virus rabique chez le chien.

MM. Anglade et **Chocreaux** (d'Alençon). — Les lésions cellulaires sont constantes dans la rage, mais n'offrent aucun caractère de spécificité. Celles du tissu de soutien, sans être, non plus, spéciales à cette infection, se distinguent par leur précocité et leur intensité ; aussi constituent-elles un élément précieux de diagnostic histologique.

Les altérations des capillaires et celles de la névroglie sont contemporaines. A mesure que l'endothélium prolifère, le réseau névroglique périvasculaire s'infiltre de noyaux dont notre méthode de coloration spéciale démontre indiscutablement l'origine névroglique. Il s'y mêle des éléments figurés du sang, émigrés des vaisseaux ; leur proportion est inférieure à celle des noyaux névrogliques. Les uns et les autres fusent à travers le parenchyme, vont entourer les cellules nerveuses, les enserrer, les pénétrer et probablement les irriter.

Comme la névroglie périvasculaire, avec même plus de sensibilité et d'activité, la névroglie épendymaire réagit, donne naissance à des noyaux et à des fibres qui repoussent l'épithélium ou se dirigent vers les groupes cellulaires.

C'est, à un degré plus accentué, ce qui se voit dans l'état de mal épileptique ou éclamptique, dans quelques formes de tuberculose du système nerveux, dans la paralysie générale progressive, etc.

Il semble résulter de ces recherches que le virus rabique n'a besoin que de quelques jours pour provoquer des lésions et des désordres que d'autres infections ne réalisent qu'au bout de plusieurs années.

Influence de l'excitation du sympathique cervical sur l'ensemble de la réfraction de l'œil.

MM. Terrien et **Camus.** — Des expériences faites sur le lapin nous ont montré que l'excitation, après section, du sympathique cervical, donne lieu dans tous les cas à une augmentation de la réfraction du côté correspondant. Cette augmentation est légère et varie de 1 à 2.5 ; elle ne coïncide pas exactement avec la dilatation de la pupille, car elle commence un peu après celle-ci et cesse avant que la pupille soit revenue à son état normal.

M. Dorland dit avoir extrait des urines de malades atteints d'orchite ourlienne ou blennorrhagique un produit nouveau, de nature albuminoïde, dont l'injection dans le testicule d'un chien provoque, rapidement et dans tous les cas, l'apparition d'une orchite franche, évoluant vers la suppuration et laissant après elle une sclérose de la glande.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 12 mai 1902.

Sur la présence de protozoaires dans le tube digestif de l'homme et sur sa valeur diagnostique.

M. Cohnheim expose les résultats de ses recherches relatives aux protozoaires que l'on peut trouver dans le tube digestif de l'homme. Ces protozoaires, d'après l'orateur, appartiendraient surtout au groupe des infusoires flagellés, notamment aux trois espèces suivantes : *Trichomonas hominis*, *Megastoma entericum* et *Plagiomonas hominis*.

La question a été depuis longtemps discutée, de savoir si ces organismes inférieurs jouent dans l'économie le rôle de véritables parasites ou celui de simples commensaux inoffensifs ; c'est à cette dernière opinion que se range M. Cohnheim, et voici quelles sont, à ce point de vue, ses principales conclusions :

Les protozoaires ne peuvent vivre dans le tractus gastro-intestinal que si le milieu est alcalin, et s'il existe, en outre, un processus de destruction putride. En ce qui concerne l'estomac, ces conditions ne sauraient être réalisées que par une seule affection, le cancer ulcéré sans sténose pylorique ; en effet, l'atrophie de la muqueuse qui accompagne les tumeurs gastriques malignes rend alcaline la réaction du contenu stomacal ; mais, si le néoplasme intéresse le pylore, il survient des phénomènes de rétention avec fermentation lactique et, par suite, réaction acide. Dans la gastrite atrophique, la disparition des éléments glandulaires de la muqueuse a bien pour conséquence l'alcalinité de la bouillie gastrique, mais il manque les surfaces ulcérées et putrides nécessaires à la colonisation des protozoaires. Le cancer ulcéré de l'œsophage permet également aux infusoires de se multiplier dans ce conduit.

Pour ce qui est des affections de l'intestin attribuées aux mêmes organismes (diarrhées

dites à protozoaires), l'orateur fait observer que rien, ni dans leur symptomatologie, ni dans leur évolution, ni dans les effets du traitement, ne permet de les distinguer d'avec les entérites catarrhales banales. Il en a observé 6 cas; dans tous, il a noté la coexistence d'une gastrite primitive. Aussi estime-t-il que c'est à la faveur de cette lésion de l'estomac — et de l'alcalinité du suc gastrique qui en résulte — que les protozoaires peuvent passer des voies digestives supérieures dans l'intestin, où la réaction alcaline du suc intestinal leur permet de vivre; qu'il survienne maintenant, au niveau de l'intestin, un processus inflammatoire quelconque, et les organismes en question seront éliminés par les fèces devenues liquides, muqueuses, fortement alcalines, au lieu que chez l'individu normal ils sont tués dans le côlon par les effets de la dessiccation et par la réaction acide des matières fécales.

En somme, M. Cohnheim est d'avis qu'on ne peut attribuer aux protozoaires aucun rôle pathogénique, mais que ces organismes inférieurs ont une valeur diagnostique incontestable: leur présence dans l'œsophage ou l'estomac révèle l'existence d'un cancer ulcéré (sans participation du pylore quand il s'agit de l'estomac); dans les selles, elle témoigne de lésions ulcéro-catarrhales, ayant le plus souvent comme base une gastrite atrophique.

M. von Leyden attire l'attention sur les infusoires que l'on trouve parfois dans la cavité buccale; il a fait une constatation de ce genre dans un cas de cancer de la langue; après la mort du patient, il ne fut plus possible de déceler un seul protozoaire.

M. Cohnheim déclare qu'à son avis les protozoaires de l'œsophage et de l'estomac proviennent de la bouche, où les dents cariées leur fournissent un excellent milieu de culture.

M. Strauss communique les résultats de recherches qu'il a faites, sur une femme présentant une fistule du canal thoracique, concernant la *pression osmotique du chyle;* il a pu s'assurer que l'absorption d'eau, de chlorure de sodium ou d'une nourriture riche en azote n'exerce pas une influence appréciable sur la pression osmotique du chyle, mesurée au moyen des variations du point de congélation.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 24 mai 1902.

Injections expérimentales d'oxygène dans les veines.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Gärtner** a communiqué le résultat d'expériences relatives à l'injection d'oxygène dans les veines jugulaires de chiens morphinisés. Ces injections sont très bien supportées; une partie de l'oxygène est résorbée par les parois veineuses, l'autre pénètre jusqu'au cœur, où sa présence se traduit par des bruits de glouglou. Le pouls, la respiration et la pression sanguine ne sont presque pas modifiés à la suite de ces injections; toutefois, si la quantité d'oxygène introduite est trop considérable, il peut se produire des embolies gazeuses dans le poumon. L'innocuité de l'injection d'oxygène dans les veines est due à la facilité avec laquelle ce gaz se résorbe : l'air, au contraire, est difficilement résorbable, et c'est ce qui rend son introduction dans le système veineux si dangereuse.

Les animaux intoxiqués avec l'oxyde de carbone se rétablissant rapidement lorsqu'on les traite par ces injections intraveineuses d'oxygène, l'orateur estime que ce moyen pourrait être utilisé chez l'homme dans les cas d'asphyxie due à des gaz toxiques ou à l'introduction de corps étrangers dans les voies aériennes. L'injection devrait être faite de préférence dans une veine du pied, de façon que le gaz, ayant un long chemin à parcourir avant d'arriver au cœur, pût être facilement résorbé; il faudrait enfin n'avoir recours qu'à de l'oxygène chimiquement pur, et non à celui du commerce, qui contient toujours 20 % d'azote. Chez les nouveau-nés en état de mort apparente, on pourrait également tenter l'injection d'oxygène dans les veines ombilicales.

Télangiectasies consécutives à l'action des rayons X.

M. S. Ehrmann a présenté une jeune fille atteinte d'hypertrichose du visage, qui a été soumise à l'application des rayons de Röntgen : à la suite de ce traitement, il survint au niveau de la joue droite une ulcération, puis, quelque temps après, de petites taches rouges manifestement télangiectasiques.

M. H. Teleky a observé 2 fois des altérations analogues, également consécutives à des applications radiothérapiques.

M. Spiegler fait observer que ces télangiectasies n'apparaissent parfois que plusieurs mois après l'emploi des rayons X.

Dr Schnirer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un nouveau procédé de traitement de la conjonctivite granuleuse.

En présence des insuccès assez fréquents que donnent, dans le traitement de la conjonctivite granuleuse, les divers topiques usuels et même les procédés mécaniques ou chirurgicaux, tels que le curettage et le brossage au sublimé, le raclage, l'expression, l'ablation du cul-de-sac supérieur, etc., M. le docteur V. A. Niémtchenkov (médecin militaire russe), convaincu que ces échecs tiennent surtout à la localisation du processus morbide dans les couches profondes de la muqueuse, ainsi que dans les espaces sous-muqueux, a eu l'idée de combattre le trachome par des injections sous-conjonctivales d'une solution aqueuse d'acide phénique à 5 %, les injections interstitielles de cette solution lui ayant déjà fourni d'excellents résultats dans certaines infections locales à siège profond.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par notre confrère :

Après avoir retourné la paupière inférieure, il insinue l'aiguille sous la conjonctive, au niveau du point le plus boursouflé, dans le voisinage de l'angle externe de l'œil et du bord libre de la paupière, et il injecte lentement un quart de seringue de Pravaz, en ayant soin d'éviter la tension des tissus et de déplacer, au besoin, quelque peu l'aiguille, dès que ce phénomène commence à se produire. Puis on injecte encore un quart de seringue près du grand angle de l'œil. On procède ensuite de la même façon pour la paupière supérieure.

On doit s'appliquer à faire ces injections immédiatement sous la conjonctive, sans enfoncer l'aiguille plus profondément. Elles n'exigeraient, d'ailleurs, aucune anesthésie préalable, puisque l'acide phénique possède, entre autres avantages, celui d'exercer une action analgésique. Toutefois, au moment même de l'intervention, le patient éprouverait une douleur assez vive, mais qui disparaîtrait au bout de quelques instants.

On commence par pratiquer une injection du côté le plus atteint, et ce n'est que cinq à sept jours plus tard qu'on fait subir le même traitement à l'autre œil. Après l'injection, on ne met pas de pansement, afin d'éviter un excès de chaleur; dès le lendemain, le malade commence, du reste, à entr'ouvrir son œil, l'œdème des paupières tendant déjà à diminuer. La couche épithéliale de la conjonctive resterait absolument intacte, et la réaction ne se traduirait que par une infiltration et une hyperémie des tissus muqueux et sous-muqueux. Ces phénomènes réactionnels iraient toujours en diminuant pour disparaître complètement au bout de dix à quatorze jours. Pratiquées aseptiquement et sous faible pression, les injections dont il s'agit ne donneraient lieu ni à de la suppuration, ni à de la gangrène. On n'observerait pas, non plus, de symptômes d'intoxication, la quantité de phénol introduite dans l'organisme étant relativement peu élevée, sans compter que l'absorption du médicament dure plusieurs jours.

M. Niémtchenkov a traité de la sorte 43 sujets atteints de conjonctivite trachomateuse, et la plupart d'entre eux ont été complètement guéris après une seule séance; dans quelques cas seulement, on a été obligé de pratiquer une seconde et, exceptionnellement, une troisième injection, en laissant un intervalle de quinze jours entre deux interventions successives.

Emploi du chlorure de calcium dans la métrite hémorrhagique.

On se rappelle que M. le docteur A. Lafond-Grellety (de Villefranche-de-Longchapt) a obtenu d'excellents résultats, dans plusieurs cas de ménorrhagies, par l'usage interne du chlorure de calcium (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 96). De son côté, M. le docteur G. Gross, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, a utilisé, avec succès, les propriétés coagulantes de ce médicament chez 4 femmes atteintes de métrite hémorrhagique et hospitalisées dans les services de MM. les docteurs Weiss et Ch. Gross, professeurs de clinique chirurgicale à ladite Faculté, ainsi que dans un cas de cancer inopérable de l'utérus avec hémorrhagies persistant malgré un curettage et qui, sous l'influence du chlorure de calcium, diminuèrent au point de permettre à la malade, auparavant anémiée et tenue au lit, de reprendre sa vie habituelle et les travaux des champs.

M. G. Gross a fait prendre à ses patientes, tous les jours, un lavement contenant 10 grammes de chlorure de calcium pour 200 grammes d'eau distillée stérilisée, précédé d'un clystère évacuateur. Il administrait, en outre, une potion préparée selon la formule suivante, préconisée par M. le docteur Bertignon (de Nancy) :

Chlorure de calcium...........	4	grammes.
Sirop de menthe................	30	—
Eau distillée..................	90	—

A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

L'usage de cette mixture pourrait être continué, sans inconvénient, pendant longtemps, le médicament s'éliminant très rapidement, pourvu que les reins fonctionnent bien.

L'antipyrine contre la méningite cérébro-spinale épidémique.

Au cours d'une petite épidémie de méningite cérébro-spinale qui éclata à bord du *Montrose*, parmi les prisonniers boers, M. le docteur E. C. Freeman (médecin militaire anglais) traita trois malades atteints de cette affection par l'antipyrine, à la dose de 0 gr. 30 centigr. à 0 gr. 60 centigr. répétée trois fois par jour. Chez un de ces patients, âgé de dix-neuf ans, la température, qui avait été au commencement de la maladie de 39°4, tomba dans l'espace de deux jours, sous l'influence de la médication, à peu près à la normale, en même temps que les douleurs à la nuque se dissipaient. Toutefois, ce jeune homme ne tarda pas à faire une rechute et finit par succomber, après avoir passé, pendant trois mois, par une série d'alternatives d'amélioration et d'exacerbation des symptômes méningitiques. Les deux autres patients, âgés l'un de treize ans et l'autre de quinze ans, et qui, tous les deux, présentèrent des signes caractéristiques de méningite cérébro-spinale, furent complètement guéris.

Etant donné que les autres cas (au nombre de 3 également) observés au cours de la même épidémie et traités par les moyens usuels ont rapidement abouti à la mort, notre confrère estime que l'antipyrine mériterait d'être essayée toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une méningite cérébro-spinale.

Mélange de cocaïne et de menthol pour pulvérisations nasales contre le coryza.

Afin de faire disparaître la céphalalgie et la sensation d'obstruction nasale qui accompagnent le coryza aigu, on a assez souvent recours à des pulvérisations intranasales, pratiquées avec une solution tiède de cocaïne à 1 %. D'après l'expérience d'un confrère suisse, M. le docteur A. Pugnat (de Genève), il y aurait avantage à substituer à cette solution le mélange que voici, employé de la même façon :

Chlorhydrate de cocaïne.. }	āā 5	grammes.
Menthol.................. }		
Huile de vaseline..............	100	—

Les effets décongestionnants de ces pulvérisations, qui doivent être répétées toutes les trois heures, seraient plus marqués et plus durables que ceux de la simple solution de cocaïne.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

La dyspepsie appendiculaire et son traitement chirurgical.

Sous le titre de *dyspepsie appendiculaire*, nous nous proposons d'étudier toute une série de troubles gastro-intestinaux qui reconnaissent pour cause première une inflammation chronique de l'appendice et ressortissent par leur thérapeutique à la chirurgie opératoire. Frappé par la singularité des accidents dont il s'agit, M. Ewald, pour les désigner, a proposé naguère l'expression d'*appendicite larvée*. Il cherchait ainsi à bien faire ressortir combien l'appendicite chronique peut dévier de son type habituel. Ce terme est incomplet, puisque la dyspepsie, signe capital, reste dans l'ombre. Et d'ailleurs, le masque gastro-intestinal n'est qu'une des formes de l'appendicite larvée : selon les cas, celle-ci est larvée digestive, larvée douloureuse, larvée nerveuse, larvée par tumeur, etc. Aussi, la dénomination de dyspepsie appendiculaire nous semble-t-elle plus précise. Elle solidarise le symptôme et sa lésion; elle établit entre eux le lien intime de cause à effet. Dyspepsie appendiculaire, cela signifie que certaines dyspepsies sont causées par une appendicite chronique, fait qui sera démontré plus loin. Remarquons que l'innovation d'une telle appellation n'a rien de bien troublant. Ne voit-on pas là une extension de la nomenclature si heureusement proposée par M. le professeur Dieulafoy? De même qu'il y a des « pleurésies appendiculaires », des « péritonites appendiculaires », des « hématémèses appendiculaires », de même il est aussi — et c'est là le fait vraiment nouveau — une « dyspepsie appendiculaire », qui puise comme les autres syndromes sa genèse dans une infection de l'appendice iléo-cæcal.

Mais, dira-t-on, jamais symptôme ne fut plus banal que la dyspepsie au cours de l'appendicite. Aux temps déjà anciens de la typhlite, les observateurs ne manquaient point d'attirer l'attention sur l'engorgement du cæcum et ses conséquences sur la digestion. Aujourd'hui, chacun sait que toute crise nettement marquée d'appendicite se fait cortège d'un état mauvais du tube intestinal. Cette objection première n'est pas sans valeur; mais ce n'est pas de ces faits qu'il est ici question. Tandis que dans l'appendicite aiguë les troubles dyspeptiques ne sont que fugaces, temporaires, effacés au tout dernier plan, dans certaines appendicites chroniques, au contraire, ils sont assez rares pour n'avoir point encore fixé l'attention, et assez tranchés pour individualiser un type clinique. Ils se présentent alors avec un caractère dominateur, avec une allure de ténacité et de persistance vraiment inquiétantes. Aussi bien, qui dit dyspepsie, parle en général d'un syndrome chronique en son évolution, le terme de dyspepsie évoquant l'idée de chronicité. La remarque est d'autant plus juste ici, que la lésion causale est aussi chronique que le symptôme lui-même. Toutefois, dyspepsie appendiculaire et appendicite chronique ne sont point deux termes rigoureusement équivalents : celle-là n'est qu'une des expressions cliniques de celle-ci.

Pour mettre fin à ces prémices, qu'il soit en outre entendu que nous laisserons de côté les *entérocolites dyspeptiques préappendicitiques*, c'est-à-dire celles qui se compliquent, à un moment donné, d'infection du diverticule appendiculaire. C'est qu'en effet le rapport de causalité est ici précisément inverse de ce qu'il est dans la dyspepsie appendiculaire. La dyspepsie entérocolique préappendicitique est déterminée par la lésion intestinale et non par celle de l'appendice; au contraire, dans la dyspepsie appendiculaire, *c'est l'appendicite qui crée la dyspepsie*, distinction grosse de conséquences. Supprimons, en effet, l'appendice infecté secondairement par une entérocolite, et la maladie causale dyspepsigène n'en doit pas moins logiquement persister. Supprimons, au contraire, l'appendice, foyer primitif de l'infection, qui entretient toute une perturbation dans la fonction gastro-intestinale, et la guérison doit rationnellement survenir intégrale, puisque supprimer la cause, c'est supprimer l'effet.

I

Et d'abord, la dyspepsie appendiculaire, au sens convenu, existe-t-elle, et comment prouver qu'elle n'est point une fiction ? C'est à la chirurgie que revient l'honneur d'avoir, tout récemment, fait cette démonstration. En effet, les interventions sanglantes ont la valeur d'une expérience; elles nous apprennent qu'on enlevant l'appendice malade, on fait radicalement disparaître le syndrome gastro-intestinal. Voilà ce qui ressort à l'évidence du rapprochement de 30 observations éparses, tirées par nous de recueils divers pour fixer et détacher un type dyspeptique.

Ce n'est pas à dire que les troubles digestifs n'aient jamais été signalés jusqu'ici dans l'évolution des appendicites chroniques. D'une phrase ou d'un mot, MM. Czerny, Monod et Vanverts, Pesquerel, Levrey, A. Broca, Cotar, Klem, Delagenière et d'autres les mentionnent, mais ils n'en ont point fait une étude spéciale.

MM. Talamon, Walther, Jalaguier en France, M. Ewald en Allemagne sont plus explicites à leur endroit. Ainsi M. Talamon (1) dès 1892 écrit : « Dans la période intermédiaire aux crises aiguës, il persiste souvent des douleurs abdominales vagues, des coliques fréquentes, du ballonnement facile du ventre, des *digestions pénibles*, une gêne dans la fosse iliaque droite, des alternatives de constipation et de selles muqueuses... Si la chute est surtout appendiculaire, la période intermédiaire est plutôt cæcale ou du moins intestinale. L'appendice enflammé agit en somme comme un *corps étranger irritant* non seulement sur le péritoine, mais encore sur le gros intestin dont les troubles peuvent être d'ordre mécanique ou catarrhal. » Et des réflexions identiques sont développées dans la deuxième monographie du même auteur (2).

M. Walther (3), plus récemment, a insisté assez longuement sur l'appendicite chronique et ses troubles digestifs. Il a publié lui-même, ou dans les thèses des ses élèves, MM. Montais (4) et Rastouil (5), 21 observations où les phénomènes dyspeptiques sont prépondérants. Ces faits concernent des appendicites chroniques, les unes à rechutes, les autres sans chute ou chroniques d'emblée, suivant une expression très juste de M. Brun (6).

M. Ewald (7), sous le titre d'appendicite larvée, a publié, de son côté, 6 observations analogues; il montre comment les malades sont longtemps soignés pour un catarrhe chronique de l'estomac et de l'intestin. L'intervention opératoire peut, au contraire, les guérir rapidement.

M. Jalaguier (1) signale enfin la particularité de certaines appendicites chroniques qui « ne se révèlent que par des *troubles dyspeptiques* et des douleurs abdominales plus ou moins vagues. On passe facilement à côté du diagnostic, car les symptômes appendiculaires, souvent mal définis et fugaces, doivent être recherchés avec beaucoup d'attention ». Une observation de ce chirurgien répond aux cas en question (2).

Aux faits précédents, j'ajoute 2 observations personnelles de dyspepsie appendiculaire : l'une à type intestinal, l'autre à type buccal, où l'ablation de l'appendice fit cesser tous les troubles, dont la cause première était une lésion chronique du diverticule. C'est à propos de nos deux opérés que nous avons été amené à étudier la dyspepsie appendiculaire, en prenant pour base les 30 observations dont il vient d'être question (Walther 21, Ewald 6, Jalaguier 1, Longuet 2), grâce auxquelles nous espérons dégager un type clinique assez bien individualisé, tout en laissant de côté la question de l'appendicite chronique en général, dont la description a déjà été faite avec soin par les auteurs précités.

II

Quel que soit l'*âge* ou le *sexe*, qu'il s'agisse ou non d'un sujet névropathique, ou issu de souche neuro-arthritique, la dyspepsie appendiculaire fait insidieusement son entrée en scène. Un état nauséeux, une anorexie s'installent qui, progressivement, s'accroissent et, lorsque plusieurs semaines ou plusieurs mois se sont ainsi passés, les choses évoluent en deux sens :

a) Tantôt l'affection jusque-là traînante est brusquement interrompue par une *crise d'appendicite aiguë* qui éclate avec son habituelle netteté. Laisse-t-on refroidir la poussée, on constate, comme dans ma première observation, que tous les symptômes s'effacent, à l'exception des troubles gastro-intestinaux. Ceux-ci, au contraire, s'affirment et s'accentuent de plus en plus;

b) Tantôt la crise appendiculaire — ce commémoratif si précieux — n'apparaît que sous une forme *fruste* ou légère, si bien qu'elle demeure ignorée; tel était notre deuxième cas, où l'on avait cru à une simple indigestion. Faut-il admettre même que toute espèce de manifestation locale du côté de l'appendice puisse faire défaut, qu'il y ait des dyspepsies appendiculaires chroniques d'emblée, à symptômes exclusivement digestifs, sans la moindre poussée locale? Ne nous hâtons pas trop de croire à cette latence absolue. Que si les patients sont interrogés avec un soin extrême, on retrouve qu'il y a eu quelque chose d'anormal, pouvant être interprété comme une ébauche d'appendicite méconnue. Ainsi, chez l'un de nos malades, la prétendue indigestion s'était accompagnée d'un point iliaque ayant duré quatre jours et d'un peu de fièvre avec frissons. Ailleurs il y avait eu des *douleurs* appendiculaires sur lesquelles l'attention n'avait pas été suffisamment attirée, mais qui n'en étaient pas moins des poussées d'appendicite, vu leur localisation élective au point de McBurney. Quoi qu'il en soit, le mode de début soi-disant latent et chronique d'emblée de la dyspepsie appendiculaire, avec ou sans poussée aiguë avortée, doit être tenu pour fréquent : il figure 22 fois sur 30 dans notre relevé; c'est là un premier fait très digne d'intérêt.

Après ou sans orage appendiculaire, le dyspeptique vient consulter le médecin parce qu'il

---

(1) TALAMON. Appendicite et pérityphlite, p. 152. Paris, 1892.

(2) « C'est en tout ou en partie la symptomatologie de l'atonie intestinale : digestions pénibles, ballonnement. Les symptômes de la colite sèche ou membraneuse manquent rarement. Il est des cas où cette colite apparaît comme *nettement consécutive aux premières crises appendiculaires*. L'appendice enflammé peut être regardé, à juste titre, comme la *cause d'une irritation* qui entretient l'état morbide du gros intestin, et dès lors son ablation est logiquement indiquée, comme le moyen de guérison, non seulement de l'appendicite, mais encore de troubles intestinaux intercalaires aux rechutes. » TALAMON. La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite, p. 256. Paris, 1900.

(3) WALTHER. Sur une forme d'appendicite chronique à évolution latente, sans aucune crise aiguë. (*Comptes-rendus du douzième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 430.) — Epiploïte consécutive à l'appendicite. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 91.)

(4) C. MONTAIS. Contribution à l'étude de l'appendicite chronique d'emblée (phénomènes dyspeptiques). (*Thèse de Paris*, 1900.)

(5) A. RASTOUIL. Appendicite chronique. (*Thèse de Paris*, 1901.)

(6) BRUN. Appendicite chronique; résection à froid de l'appendice. (*Presse Médicale*, 10 mai 1897.)

(7) EWALD. Du traitement de l'appendicite. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 134.)
SONNENBURG. Pathologie und Therapie der Perityphlitis. 4e éd., 1900.

(1) A. JALAGUIER. Indications thérapeutiques dans l'appendicite. (*Treizième congrès internat. des sciences méd.*, Section de chirurgie infantile. Paris, 1900.)

(2) A. JALAGUIER. Appendicite chronique. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 14 février 1900.)

manque d'appétit et souffre de l'estomac. D'un examen détaillé, ressort qu'il s'agit d'*atonie gastrique avec hypopepsie*. Trois, quatre heures après le repas, la digestion se ralentit; il y a de la flatulence, des éructations répétées, des pesanteurs épigastriques, qui deviennent insupportables. Particularité importante sur laquelle M. Walther a insisté, l'intolérance est élective : elle porte sur les viandes rouges, sur le bouillon et les substances grasses, sur les sauces, le vin rouge, le café ou les légumes crus. Finalement, les patients ne supportent plus que les œufs, le lait, quelques légumes cuits. Que s'ils s'obstinent à prendre les mets que l'expérience leur a appris être défavorables, ils les évacuent en une véritable débâcle lientérique après des souffrances en tout semblables à celles des indigestions. Mais la diarrhée est rare parce que l'intéressé, de son propre mouvement, ou bien sur un conseil médical, s'abstient d'ingérer ce qu'il sait ne pas digérer. Ce n'est pas moins une inquiétude constante pour lui que l'approche des heures de digestion, où s'accusent « les barres sur l'estomac », la sensibilité épigastrique, les douleurs abdominales diffuses, parfois très aiguës, qui entrainent une dyspnée, un essoufflement aux heures de l'angoisse, et l'inaptitude au travail.

A l'intestin, c'est, comme à l'estomac, l'atonie qui domine. Au premier rang de ces troubles, apparaît la constipation, signe fréquent, presque constant, indice de la parésie intestinale. Pour la combattre, des lavements suffisent tout d'abord, mais plus tard ils sont inefficaces, sous quelque forme que ce soit, et les plus énergiques drastiques ne font pas mieux. Si pénible devient alors l'acte de la défécation, qu'on voit certains malades, dans le but de s'y soustraire, renoncer à s'alimenter. La distension du gros intestin se traduit par une sensibilité ou des douleurs sur le trajet du cadre colique, douleurs dont la répartition est parfois très vague, bien qu'elles prédominent volontiers du côté droit.

Le palper, la percussion confirment la dilatation soit de l'estomac, soit du côlon ou du cæcum. Des zones se dessinent où le tympanisme est exagéré. Dans la fosse iliaque droite, des borborygmes éclatent bruyamment. C'était surtout le cas dans l'observation relatée par M. Talamon en 1892 : la pression au niveau du cæcum déterminait d'abord un bruit de gargouillement très marqué; puis, au bout de quelques secondes, une tumeur molle se formait dans la région, qui gonflait et s'enflait sous la main. Cette tumeur s'allongeait transversalement; le malade la connaissait bien; il avait, au reste, constaté lui-même que la tuméfaction apparaissait de temps à autre spontanément; pour la faire disparaitre, il n'avait qu'à appuyer fortement sur le cæcum; alors elle s'affaissait en produisant un bruit qu'il comparait à une « bouteille qui se vide ». Mais il arrive que toutes ces constatations demeurent obscures, parce que tout ou partie du côlon sont sensibles suivant de véritables raies douloureuses. Cependant, la sensibilité et l'atonie intestinales sont plus volontiers hémi-abdominales et se confinent à la moitié droite du ventre.

La scène clinique change d'aspect si le dyspeptique arrive à la phase tardive de son mal; il est alors en pleine « cachexie appendiculaire ». Après une allure assez régulièrement progressive — rarement entrecoupée par une amélioration temporaire qui est mise sur le compte du traitement médical, plus souvent accélérée par une alimentation défectueuse, les écarts de régime, les fatigues et les courses, les purgatifs et les lavements — la dyspepsie retentit fâcheusement sur tout l'organisme. C'est l'amaigrissement qui annonce la ruine prochaine, sans connaître de temps ni de limite : une malade de M. Walther avait diminué de 6 kilogrammes; une autre de M. Ewald, en deux ans, avait perdu la moitié de son poids. Pareille dénutrition ne va pas sans provoquer une extrême faiblesse, une fatigue constante. Les yeux s'excavent et se « cernent », le teint pâlit ou jaunit, devient terreux, lorsqu'il n'est pas nettement subictérique. Privé de sommeil, renonçant à quitter le lit, le patient s'inquiète et s'irrite. C'est pis encore s'il est névropathe et déjà neurasthénique avant d'être dyspeptique. N'est-il névropathe qu'en puissance, la neurasthénie ne tarde guère à se révéler; le malade tourne à l'hypocondrie ou à l'hystérie. En face d'une telle déchéance, quoi d'étonnant si le clinicien, dans sa première impression, conclut à une péritonite tuberculeuse, à un cancer latent de l'estomac ou de l'intestin?

Il est probable que la dyspepsie appendiculaire est loin d'affecter toujours une teinte aussi sombre, une durée aussi longue, une gravité aussi grande. Il est, sans doute, bien des degrés, dans l'échelle de ces désordres. Pourtant la guérison spontanée, ou par traitement médical, n'est encore mentionnée dans aucun cas. Bien plus, l'affection a coutume de s'éterniser; elle datait de un, deux, six, dix, douze, vingt ans, lorsque le chirurgien fut appelé à intervenir. Cette longévité laisse place aux *accidents infectieux* intercurrents, en tête desquels il faut mettre l'entérocolite muco-membraneuse (9 fois sur 30), sans qu'on puisse nettement affirmer si celle-ci est pré ou post-appendiculaire. Alors les phases de constipation sont interrompues par des débâcles de selles glaireuses et douloureuses, de « peaux » blanchâtres, avec coliques sourdes, gonflement habituel du ventre, poussées fébriles légères, douleurs à la pression sur le trajet du côlon, brûlures, épreintes et ténesme rectal. Il n'est pas jusqu'à la phlébite qui ne puisse rappeler la phase dernière des cancers de l'estomac; tel un cas de M. Walther, où la veine saphène interne se thrombosa. Mentionnons enfin des poussées du côté du foie qui devient volumineux, ou du côté de la rate qui est grosse, comme dans les états infectieux.

Tel est le type clinique habituel de la dyspepsie appendiculaire. Il comporte évidemment de multiples nuances qui varient selon les sujets. Ainsi, d'après la prédominance et la répartition des troubles par étages, la dyspepsie est surtout intestinale, cas le plus fréquent; ou bien elle est gastrique. J'ajoute que ma deuxième observation personnelle m'engage à insister sur une *dyspepsie buccale*. Ici, les troubles avaient comme théâtre principal l'entrée des voies digestives : la langue était extrêmement chargée, très sale, couverte d'un épais enduit grisâtre, sauf sur la pointe et sur les bords; le pharynx était rouge, les amygdales tuméfiées, la soif vive, la salive en faible quantité; si bien qu'un rapprochement se présentait tout naturellement à l'esprit entre la langue des « appendiculaires » et celle des « urinaires ».

A l'opposé de l'*atonie gastro-intestinale avec hypopepsie*, existe-t-il un type d'*hypertonie gastro-intestinale avec hyperpepsie?* Cela ne peut encore être affirmé. Toutefois un malade avait des spasmes pyloriques immédiats; l'ingestion des aliments était suivie d'une révolte de l'estomac, de vomissements presque instantanés avec régurgitations acides. Voici donc une modalité différant du type habituel, qui paraît exceptionnelle quant à présent.

III

En tout ceci, qu'y a-t-il de vraiment pathognomonique et qui distingue la dyspepsie appendiculaire des autres dyspepsies? En vérité, pour qui ne consulte que le syndrome dyspepsie, tout signe différentiel reste encore à trouver. Peut-être des recherches approfondies de la part des médecins qui étudient spécialement les affections de l'estomac et de l'intestin jetteront-elles dans l'avenir quelque lumière sur ces points encore obscurs. Jusqu'ici l'examen du chimisme stomacal, fait chez une malade de M. Ewald, n'a rien donné.

Mais, sans sortir de la clinique, il existe quatre grands signes, d'une importance considérable, qui constituent les jalons du diagnostic. Ce sont :

1° Le commémoratif d'une ou plusieurs *crises appendiculaires franches;*

2° Le commémoratif d'une ou plusieurs *crises appendiculaires frustes;*

3° La constatation d'une *tumeur* ou d'une *tuméfaction* sensible dans la région de l'appendice;

4° La constatation d'une *sensibilité douloureuse précise* au point de McBurney.

Que si tous ces signes se trouvent au grand complet, aucun doute n'est permis. En pratique, on ne saurait escompter une aussi heureuse éventualité. Il arrive le plus souvent qu'un, deux ou même trois d'entre eux fassent défaut. D'où la nécessité d'établir pour chacun d'eux une hiérarchie de valeur séméiologique. Les deux premiers, tirés des commémoratifs, sont très inconstants; de plus, il se peut qu'il y ait simple coïncidence d'une appendicite et d'une dyspepsie : pour être dyspeptique, on n'en a pas moins le droit de faire une appendicite franche ou fruste, et même d'en guérir sans intervention; enfin, il faut bien avouer que certains malades ont tendance à exagérer et à répondre par trop d'affirmation et trop de précision aux questions qui leur sont posées; que d'autres, au contraire, perdent le souvenir de douleurs appendiculaires frustes qui ne les ont point inquiétés. Voilà pourquoi les deux premiers signes, quoique d'un très précieux appoint, n'ont pas cependant une valeur rigoureusement décisive. Il faut les prendre en très haute estime, mais au besoin savoir s'en passer.

Il n'en est pas de même du troisième et du quatrième symptômes qui sont objectifs et palpables. Or, on peut avancer que l'un ou l'autre ne manquent jamais si on sait les rechercher. Voyons d'abord la *tumeur*. Dans 13 cas, il est dit qu'un examen attentif permit de déceler dans la région de l'appendice, soit une tumeur allongée, soit un cordon cylindrique ou un ruban mobile sensible à la pression, dont la douleur persistait après l'exploration pendant quelques instants. Il est même permis, pour plus de facilité dans cette recherche, d'anesthésier le malade comme le recommande M. Ewald.

Quant à la *douleur localisée*, elle est mentionnée dans 12 autres cas. En l'absence de toute tumeur, la pression réveillait au point de McBurney une sensibilité exquise, et assez précise pour se distinguer d'avec les raies douloureuses concomitantes qui sillonnaient le trajet de l'estomac ou du côlon. Il n'est pas nécessaire que la recherche du point de McBurney arrache un cri. Pourvu qu'à la pression une sensibilité se trahisse sourde, obtuse, profonde, sorte d'ébranlement douloureux, persistant quelques secondes, parfois quelques heures et jusqu'à vingt-quatre heures après l'exploration, c'est assez pour fixer le jugement : n'est-ce pas l'indice certain que là se trouve une épine irritative, un foyer où l'infection sommeille? Lorsque ce signe est nettement constaté, n'hésitons plus, c'est d'une dyspepsie appendiculaire qu'il s'agit.

Reconnaissons, toutefois, que les erreurs de diagnostic ne sont pas toujours faciles à éviter. Je ne crois pas que, désormais, on laisse l'affection se traîner dix, douze et vingt ans, jusqu'à ce qu'elle revête le masque d'un *cancer latent* du tube digestif. Quant à une *fièvre typhoïde*, malgré un état gastro-intestinal et un point douloureux dans la fosse iliaque droite, elle ne donne guère le change pour une dyspepsie appendiculaire; la diarrhée, la langue fuligineuse, le cycle thermique, le sérodiagnostic permettraient, d'ailleurs, d'éviter la confusion. Il n'en est pas de même de la *péritonite tuberculeuse*. Celle-ci, par son polymorphisme, n'a-t-elle pas tout simulé? C'est alors que les antécédents ou la coexistence de lésions bacillaires doivent être attentivement recherchés.

Mais, sans aller aussi loin, restons en face d'un type habituel de dyspepsie appendiculaire.

On risque encore de s'égarer parce que le point de McBurney — ce grand critérium — n'affecte pas toujours une localisation « normale ». Il est parfois plus bas, ou plus externe, ou plus haut, ou moins circonscrit que de coutume. Autant de circonstances où le clinicien demeure hésitant.

1° *Le point de McBurney est-il plus bas que de coutume?* La discussion chez la femme porte entre une dyspepsie appendiculaire et une *dyspepsie utéro-ovarienne*. Or, en cette dernière éventualité, il existe un « passé génital », des lésions pelviennes, une infection de l'utérus, ou une tumeur annexielle appréciable au toucher. Si cette tumeur est bilatérale, c'est une annexite. Mais combien est plus grande la difficulté lorsque la tumeur est unilatérale droite? Est-ce une appendicite chronique, ou une salpingite dyspeptique? La tumeur appendiculaire est un peu plus élevée, plus franchement abdominale, pas ou peu accessible par le toucher vaginal. Ces distinctions sont parfois de constatation délicate. Et ce qui complique la question, c'est qu'il y a des annexites d'origine appendiculaire où les troubles digestifs constituent la note dominante. Il en était ainsi chez les malades de MM. Quénu, Tuffier, Pozzi, Tédenat, Walther, Delagenière, Skene, Kelway (1).

Sans entrer plus avant dans la question des annexites d'origine appendiculaire, rappelons qu'aujourd'hui l'erreur est de bien minime importance pour ceux qui, comme nous, sont laparotomistes exclusifs en matière de salpingite. Peu importe qu'il y ait appendicite chronique ou salpingite chronique dyspeptique, car l'indication opératoire reste la même, la voie haute étant la seule qui, de l'œil et du doigt, nous donne une exacte appréciation de l'organe principalement en cause, utérus, trompe, ovaire ou appendice.

Chez l'homme, la dyspepsie appendiculaire ne peut être, malgré la similitude du syndrome digestif, prise pour une *dyspepsie urinaire*. Les commémoratifs et les troubles vésicaux sont là qui mettent sur la voie chez les vieux urinaires infectés.

2° *Le point de McBurney est-il plus externe que de coutume?* Il arrive alors que la dyspepsie appendiculaire est mise sur le compte d'une *néphroptose* à expression digestive. Ainsi, dans un cas, l'on avait fait porter, pendant trois ans, une ceinture spéciale avec séances de massage dans l'intervalle. Pourtant la notion d'une tumeur, dont la forme rappelle le rein, ballottante, réductible dans la fosse lombaire, de bas en haut et d'avant en arrière, n'a point son analogue dans l'appendicite dyspeptique. On s'est demandé si, dans le rein mobile douloureux, l'appendice malade n'était pas l'organe à incriminer. C'est ce que croit M. Walther, d'après M. Montais (2). Il semble, en effet, démontré que les deux affections sont en fréquente corrélation. Mais il faut éviter les formules exagérées. M. Edebols (3) trouve que, dans 60 % des cas, les deux maladies sont associées. Il en conclut que l'appendicite chronique est la conséquence la plus constante du rein mobile droit, que quelques-uns des symptômes attribués au rein dépendent de l'appendicite; qu'en conséquence la douleur n'est pas rénale, mais appendiculaire : s'il n'y a pas d'appendicite, on ne souffre pas du rein mobile. Ce sont là des aperçus nouveaux qui attendent de plus amples vérifications.

3° *Le point de McBurney est-il plus élevé que de coutume?* L'attention est dirigée vers le foie, on met la dyspepsie sur le compte d'une *cholécystite calculeuse*, surtout si le facies est terreux ou subictérique. Il est, en effet, intéressant de savoir que les cholécystites, calculeuses ou non, peuvent se traduire par des accidents digestifs intenses, sur lesquels j'ai eu l'occasion d'insister en 1896 (1). Mais les commémoratifs d'une infection biliaire sont différents, les points et les irradiations douloureuses plus élevés encore. Au surplus, l'indication opératoire et la voie d'accès latérale restent les mêmes.

4° *Le point de McBurney est-il moins circonscrit que de coutume?* Est-ce une *colite* ou une appendicite à type dyspeptique? Telle est la difficulté qui se dresse, délicate à résoudre. Trois fois l'erreur fut faite; les malades furent longtemps soignés pour une atonie gastro-intestinale, pour une colite, pour une colite mucomembraneuse, par des cliniciens de haute compétence. Plus tard l'intervention démontra qu'il s'agissait d'une entérocolite entretenue par une appendicite chronique. A propos des appendicites aiguës, le diagnostic différentiel a été déjà traité par M. le professeur Dieulafoy (2), et les réflexions qui suivent conservent leur valeur en cas de colite ou d'appendicite chronique. « Dans l'entérotyphlocolite, la douleur peut également siéger au niveau de la fosse iliaque droite, mais c'est là l'exception : le plus habituellement, tout le ventre est douloureux et, quand on insiste auprès des malades pour leur faire préciser le siège de la douleur, ils indiquent la région du côlon transverse et du côlon descendant. Il suffit la plupart du temps d'interroger ces malades, pour apprendre qu'ils ont présenté antérieurement des signes manifestes d'entérocolite et en particulier des débâcles de glaire, de fausse membrane, de sable intestinal, etc. » Ce qui, dans certains cas, embrouille la question, c'est la coexistence possible des deux affections, aujourd'hui bien démontrée. Et la filiation est loin d'être facile à établir entre les deux; on ne sait si l'appendicite chronique co-entérocolite est cause ou conséquence. Jusqu'à nouvel ordre, c'est la constatation précise du point de McBurney, qui indique si oui ou non l'appendice est pris, et s'il est pris, il faut l'enlever, ne traduirait-il sa souffrance que par la seule dyspepsie avec troubles coliques.

IV

Si la pathogénie des dyspepsies en général reste enveloppée d'une obscurité profonde, celle de la dyspepsie appendiculaire semble, par contre, devoir sans trop tarder sortir du chaos. Partant de cette notion nettement établie par le présent travail, et que l'étude des résultats opératoires souligne encore plus, à savoir que certaines dyspepsies sont *causées* par une appendicite chronique, comment pouvons-nous concevoir le lien étroit qui réunit le symptôme à la lésion? C'est à la bactériologie, à l'anatomie pathologique, à la physiologie pathologique qu'il convient de demander des éclaircissements.

La *bactériologie* et la *toxicité* des appendicites chroniques restent à élucider. Toutes les appendicites chroniques sont-elles toxiques? Il semble que non, lorsqu'on lit ce cas de M. Walther où l'appendice était transformé de vieille date en un kyste à contenu clair, état qui bactériologiquement paraît bien rapprochable des hydrosalpinx ou des hydrocholécystites tardivement stériles. En ce qui concerne les appendicites chroniques infectieuses, leur microbiologie est-elle particulière? N'y trouve-t-on pas certaines espèces microbiennes qui font seules leur œuvre, lorsqu'elles ont, par concurrence vitale, étouffé leurs associées lors de la poussée aiguë? Et s'il en est ainsi, ces mêmes espèces persistantes, de grande longévité, sont-elles par leurs toxines plus aptes que d'autres à impressionner les centres moteurs et sécrétoires du tube gastro-intestinal? Autant de recherches à faire pour l'avenir.

L'*anatomie pathologique*, déjà mieux connue, ne témoigne d'aucune lésion spécifique, c'est-à-dire de nature à différencier l'appendicite chronique dyspeptique d'avec toute autre appendicite chronique. Des observations colligées dans la présente étude, que résulte-t-il? C'est que l'*inflammation* — en activité ou éteinte — existait sous toutes ses formes :

a) Sous forme de *folliculite* : au stade préulcéreux, au stade ulcéreux avec chute de la muqueuse, au stade de sclérose oblitérante progressive;

b) Sous forme de *cavité close*, soit par calcul, soit par coudure, soit par sténose;

c) Sous forme d'*adhérences de l'appendice*;

d) Sous forme d'*adhérences épiploïques*.

En somme, deux notions se dégagent : il y a des lésions tantôt *septiques*, tantôt *aseptisées*. Ce que sachant, il reste à rechercher comment cette double notion peut déterminer une perturbation gastro-intestinale.

C'est ici que la *physiologie pathologique* doit intervenir. Pour mieux poser le problème, voici quelques éléments de physiologie normale de nature à conduire du connu vers l'inconnu. L'arc nerveux réflexe est représenté ainsi qu'il suit : une impression spéciale est perçue par la muqueuse gastro-intestinale ou par celle de l'appendice, qui n'est qu'une expansion tubulisée de la première. De ce point de départ, l'impression est transmise par la voie centripète du pneumogastrique ou du grand sympathique jusqu'au plexus cœliaque, puis de là aux centres nerveux. Ceux-ci, centres d'élaboration et de réflexion, siègent, soit au plancher du quatrième ventricule, pour le pneumogastrique, soit à la moelle, pour le grand sympathique.

De là, l'impression élaborée est réfléchie par les mêmes pneumogastrique et grand sympathique, actionnés comme voies centrifuges, et menant l'impression dans les plexus nerveux d'Auerbach et de Meissner où, après emmagasinement, l'action centrifuge est distribuée progressivement soit à la couche musculaire, soit aux glandes du tube digestif. Les muscles réagissent par péristaltisme; les glandes, par sécrétion.

Que le rythme et la modération normale de ce réflexe soient troublés par une lésion septique ou aseptique de l'appendice, et la dyspepsie peut en être la conséquence. Ainsi, au point de départ, ce peut être une impression anormalement douloureuse; au niveau des centres, ce peut être une intoxication par toxines microbiennes d'origine appendiculaire. Après une élaboration centrale troublée, les voies centrifuges reçoivent de ces centres une action exagérée soit à variation positive (spasme de la musculeuse, hypersécrétion), soit à variation négative (parésie, hyposécrétion).

De cet aperçu de physiologie pathologique, reportons-nous aux lésions constatées dans la dyspepsie appendiculaire. Un premier point est, à notre sens, hors de contestation, c'est que la pathogénie de ces désordres n'est point univoque dans tous les cas, pas toujours univoque pour le même cas. Dès maintenant, je crois devoir distinguer plusieurs « modes pathogéniques » assez tranchés.

En premier lieu, je signalerai des dyspepsies d'*ordre toxique* et *toxi-infectieux*. Tel est notre cas de dyspepsie à type buccal où l'affection se comporta comme si une neurotoxine bactérienne sécrétée au niveau de l'appendice, et résorbée par voie sanguine ou lymphatique, exerçait son action dépressive sur le centre salivaire, à la façon de certains poisons tels que l'atropine et la morphine. Si l'affection est très ancienne, la *stercorémie* ajoute ses

(1) Voir, à ce sujet, Barnsby. Appendicite et annexite; coexistence des deux affections; pathogénie, symptômes, traitement. (*Thèse de Paris*, 1898. Obs. 1, 2, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 23, 26, 29 et 31.) — Pour les observations de M. Walther, voir les thèses, déjà citées, de MM. Montais et Rastouil.

(2) Montais. (*Loc. cit.*, p. 45.)

(3) G. Edebols. Wanderniere und Appendicitis; deren häufige Koexistenz und deren simultane Operation mittels Lumbalschnitt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 oct. 1898, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 47.)

(1) L. Longuet. Traitement chirurgical de l'angiocholécystite (non calculeuse). (*Thèse de Paris*, 1896. 3e obs. personnelle.)

(2) Dieulafoy. Diagnostic et traitement de l'appendicite. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 fév. 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 68.)

effets, de même que l'urémie associe son action à la toxi-infection colibacillaire dans la dyspepsie des urinaires.

Dans un deuxième groupe, se placent des dyspepsies appendiculaires d'*ordre purement réflexe*. C'était le cas du kyste appendiculaire à contenu clair observé par M. Walther, qui semblait agir à la façon d'un corps étranger et d'une épine irritative.

Dans un troisième groupe enfin, il faut ranger des dyspepsies appendiculaires d'*ordre exclusivement mécanique*. Comme exemples, citons 2 cas de M. Walther : dans l'un, une épiploïte chronique post-appendicitique tiraillait l'estomac; dans l'autre, l'épiploon enserrait le coude droit du côlon, au point de mettre un obstacle palpable à la libre circulation des matières.

V

La dyspepsie appendiculaire appartient exclusivement à la chirurgie par son traitement; la raison seule le conçoit et les faits le démontrent. Comment admettre, en effet, qu'une thérapeutique médicale quelconque puisse être vraiment curative? Il n'est point de médication interne qui prétende à supprimer l'infection qui sommeille chroniquement dans l'appendice et entretient tous les désordres digestifs. Les médications locales, sous forme de lavements, n'atteignent pas le foyer principal, l'épine irritative. D'ailleurs, 12 fois l'espoir fut en vain placé en un traitement médical; tout fut essayé comme régime alimentaire, ou comme lavements, et cela pendant six mois, deux ans, quatre ans, six ans, huit ans, douze ans. Le résultat fut que les malades s'acheminèrent lentement vers la consomption.

En face de cette cure palliative, qui manque à ses promesses, plaçons l'intervention chirurgicale. Tout d'abord, celle-ci est de nulle gravité entre des mains autorisées; dans tous les cas, elle s'est terminée sans aucun accident. Mais ce qui constitue la valeur de l'appendicectomie dans la cure des dyspepsies appendiculaires, c'est que cette opération est vraiment *curative*. Sur 30 faits, elle a donné 25 guérisons promptes, parfaites et radicales, où il est spécifié qu'en quelques jours tous les troubles disparurent : les digestions redevinrent normales, les selles régulières et le nervosisme cessa. Il n'est pas jusqu'à la colite muco-membraneuse qui n'ait rapidement cédé à la seule ablation de l'appendice. Restent 5 observations où la guérison fut moins complète. Dans une, les troubles dyspeptiques s'améliorèrent, mais les symptômes de colite chronique sèche persistèrent. Dans une seconde, il y eut cessation des douleurs et des fatigues, mais le malade conserva encore quelques troubles digestifs. Dans les trois dernières, l'amélioration du côté intestinal fut moins marquée que du côté gastrique : la colite muco-membraneuse persista; toutefois, l'hypocondrie concomitante s'améliora. A cela près, les résultats en bloc sont des plus encourageants et de nature à emporter la conviction en faveur de la thérapeutique chirurgicale que nous défendons.

Est-ce à dire que toute dyspepsie appendiculaire doive désormais être opérée *séance tenante*? Une telle hâte à prendre le bistouri serait, à notre sens, très exagérée. Les troubles que nous étudions ne comportent aucune urgence dans la décision à prendre; les lésions originelles n'offrent pas le caractère d'une gravité menaçante. Allons même plus loin : j'estime qu'il est, en certains cas, de bonne pratique de différer de quelques semaines avant d'en venir à la décision radicale. C'est qu'en effet le diagnostic est très souvent obscur. Il demande, pour être définitivement éclairé, un certain temps d'observation et de réflexion. On s'assurera, en procédant ainsi, qu'aucune amélioration spontanée n'est à escompter, que les choses tournent vers la chronicité, ou qu'elles évoluent vers l'aggravation. Pourquoi même ne pas profiter de cette phase d'attente pour instituer un traitement médical « criterium »? Ce sera un moyen de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une simple entérocolite muco-membraneuse sans appendicite. Et dès que l'insuffisance de ces moyens d'action est constatée, dès que le diagnostic d'« appendicisme dyspeptique » est posé sans appel, plus de doute, il convient d'opérer.

En elle-même, l'appendicectomie ne comporte ici rien de particulier, si ce n'est qu'il faut toujours vérifier l'état de l'épiploon. Dans le cas où ce dernier serait adhérent, on procéderait à sa libération ou à sa résection, car il peut être à lui seul, nous l'avons vu, un facteur de haute importance dans la genèse de la dyspepsie appendiculaire, quand il enserre mécaniquement le grêle ou le côlon ou bien encore lorsqu'il tiraille l'estomac.

Dr L. LONGUET,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Rouen.

MÉDECINE PRATIQUE

La signification du réflexe lacrymal pour le diagnostic différentiel entre l'anesthésie hystérique et l'anesthésie organique de la face.

On sait que l'anesthésie hystérique frappe les yeux plus que tous les autres organes des sens, de sorte que l'insensibilité des conjonctives a même été considérée comme un signe caractéristique de l'hystérie. Mais si le réflexe oculo-palpébral est constamment aboli, tout au moins dans les cas d'anesthésie complète, il n'en est pas de même pour le *réflexe lacrymal*, qui ne marche pas de pair avec le précédent. L'attouchement direct avec une bandelette de papier, tout en permettant de constater l'insensibilité de la muqueuse oculaire, provoque cependant une sécrétion de larmes aussi abondante que du côté opposé qui, ayant parfois conservé sa sensibilité, peut servir de terme de comparaison. Cette persistance du réflexe glandulaire, malgré l'anesthésie, avait été notée par quelques neurologistes (Pitres, Gilles de la Tourette), sans qu'on lui attachât pourtant une importance diagnostique. Or, M. le docteur W. G. Spiller, professeur adjoint de clinique des maladies du système nerveux à l'Université de Pennsylvanie, à Philadelphie, s'est demandé si, dans les cas d'anesthésie du trijumeau avec participation de la conjonctive et de la muqueuse nasale, le réflexe lacrymal ne serait pas diminué et si ce réflexe ne pourrait ainsi faciliter, au besoin, le diagnostic différentiel entre une anesthésie hystérique et l'insensibilité d'origine organique. Notre confrère a eu l'occasion de vérifier cette hypothèse sur un individu auquel M. le docteur W. W. Keen, professeur de clinique chirurgicale au Jefferson Medical College, de Philadelphie, avait enlevé, il y a quelques années, le ganglion de Gasser du côté droit, ce qui avait donné lieu à une hémi-anesthésie persistante de la face. Or, en irritant la narine droite à l'aide d'un stylet, M. Spiller ne parvint pas à augmenter la sécrétion des larmes, tandis que, sous l'influence de la même excitation du côté opposé, des larmes s'écoulaient sur la joue gauche, sans que la sécrétion augmentât d'une façon quelque peu sensible à droite. Si l'on introduisait une bandelette de papier entre le globe oculaire gauche et la paupière inférieure correspondante, et qu'on l'y laissât pendant trois minutes, on voyait les larmes s'écouler en abondance, toujours du même côté seulement. Par contre, répétée sur l'œil droit, l'expérience restait sans aucun effet sur la sécrétion lacrymale.

Des constatations analogues ont été faites dans un autre cas d'extirpation du ganglion de Gasser, observé par M. le docteur G. G. Davis.

Sans vouloir généraliser la portée de ces deux faits, M. Spiller estime cependant qu'il y a lieu de s'assurer de la conservation ou de l'absence du réflexe lacrymal toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une anesthésie de la face, cette constatation pouvant, le cas échéant, faciliter le diagnostic de nature de cette insensibilité, diagnostic qui parfois ne laisse pas que d'être embarrassant, soit qu'on hésite entre l'anesthésie hystérique et l'anesthésie par lésion de la protubérance, soit que l'insensibilité coexiste à la fois avec une paralysie faciale homolatérale et avec des manifestations hystériques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 mai 1902.

Variétés d'action et de nature des sécrétions du bacille pyocyanique.

MM. Charrin et **Guillemonat**. — Contrairement aux produits solubles de divers microbes (bacille du tétanos, de la diphtérie) qui, introduits dans les veines, sont impuissants à déterminer la mort immédiate, les sécrétions du bacille pyocyanique provoquent une mort rapide, sans incubation. Cette toxicité si prompte n'est pas attribuable aux pigments fabriqués par le microorganisme, car ces pigments paraissent beaucoup moins nuisibles que certaines matières colorantes d'origine organique, comme la bilirubine; en outre, étant cristallisables, ils sont par là même, en raison de la loi d'Ehrlich, incapables de jouer le rôle de vaccin.

C'est donc ailleurs qu'il faut chercher la cause de cette absence d'incubation; nous croyons pouvoir l'attribuer à des principes bactériens multiples, et surtout à des composés volatils (particulièrement abondants dans les cultures où le bacille a consommé la plus grande partie des matériaux nutritifs), c'est-à-dire à des substances accessoires qui ne constituent pas les vraies toxines. Ce caractère de volatilité, joint à leur influence sur le contenant et le contenu des vaisseaux (action vaso-constrictive et hémolytique), peut permettre à ces substances de jouer un rôle important, en abaissant la résistance d'un organisme qui, sans être en contact direct avec un sujet infecté par le bacille pyocyanique, se trouve dans son voisinage : un tel mécanisme correspond quelque peu à la manière dont jadis on concevait l'intervention des miasmes.

En ce qui concerne plus particulièrement l'effet hémolytique dont il vient d'être question, il est moins énergique quand on emploie la culture totale de bacille pyocyanique que lorsqu'on se sert des substances volatiles isolées par la distillation à 40°; on en peut donc conclure que les cultures renferment un produit antagoniste de ces corps volatils, antagoniste qui nous paraît être la mucine dont l'un de nous a antérieurement établi la présence dans les milieux où pullule le germe du pus bleu.

Action de la décompression sur les échanges respiratoires de l'homme.

M. J. Tissot. — Je me suis soumis, à l'intérieur d'une caisse en tôle très résistante, d'une capacité de 15 mètres cubes et reliée à une pompe à faire le vide, à une décompression progressive qui a atteint, à la limite extrême, une valeur de 28 centimètres de mercure, correspondant à une altitude de 3,500 mètres environ. J'ai effectué, au cours de l'expérience, la mesure de mon coefficient respiratoire à diverses pressions, coefficient que j'avais eu soin de mesurer avant toute décompression et que j'ai également déterminé une fois l'expérience achevée.

Ces recherches confirment les résultats que j'ai obtenus avec M. Hallion au cours d'une ascension en ballon (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 396) : elles démontrent que la décompression ne diminue pas la valeur du coefficient respiratoire, et que, si le débit respiratoire *réel* s'abaisse avec la pression, le débit respiratoire *apparent* (volume de l'air expiré à la pression et à la température actuelles) ne varie pas.

Pouvoir hydratant de l'extrait de rein lavé.

M. E. Gérard. — J'ai pu m'assurer que l'extrait de rein de cheval, privé de toute trace de sang par la circulation artificielle, possède la propriété d'hydrater le glycogène, le gaïacol, l'acide oxalurique, la lactose; par contre, il n'agit pas sur l'amidon et l'inuline.

Ce pouvoir hydratant paraît tenir à l'existence d'une diastase, car l'extrait soumis à l'ébullition ne le possède plus et, d'autre part, j'ai pu isoler, par précipitation au moyen de l'alcool, une substance douée des mêmes propriétés que l'extrait lui-même.

La lipase existe-t-elle dans le sang normal?

MM. Doyon et Morel. — Nous avons établi récemment que le sérum ne contient pas de lipase (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 157); nous pouvons affirmer aujourd'hui que le sang *normal* n'en renferme pas non plus, car il ne modifie pas l'alcalinité au tournesol d'un mélange d'huile et de carbonate de soude en solution aqueuse; par contre, l'alcalinité d'un tel mélange diminue si on l'additionne, non seulement de sang normal, mais encore de quelques gouttes d'une culture provenant d'un sang accidentellement infecté.

M. A. Chauveau fait une communication sur le moteur-muscle, comparé aux moteurs inanimés au point de vue de la dissociation des divers éléments constitutifs de la dépense d'énergie qu'entraîne un travail positif.

M. F. Houssay adresse une note tendant à démontrer que l'auto-intoxication constitue — avec la pesanteur, et plus que celle-ci, sans doute — le principal des facteurs limitant la croissance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mai 1902.

Traitement de la chorée par l'antipyrine ou l'arsenic à hautes doses.

M. Comby appelle l'attention sur les bons effets de l'antipyrine dans le traitement de la chorée, à la condition qu'on l'administre à doses élevées et massives. Chez un enfant de dix ans, par exemple, l'orateur recommande de prescrire, pour débuter, 5 grammes d'antipyrine par jour, à prendre en cinq fois. Chez les enfants plus âgés, la dose quotidienne devra être augmentée de 0 gr. 50 centigr. par année d'âge. Toutefois, pour éviter les accidents toxiques (éruptions diverses, vomissements, anurie, etc.) que ces hautes doses sont susceptibles de provoquer, on doit mettre les petits malades au repos et les faire boire abondamment. Le régime lacté constitue un très bon adjuvant du traitement.

Il y a quelques formes graves de chorée qui sont rebelles à l'antipyrine. Dans ces cas, on aura recours à la liqueur de Boudin, plus facile à manier que la liqueur de Fowler en raison de son moindre degré de concentration. A un enfant de huit ans, on peut donner d'emblée 10 grammes de liqueur de Boudin par jour; on aura soin de diluer cette dose dans 120 grammes de véhicule, de façon à fractionner le plus possible l'administration du médicament. Si celui-ci est bien supporté, on en portera progressivement la quantité à 30 grammes, par augmentations quotidiennes de 5 grammes. Une fois la dose de 30 grammes atteinte, on diminue de 5 grammes par jour pour revenir à la quantité primitive de 10 grammes. Le médicament est ensuite suspendu pour être repris après une période de repos.

Quant au cacodylate de soude administré en injection sous-cutanée (0 gr. 05 centigr. par jour), l'orateur dit n'en avoir jamais obtenu de résultats appréciables; les préparations d'arséniate de soude lui ont également paru toujours inefficaces.

M. Méry considère aussi le cacodylate de soude comme un médicament absolument inactif dans le traitement de la chorée; l'antipyrine et l'arsenic, au contraire, lui ont constamment donné d'excellents résultats aux doses élevées préconisées par M. Comby. Il en a été de même de la médication stibiée qui, après avoir été très en vogue autrefois, est tombée aujourd'hui dans un discrédit immérité.

M. Danlos fait observer que si le cacodylate de soude s'est montré inefficace, c'est peut-être parce qu'il a été employé à des doses trop faibles.

Mesure approximative des épanchements pleuraux.

M. Achard. — Un procédé fort ingénieux pour mesurer les épanchements pleuraux a été décrit naguère par M. Niclot (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 409) : il consiste à injecter dans la plèvre une dose déterminée de bleu de méthylène et à évaluer par la chromométrie la dilution qu'a subie la matière colorante dans le liquide épanché.

On peut simplifier cette évaluation et la rendre accessible à tout praticien, si l'on se contente d'une approximation à un demi-litre. Pour cela, on commence par extraire de la plèvre environ 25 c.c. de liquide, et on y injecte aussitôt 0 gr. 025 milligr. de bleu. En même temps, on verse la même dose de matière colorante dans un litre d'eau pure qui servira de solution titrée. Puis, au bout de cinq minutes, après avoir fait prendre au malade, autant que possible, diverses positions pour faciliter le mélange du bleu avec le liquide pleural, on procède à une deuxième ponction qui donne issue à un liquide plus ou moins coloré suivant la dilution du bleu.

Pour mesurer le degré de cette dilution, on prend deux verres semblables, dans chacun desquels on met quatre grandes cuillerées d'eau. Dans l'un, qui servira d'étalon de comparaison, on verse une cuillerée à café de la solution préparée avec le litre d'eau, et autant de liquide pleural de la première ponction. Dans le second, on verse une cuillerée à café du liquide de la deuxième ponction, et autant d'eau pure. Ainsi les deux verres contiennent autant de liquide pleural et autant d'eau, mais la quantité de bleu peut différer. Si l'épanchement dépasse 1 litre, la teinte la plus foncée est du côté de l'étalon. Il faut alors chercher à égaliser les teintes en ajoutant au verre le moins coloré une ou plusieurs cuillerées à café du liquide de la deuxième ponction, et à l'étalon autant de cuillerées du liquide de la première. Chacune de ces additions représente 1 litre de plus pour le volume de l'épanchement. Enfin, quand on dépasse la teinte de l'étalon, on peut pousser l'approximation plus loin, au demi-litre (ce qui paraît suffisant pour les besoins de la pratique), en ajoutant à l'étalon une demi-cuillerée à café de la solution titrée : on n'a pour cela qu'à verser dans un vase vide parties égales d'eau et de solution titrée et à prendre une cuillerée à café de ce mélange.

Les indications du sérum de Trunecek chez les artérioscléreux.

M. Merklen. — Si le sérum de Trunecek (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 137-138) n'a aucune action sur les lésions scléreuses et athéromateuses des artères, il peut néanmoins être employé avec avantage pour combattre l'asthénie et l'hyperexcitabilité qui, chez les artérioscléreux, dépendent de l'irrigation insuffisante et des altérations nutritives de certaines parties du système nerveux. C'est ainsi qu'il peut atténuer les troubles moteurs, sensitifs et psychiques liés à l'artériosclérose cérébrale, comme l'ont établi les faits publiés par L. Lévi et d'autres observateurs, et comme je l'ai moi-même constaté dans 3 cas. Ces résultats sont comparables à ceux qu'obtenait Brown-Séquard au moyen des injections de suc testiculaire, médication qui, d'après lui, agissait bien plus efficacement sur l'asthénie des artérioscléreux que sur la neurasthénie proprement dite.

Les injections de sérum de Trunecek diminuent aussi, et peuvent même supprimer, la dyspnée d'effort et les crises d'asthme des artérioscléreux. J'ai obtenu 3 fois sur 5 ce résultat : 2 fois chez des artérioscléreux asystoliques, depuis longtemps soumis au régime du lait et à la digitale, sans bénéfice pour leurs paroxysmes dyspnéiques; une autre fois chez un malade sujet à de grandes crises d'asthme cardiaque avec respiration de Cheyne-Stokes : le sérum de Trunecek a régularisé la fonction respiratoire de ce patient sans qu'il eût été nécessaire d'instituer le régime lacté. Les injections de sérum concentré, comme d'ailleurs les grandes injections de sérum artificiel, agissent sans doute sur l'asthénie et l'hyperexcitabilité des centres respiratoires qui, dans l'artériosclérose, tiennent soit à l'ischémie artérielle et à la faiblesse cardiaque, soit à la toxémie rénale ou alimentaire, parfois à une prédisposition mise en éveil par la cachexie artérielle. Le sérum de Trunecek peut encore enrayer les crises anginiformes spontanées des artérioscléreux, mais je n'en ai pas obtenu de résultats appréciables dans l'angor d'effort de la sténose coronarienne, ce qui ne saurait surprendre.

En résumé, j'estime que le sérum de Trunecek peut rendre de réels services dans le traitement des miopragies de l'artériosclérose.

M. Belin relate l'observation d'un enfant qui a été atteint d'une sinusite frontale dans le cours d'une rougeole.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 26 mai 1902.

Sur la présence de bacilles typhiques dans l'expectoration, en cas d'affections pulmonaires survenant au cours d'une dothiénentérie.

M. Glaser communique l'observation d'un médecin qui, ayant manipulé une culture très virulente de bacilles d'Eberth, contracta une dothiénentérie; au quatorzième jour de cette affection apparut une pneumonie des deux bases, avec expectoration sanglante, et, deux semaines plus tard, un empyème droit contenant du bacille typhique en culture pure. Cette dernière circonstance permet de supposer que le même microbe devait aussi se trouver dans les lésions pulmonaires dont il avait sans doute constitué l'agent pathogène.

Mais c'est là, d'après l'orateur, un fait exceptionnel : en général, le bacille d'Eberth, quand il existe dans des lésions pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde, n'y joue qu'un rôle secondaire; il est, en effet, associé au pneumocoque, et c'est ce dernier qui constitue le véritable facteur des complications respiratoires de la dothiénentérie. A l'appui de cette manière de voir, M. Glaser cite le cas d'une femme de quarante-cinq ans, présentant à la fois les signes d'une pneumonie de la base droite et ceux d'une fièvre typhoïde; l'expectoration, de même que le suc pulmonaire retiré par ponction, contenait à la fois du pneumocoque et du bacille typhique; et cette femme ayant succombé, on put constater, sur les coupes du foyer pulmonaire, à côté de très nombreux pneumocoques, quelques rares bacilles d'Eberth; aussi ne paraît-il pas douteux que ceux-ci, circulant dans le sang, se fussent accidentellement fixés sur les lésions du poumon. L'orateur relate encore un fait analogue d'association du pneumocoque au bacille typhique, concernant un homme de vingt-neuf ans, chez lequel les complications respiratoires (pneumonie, puis exsudat pleurétique) survinrent à la cinquième semaine d'une dothiénentérie et se terminèrent par guérison.

En résumé, M. Glaser estime que la présence des bacilles d'Eberth dans les lésions pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde est secondaire et ne possède aucune valeur pronostique; néanmoins, la connaissance de ces faits impose certaines mesures pour éviter la propagation de la dothiénentérie par les crachats.

A propos des protozoaires de l'estomac et de l'intestin.

M. Ullmann, à l'occasion de la récente communication de M. Cohnheim sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 183), relate l'observation d'un individu atteint d'un carcinome du cardia et dont le suc gastrique, fortement teinté de sang, avait une réaction alcaline. Ce patient fit trois séjours à l'hôpital, dont un dès le début de sa maladie; or, à chaque nouvelle admission, on constatait la présence, dans le contenu de son estomac, de flagellés (*Megastoma entericum*); mais au bout de quelques jours, sous l'influence d'un régime bien réglé et du repos au lit — et

sans que la réaction du milieu gastrique eût changé —, ces organismes disparaissaient et l'on ne trouvait plus que quelques amibes. Aussi l'orateur est-il d'avis que, si les protozoaires de l'estomac n'ont rien à voir avec le cancer de cet organe, ils sont tout aussi peu en rapport avec l'état du chimisme gastrique : leur présence tient seulement à une alimentation défectueuse.

M. Cohnheim fait observer que le fait que vient de communiquer M. Ullmann, bien loin d'infirmer son opinion, la confirme, puisque, dans ce cas, la présence de protozoaires dans le contenu stomacal fut décelée au début d'un cancer gastrique n'intéressant pas le pylore.

M. Albu présente des pièces anatomiques relatives à une tumeur bénigne de l'estomac, consécutive à un *ulcus simplex:* il s'agit d'un adénome pur, sans aucun élément pouvant faire soupçonner un adénosarcome ou un adénocarcinome. Ce néoplasme, plus gros qu'une pomme, s'est développé quatre ans après la guérison d'un ulcère rond; il se traduisait par des gastralgies et une insuffisance motrice prononcée, sans trouble du chimisme; sa résection a été suivie d'un plein succès.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 31 mai 1902.

Dissociation des phénomènes de sensibilité et de motilité dans l'anesthésie par l'éther.

M. Venneman. — Je dois vous présenter un rapport sur un mémoire de MMlles Ioteyko et Stephanowska, relatif à cette question.

On sait que, dans l'anesthésie générale, l'abolition des fonctions de la moelle considérée comme organe conducteur de la sensibilité précède l'abolition des fonctions des territoires médullaires qui président aux réactions musculaires (Cl. Bernard). Dans des expériences nombreuses, poursuivies sur plusieurs espèces animales (souris blanche, cobaye, grenouille), MMlles Ioteyko et Stephanowska ont pu constater la même succession de phénomènes pour les centres sensitifs et moteurs de l'écorce cérébrale. On savait que l'anesthésique porte son action en tout premier lieu sur le cerveau; les auteurs du mémoire dont nous nous occupons distinguent deux phases à cette action : en plongeant les animaux dans une atmosphère chargée de vapeurs anesthésiantes, on peut s'assurer que la perception sensorielle disparaît bien avant le mouvement volontaire. En d'autres termes, il existe une gradation dans l'envahissement des hémisphères cérébraux par les anesthésiques : la sensibilité disparaît avant la motilité; le réveil de la motilité précède le réveil de la sensibilité.

En comparant ces résultats avec l'abolition successive des fonctions des territoires médullaires, connue depuis les travaux de Cl. Bernard, et avec les phénomènes que MMlles Ioteyko et Stephanowska ont précédemment observés, concernant l'abolition successive des fonctions des nerfs sensitifs et moteurs dans l'anesthésie, nous voyons que l'agent anesthésique opère une dissociation de la sensibilité et de la motilité dans tous les organes nerveux. Abstraction faite du bulbe et du muscle, on peut prendre l'action anesthésique pour mesure et diviser tout le système nerveux en trois étages, correspondant respectivement aux *hémisphères cérébraux*, aux *territoires de la moelle* et aux *troncs nerveux mixtes*. En descendant l'arbre nerveux, nous abordons des territoires de plus en plus réfractaires à l'action anesthésique. Chaque territoire possède, en outre, des éléments qui sont doués d'une résistance inégale, l'élément sensitif étant plus susceptible à l'égard de l'action anesthésique que l'élément moteur.

Les auteurs sont amenés à rattacher la suppression de la douleur à une action des anesthésiques sur les centres supérieurs, et non à une paralysie des centres médullaires. L'analgésie, en effet, coïncide avec le début de l'envahissement du cerveau, et précède même l'abolition du mouvement volontaire. L'anesthésie obstétricale vient confirmer ces données.

Quant aux paralysies post-anesthésiques, observées exceptionnellement en chirurgie, MMlles Ioteyko et Stephanowska pensent que le chloroforme ne joue dans leur étiologie qu'un rôle provocateur, en rendant manifeste un trouble dû principalement à l'anémie. En effet, dans toutes les observations de ce genre publiées jusqu'ici, il s'agissait de femmes ayant subi de grandes hémorrhagies, et, d'autre part, M. Frédéricq a démontré que, dans l'anémie expérimentale, la paralysie motrice précède la suppression de la sensibilité.

De l'intervention précoce en cas de plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Dandois (de Louvain). — Partisan convaincu de l'intervention systématique dans le cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, je tiens à vous communiquer, à l'appui de mon opinion, une observation qui me paraît particulièrement démonstrative.

Elle concerne un sujet qui eut l'abdomen traversé obliquement, de l'épigastre à la région lombaire, par une balle du fusil de guerre Mauser. L'intervention eut lieu trois heures après la blessure, en pleine nuit; elle permit de découvrir successivement six perforations de l'intestin grêle et deux du mésentère.

Des premières, cinq étaient largement béantes, tandis que la sixième était fermée par la hernie de la muqueuse; néanmoins, le contenu intestinal n'avait pas fait issue dans la cavité péritonéale, ce qui résultait vraisemblablement de la paralysie « par stupeur » du péristaltisme. Ces six perforations furent fermées par deux rangées superposées de sutures séro-séreuses en surjet.

L'une des deux perforations du mésentère avait ouvert une branche de l'artère mésentérique, qui saignait en jet. L'opération dura deux heures; elle eut les suites immédiates et éloignées les plus heureuses, résultat que je crois pouvoir attribuer pour une grande part à la précocité de l'intervention, et pour une moindre part à la vacuité relative de l'intestin, le sujet n'ayant guère consommé d'aliments solides dans la journée.

Dr KEIFFER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Troubles de la sudation dans la poliomyélite infantile et le zona, par M. H. HIGIER.

Nos connaissances sur la physiologie des centres nerveux qui président à la sécrétion sudorale, ainsi que sur le trajet des fibres nerveuses règlant les fonctions des glandes sudoripares, sont encore bien incomplètes et incertaines. M. Higier, ayant observé 2 cas de poliomyélite infantile et 2 de zona accompagnés de troubles sudoraux, cherche à tirer de ces faits quelques enseignements sur la physiologie de la sudation.

Chez les 2 malades atteints de zona, l'activité sudorale était exagérée. De ces 2 cas, l'un concerne une jeune fille présentant un zona de la face et de la bouche, qui envahit le pavillon de l'oreille gauche, la moitié gauche du front, les paupières du même côté, la région zygomatique, la joue, l'aile du nez, ainsi que la moitié gauche de la langue et du voile du palais. Trois semaines après le début de l'éruption, l'exanthème était complètement guéri, mais on constatait chez la patiente une forte hyperhidrose de la moitié gauche de la face; cette hyperhidrose, qui dura plusieurs mois, se manifestait surtout après un exercice musculaire violent, ou sous l'effet d'une irritation de la muqueuse buccale par des aliments fortement épicés; elle était strictement localisée à gauche, et la ligne de démarcation médiane apparaissait nettement sur le front et sur le nez. Dans la seconde observation, le zona occupait la moitié droite de la tête, de la nuque et du cou et, d'une façon plus discrète, la poitrine, l'aisselle et la face interne du bras; au bout de quatre semaines, toute trace d'éruption avait disparu, mais les parties atteintes, qui au cours de l'éruption étaient le siège d'une sudation exagérée, continuèrent à offrir le même trouble pendant sept mois : sous l'influence de l'ingestion de boissons chaudes, ou même spontanément, on voyait des gouttes de sueur perler sur la nuque, et l'hyperhidrose s'étendre peu à peu à la tête, au cou, à la poitrine et au bras; la délimitation à la moitié droite de la tête était des plus nettes sur le cuir chevelu.

Au contraire, chez les sujets atteints de paralysie infantile, c'est à une abolition plus ou moins complète de la sécrétion de la sueur qu'on avait affaire. Le premier de ces malades, un garçon de quatorze années, avait eu à l'âge de cinq ans une poliomyélite lui ayant laissé une paralysie complète avec atrophie du membre supérieur droit; ce bras était sec et froid, et le patient avait lui-même remarqué que, lorsqu'il était en transpiration, son bras droit restait parfaitement sec. Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, qui avait conservé, à la suite d'une poliomyélite infantile datant de treize années, une paralysie presque complète du triceps fémoral gauche, des extenseurs des orteils, de l'extenseur propre du gros orteil et des péroniers de la jambe gauche, avec pied en varus équin; quand on faisait transpirer la malade, ce qui était très facile, la jambe gauche demeurait sèche; des injections de pilocarpine étaient sans effet sur la jambe, et provoquaient à peine une légère moiteur à la cuisse.

On sait que M. Schlesinger divise, pour la sécrétion de la sueur, chaque moitié du corps en quatre territoires plus ou moins indépendants les uns des autres; le premier comprend la face, le second le membre supérieur, le troisième la partie supérieure du tronc, le cou, la nuque et le cuir chevelu, et le quatrième le membre inférieur. Chez l'homme, le plus connu des centres de la sudation est celui du membre supérieur; il correspond aux cinquième, sixième et septième segments cervicaux et au premier segment dorsal de la sensibilité. Or, comme on peut s'en convaincre, les anomalies de la sudation, chez les 4 malades de M. Higier, étaient localisées à un des territoires de Schlesinger. Pour les cas de poliomyélite, on est autorisé à incriminer une destruction des centres spinaux de la sécrétion sudorale, soit que l'on admette avec Charcot que ces centres sont situés dans la substance grise de la moelle, à la base des cornes postérieures, soit qu'on se range à l'opinion de Biedl qui les place dans les groupes latéraux de cellules des cornes antérieures. Par contre, l'hyperhidrose observée dans le zona est plus difficile à expliquer; on peut supposer une irritation des centres sudoraux due à l'inflammation du ganglion spinal, ou bien une excitation des nerfs sudoraux périphériques. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.) — A. J.

De l'hyperkératose lacunaire du pharynx, par M. H. ARNSPERGER.

L'affection qui fait l'objet de ce travail a été pendant longtemps désignée sous le nom de pharyngomycose leptothricique, parce qu'on considérait le *Leptothrix buccalis* comme son principal facteur étiologique. Mais des recherches plus récentes ont démontré que la présence de ce microorganisme est loin d'être constante et que, dans les cas où il a été constaté d'une façon certaine, il s'agissait le plus souvent d'une invasion secondaire; elles ont révélé en même temps la véritable nature de la maladie, qui consiste dans une dégénérescence cornée de l'épithélium de revêtement des cryptes du tissu adénoïde du pharynx.

L'auteur partage cette dernière manière de voir, à l'appui de laquelle il cite un fait caractéristique. Il s'agissait d'une jeune fille qui fut prise, au mois de janvier 1901, d'une angine assez intense. Elle était très sujette à cette affection, qui ne s'était manifestée jusque-là que par de la rougeur et de la tuméfaction des amygdales; or, on trouva cette fois-ci les tonsilles et la paroi postérieure du pharynx recouvertes d'une grande quantité de points, les uns blancs, les autres jaunes. Les premiers étaient assez petits et se laissaient facilement enlever à l'aide d'une pince; les seconds, plus étendus, constituaient de véritables excroissances qui dépassaient le niveau des amygdales et du pharynx et opposaient une certaine résistance lorsqu'on voulait les extirper; une fois extraites et examinées à l'œil nu, ces productions se présentaient comme des épines assez dures.

Les points blancs qui correspondaient à des bouchons lacunaires avaient disparu au bout de trois jours, en même temps que l'angine, mais

les excroissances jaunes avaient augmenté de nombre et recouvraient maintenant la paroi du pharynx et les amygdales. L'examen des premiers avait révélé la présence de diverses variétés microbiennes mal définies, ainsi que de quelques leptothrix isolés qui, d'ailleurs, ne présentaient pas la réaction iodée caractéristique. Dans les excroissances jaunes, la flore bactérienne était encore moins abondante, et les leptothrix en particulier y faisaient presque entièrement défaut; elles étaient composées de cellules pavimenteuses stratifiées, sans noyau, et ayant subi en grande partie la dégénérescence cornée.

M. Arnsperger attire tout particulièrement l'attention sur un procédé thérapeutique qu'il a été le premier à employer contre cette affection: ayant constaté que tous les moyens préconisés en pareil cas restaient sans effet, il eut l'idée de s'attaquer directement à ces excroissances, qui étaient pour la malade une cause de gêne considérable, et de les enlever à l'aide de la curette, après anesthésie cocaïnique du pharynx et des amygdales. Ce procédé se montra des plus efficaces et au bout de six séances la patiente était complètement guérie; elle avait très bien supporté ces interventions, qui ne déterminèrent jamais la moindre réaction. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 mars 1902.) — S. J.

Contribution à l'étude des néoplasmes de la capsule rénale, par M. L. Bork.

Les néoplasmes de la capsule du rein, étant beaucoup plus rares que ceux de la glande rénale elle-même, sont aussi beaucoup moins bien connus. M. Bork en relate 2 cas opérés à Breslau, l'un par M. May, l'autre par M. Pfannenstiel.

Le premier se rapporte à un enfant d'un an, chez lequel on avait constaté une tumeur rapidement progressive au niveau du rein droit. Au moment de l'intervention, ce néoplasme avait le volume d'une tête d'adulte et présentait une consistance presque fluctuante; il était situé en arrière de l'intestin et ne se déplaçait pas à l'occasion des mouvements respiratoires; les urines étaient normales. On porta le diagnostic de néoplasme rénal, soit kystique, soit malin. A l'opération, on trouva une tumeur jaunâtre, contenant par endroits un liquide épais, huileux; on réussit à l'énucléer sans léser le péritoine et on put voir alors que le rein occupait sa situation habituelle. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un lipome qui, d'après les observations faites lors de l'intervention, tirait son origine du tissu adipeux péri-rénal. Les suites n'offrirent rien de particulier.

Le second fait a trait à une femme de cinquante et un ans, ayant un abdomen fortement distendu avec résistance dans le flanc gauche. Le diagnostic demeurant incertain, on pratiqua la laparotomie et on rencontra une tumeur ayant l'aspect d'un kyste de l'ovaire, mais ne renfermant pas de liquide. On sectionna la capsule du néoplasme, lequel avait comme point de départ la région du rein gauche à laquelle il adhérait par endroits. L'énucléation en fut facile, sauf au niveau du rein, où il fallut procéder à une résection partielle du tissu rénal. Les suites opératoires furent normales. L'examen microscopique révéla qu'il s'agissait d'un fibrome myxomateux.

De ces 2 observations et de 22 cas analogues publiés antérieurement, il résulte que les tumeurs de la capsule du rein sont généralement des lipomes, des fibrolipomes ou des myxolipomes, rarement des sarcomes; les myxolipomes, au point de vue clinique, paraissent être sur la limite des tumeurs bénignes. La glande rénale elle-même était saine dans tous les faits observés jusqu'à ce jour, et le néoplasme put être généralement extirpé sans lésion de l'appareil urinaire. Le pronostic est favorable. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Les mouvements de l'intestin étudiés au moyen des rayons de Röntgen, par M. W. B. Cannon.

La physiologie de l'élément moteur de l'intestin étant encore loin d'être élucidée d'une manière complète, l'auteur a eu l'idée d'appliquer à l'étude de cette question la radioscopie. A cet effet, il a institué une série d'expériences sur des chats, en ayant soin d'ajouter aux aliments destinés à ces animaux du sous-nitrate de bismuth dans la proportion de 10 à 33 %, afin de rendre visibles sur l'écran fluorescent les mouvements du contenu intestinal, ainsi que ceux des parois de l'intestin.

M. Cannon a pu de la sorte se rendre compte que le rôle de l'intestin grêle consiste à diviser la masse alimentaire plus ou moins modifiée pendant le parcours des voies digestives supérieures. Cette division se fait par une sorte de *segmentation rythmique* due à des contractions périodiques de l'intestin. La valvule de Bauhin rend complètement impossible le passage des matières du côlon dans l'iléon. Quant au cæcum et aux côlons ascendant et transverse, ils offrent habituellement des mouvements antipéristaltiques se reproduisant à un quart d'heure d'intervalle pour durer, chaque fois, cinq minutes environ. La valvule iléo-cæcale joue ici un rôle considérable: par sa présence les matières se trouvent enfermées dans un sac clos et sont fortement agitées par les ondulations du cæcum, ce qui favorise l'absorption, sans que celle-ci soit entravée par les processus digestifs de l'intestin grêle. Toutes les fois qu'une nouvelle masse alimentaire pénètre dans le gros intestin, une forte contraction générale se produit le long du cæcum et du côlon ascendant; puis on constate des mouvements antipéristaltiques. Au fur et à mesure que les matières s'accumulent dans le côlon transverse, on voit survenir des contractions toniques profondes qui les font progresser dans le côlon descendant.

Les émotions, telles que la peur, l'inquiétude, etc., etc., ont pour effet d'arrêter complètement les mouvements de l'intestin grêle tout comme ceux du gros intestin. Mais, ces circonstances mises à part, les mouvements en question ont lieu nuit et jour, pendant le sommeil aussi bien qu'à l'état de veille. (*Journ. of Med. Research*, janvier 1902.) — L. CH.

Etude comparative des suites opératoires immédiates chez les malades soumises à l'hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale (totale ou supra-vaginale), par M. Le Roy Broun.

Dans le présent travail M. Le Roy Broun étudie les suites opératoires des trois procédés principaux d'hystérectomie (vaginale, abdominale totale et abdominale supra-vaginale), en comparant les courbes fournies par les moyennes de la température et du pouls des femmes opérées par chacune de ces trois interventions.

Chez les malades qui guérissent, les suites opératoires sont sensiblement les mêmes, quelle que soit la variété d'hystérectomie, avec cette différence, toutefois, que, à la suite des interventions par voie abdominale, le pouls et la température sont, pendant les deux ou trois premiers jours, légèrement plus élevés que dans l'hystérectomie vaginale. En outre, après l'hystérectomie supra-vaginale, le moignon qui subsiste provoque la formation d'exsudats, pouvant nécessiter une opération secondaire par voie vaginale ou — le plus souvent — par voie abdominale. Le drainage par le moignon ne met nullement à l'abri de cette complication ni des septicémies mortelles que peuvent déterminer ces exsudats, car le drain ne sert qu'à ouvrir la voie à une infection ascendante partie du vagin. Les inconvénients résultant de l'abandon du moignon utérin ne peuvent être évités que par l'oblitération de la lumière du canal cervical au moyen de la suture des bords de ce canal; de fait, sur une série de 50 hystérectomies ainsi exécutées, l'auteur n'a plus observé d'exsudats ni de suppurations autour du moignon utérin.

Puisque l'hystérectomie supra-vaginale favorise l'infection, il est naturel que cette intervention donne une mortalité plus forte: tandis que la proportion des décès ne fut que de 5.55 % dans l'hystérectomie vaginale (2 morts sur 36 opérées), et de 2.77 % dans l'hystérectomie abdominale totale (1 mort sur 36 opérées), elle s'éleva à 8.50 % dans l'hystérectomie supravaginale (5 morts, dont 4 par septicémie, sur 59 opérées); et encore y a-t-il lieu de tenir compte que c'est à cette méthode que furent généralement réservés les cas les moins septiques. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, décembre 1901.) — R. DE B.

Un nouveau procédé de recherche de l'albumine, par M. F. C. Fuhs.

Le procédé décrit par l'auteur est basé sur la propriété que possède l'acide phénique de coaguler l'albumine. Il consiste à verser, dans un tube à essai, d'abord 2 c.c. d'un mélange composé, par parties égales, d'acide phénique et de glycérine, puis à ajouter 2 c.c. d'urine préalablement filtrée et à agiter soigneusement. Si le liquide reste transparent, c'est qu'il n'y a pas d'albumine; par contre, pour peu que l'urine soit albumineuse, on voit se former un nuage opalescent qui persiste indéfiniment sans donner lieu pourtant à un précipité. Cette réaction serait assez sensible pour permettre de déceler la présence de 1 ‰ d'albumine. L'opalescence serait, d'ailleurs, plus ou moins marquée suivant la proportion d'albumine contenue dans les urines. D'autre part, il résulte de nombreuses recherches auxquelles s'est livré M. Fuhs, que la réaction dont il s'agit ne se montrerait jamais dans une urine reconnue non albumineuse à l'aide des procédés usuels d'analyse.

La méthode en question présenterait cet avantage que la mixture glycéro-phéniquée serait d'un maniement beaucoup plus commode que l'acide nitrique. (*Med. Record*, 8 mars 1902.) — L. CH.

PUBLICATIONS POLONAISES

Contribution à l'étude de la rage humaine, par M. A. Krokiewicz.

Si, pour nombre de maladies infectieuses, le passage de l'agent pathogène de la mère au fœtus ne fait plus l'objet d'aucun doute, il est loin d'en être de même en ce qui concerne la rage, la question de la transmission héréditaire du virus rabique n'ayant pas encore été complètement élucidée. Aussi nous paraît-il utile de résumer ici les constatations que M. Krokiewicz a eu l'occasion de faire à cet égard chez une femme âgée de vingt ans et qui, au huitième mois de sa grossesse, fut mordue par un chien. Les morsures furent abandonnées à elles-mêmes, et la patiente ne subit aucun traitement. Au bout d'environ une quinzaine de jours, elle commença à éprouver de la dysphagie, en même temps que la seule vue du liquide provoquait, chez elle, des spasmes du pharynx. Admise à l'hôpital Saint-Lazare, à Cracovie, cette femme reçut deux injections sous-cutanées de substance cérébrale de lapin émulsionnée dans une solution physiologique de chlorure de sodium; mais, malgré cette médication, les symptômes allèrent en s'aggravant, et la malade succomba le surlendemain.

A l'autopsie, pratiquée par M. Zmigrod, on excisa, avec toutes les précautions d'asepsie, des fragments de bulbe de la mère et du fœtus, et, après les avoir émulsionnés dans une solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium, on en fit des injections sous-dureménriennes à deux lapins, préalablement trépanés. L'animal ayant reçu l'émulsion de bulbe de la mère périt au bout d'environ trois semaines, et l'examen nécroscopique montra qu'il s'agissait bien de la rage. Par contre, le lapin auquel on avait injecté l'émulsion provenant du fœtus ne présenta rien d'anormal; il fut sacrifié un mois après, et l'on ne constata aucune lésion.

En se basant sur ce fait, l'auteur se croit autorisé à admettre que le virus rabique ne se transmet pas, à travers le placenta, de la mère au fœtus. (*Gaz. lekarska*, 22 février 1902.) — L. CH.

Calcul de la peau à localisation insolite, par M. W. Wesolowski.

Le fait publié par l'auteur se rapporte à un homme de trente ans, bien constitué et exempt de toute altération des organes internes, chez lequel, par suite d'une circoncision rituelle mal faite, la peau du dos de la verge adhérait au bord du gland, au niveau de la ligne médiane correspondant au trajet des vaisseaux dorsaux du membre. Les téguments formaient, en cet endroit, une sorte de pont cutané mesurant 1 centimètre de large, qui recouvrait le sillon rétro-glandulaire et contribuait ainsi à constituer un canal à travers lequel on ne parvenait pas, cependant, à passer une sonde. Du côté gauche de ce pont cutané, on remarquait une éminence rougeâtre qui, à la palpation, donnait

la sensation d'un corps étranger. Sous l'influence de quelques pressions exercées à ce niveau et qui restèrent à peu près complètement indolores, on vit se dégager un petit calcul pesant 0 gr. 043 milligrammes et mesurant 8 millimètres de long sur 6 millimètres de large. Au dire du patient, cette concrétion sous-cutanée aurait existé depuis l'enfance.

L'analyse chimique, pratiquée dans le laboratoire de M. L. Nencki, dénota la présence, dans le calcul en question, de corps gras, de cholestérine et de phosphate de chaux; il n'existait pas de masses cornées. M. Wesolowski serait porté à croire que la concrétion s'était formée par la calcification d'une glande sébacée ayant, au préalable, subi la dégénérescence kystique. Quoi qu'il en soit, le fait méritait d'être signalé en raison de sa rareté même : les concrétions sous-cutanées sont, en effet, loin d'être communes et, en ce qui concerne leur localisation à la verge, l'auteur n'en a pas trouvé un seul exemple dans la littérature médicale. (*Gaz. lekarska*, 28 décembre 1901.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les bains tièdes dans les suites de couches.

Préconisés jadis couramment dans les suites de couches, les bains ne sont guère employés de nos jours chez les accouchées, sauf dans les cas de septicémie puerpérale, qu'on traite assez souvent par la balnéation froide, et d'hémorrhagies *post partum*, contre lesquelles les bains chauds se montrent parfois très efficaces (Tarnier, Pinard, etc.). En dehors de ces circonstances exceptionnelles, nombre d'accoucheurs ne permettent pas à leurs patientes de prendre des bains avant le retour de couches. Or, d'après les recherches que Mlle C. Martin a instituées dans le service de M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, et qu'elle a consignées dans sa thèse inaugurale, les *bains tièdes* (de 32° à 35°) peuvent être donnés sans aucun inconvénient dans les suites de couches, normales ou pathologiques, et cela dès les premières heures qui suivent la délivrance.

Par leur action sédative sur le système nerveux et l'influence qu'ils exercent sur l'activité des émonctoires (diurèse et diaphorèse), ces bains se montreraient particulièrement utiles dans les cas où, sans avoir affaire à des suites de couches pathologiques, on se trouve, cependant, en présence de quelques accidents, tels que montée laiteuse pénible, excitation nerveuse, crampes, névralgies, tranchées intenses, rétention d'urine, etc. C'est ainsi que Mlle Martin a observé deux accouchées chez lesquelles les seins étaient gonflés, durs et douloureux au point de rendre pénible tout mouvement des bras, et qui furent soulagées presque immédiatement après un bain tiède de vingt à vingt-cinq minutes.

D'autre part, dans les suites de couches pathologiques, les bains tièdes seraient également indiqués, surtout lorsqu'il s'agit d'activer la régression utérine ou de combattre la lymphangite des seins, la galactophorite ou toute autre manifestation de l'infection puerpérale.

En ce qui a trait aux contre-indications — bien qu'on ait récemment tenté d'attribuer un rôle étiologique important, dans la morbidité des maternités, à la balnéation chez les femmes enceintes (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 223) — Mlle Martin estime que les bains doivent être évités seulement quand il y a lieu de craindre la contamination de l'eau du bain en raison de l'existence d'une affection extra-génitale (anthrax, abcès froids, gommes suppurées, etc.). On devra également s'abstenir de prescrire des bains lorsque la fatigue occasionnée par le transport et les changements de position peut être préjudiciable à l'état de la patiente. Enfin, il va de soi que les contre-indications générales de l'emploi des bains s'appliquent aux femmes récemment accouchées au même titre qu'à n'importe quelle autre catégorie d'individus.

La lanoline pour le pansement des plaies.

Les corps gras jouaient, comme on le sait, un rôle très important dans l'ancienne chirurgie. Par contre, depuis l'avènement de l'antisepsie, ils ne sont que peu utilisés pour le pansement des plaies, les recherches de laboratoire ayant montré qu'ils constituent de mauvais véhicules pour les substances bactéricides (Koch). Toutefois, si l'emploi de pommades antiseptiques ne répond guère à des indications rationnelles, il ne paraît pas en être de même de la graisse pure et, en particulier, de la lanoline, à en juger d'après les résultats de la pratique adoptée dans le service de M. le docteur P. von Bruns, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Tubingue. Suivant M. le docteur B. Honsell, privatdocent de chirurgie à ladite Faculté et assistant de M. von Bruns, l'application, sur une plaie ouverte, d'une bande de gaze enduite de lanoline et recouverte de coton présenterait tous les avantages du pansement humide, sans en avoir les inconvénients. On sait, en effet, que les produits de sécrétion de la plaie sont retenus sous le pansement humide et que, de plus, la macération cutanée à laquelle donne lieu cette manière de procéder crée un terrain favorable au développement de dermites plus ou moins tenaces (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 152). On doit, en outre, tenir compte que lorsque le pansement humide reste en place plus de douze à vingt-quatre heures, le pouvoir bactéricide de la solution employée finit par disparaître et que, dans ces conditions, la chaleur humide ne fait que favoriser la pullulation des microorganismes. Or, il est des cas où il importe, avant tout, d'assurer le repos du membre malade et, partant, d'espacer les pansements, malgré l'existence d'une sécrétion plus ou moins abondante. C'est surtout en pareille occurrence qu'il conviendrait, d'après M. Honsell, de préférer l'application de lanoline à tout autre genre de pansement. Sous l'influence de la chaleur du corps, la lanoline se liquéfie et s'étend sur la plaie en une couche mince qui, loin d'être imperméable, se laisserait, au contraire, facilement traverser par les produits de sécrétion, lesquels pourraient ainsi être absorbés par l'ouate superposée à la gaze. De plus, la lanoline exercerait une action sédative, en procurant au malade une sensation de fraîcheur, et entretiendrait les téguments dans un état de souplesse, particulièrement appréciable lorsqu'il s'agit de lésions inflammatoires ou traumatiques de la main et des doigts.

Le pansement à la lanoline serait également indiqué dans les cas d'irritation cutanée provoquée par la balnéation locale ou par des applications de compresses humides. Enfin, ce pansement paraît aussi appelé à rendre de bons services comme moyen de protéger les plaies en voie de granulation, et, à ce titre, il serait tout indiqué contre les brûlures, afin d'éviter les adhérences qui s'établissent habituellement entre les matériaux de pansement et la plaie, adhérences dont le décollement, souvent très douloureux, entraîne parfois des écoulements sanguins assez abondants. Lorsqu'il subsiste encore de grandes étendues de tissus nécrosés, on peut, au besoin, combiner le procédé en question avec le pansement humide, en étalant une couche de lanoline sur l'une des faces d'une compresse de gaze imbibée de liquide.

Pour les besoins de la pratique, la lanoline peut être considérée comme aseptique et ne nécessite pas de stérilisation préalable; mais il va de soi qu'elle doit être manipulée et appliquée sur la plaie avec toutes les précautions d'asepsie.

Emploi de la strychnine à hautes doses à titre de stimulant du système nerveux et du cœur.

D'après l'expérience de M. le docteur Troisfontaines, professeur extraordinaire de pathologie chirurgicale et de policlinique dermatologique à la Faculté de médecine de Liège, les doses de sulfate de strychnine qu'on prescrit habituellement (de 0 gr. 003 à 0 gr. 006 milligr. par jour) seraient tout à fait insuffisantes pour exercer une action énergique sur la circulation dans les cas graves de faiblesse cardiaque avec prostration générale. En pareille occurrence, notre confrère n'hésite pas à injecter sous la peau, chez l'adulte, de 0 gr. 008 à 0 gr. 010 milligrammes, voire même 0 gr. 015 milligr. de sulfate de strychnine par jour, en trois à cinq fois. Il n'a jamais observé, à la suite de cette médication, d'accidents locaux ni de phénomènes tétaniques, et cela alors même que l'usage de la strychnine était continué pendant plusieurs semaines consécutives. Parfois il serait bon d'associer à l'alcaloïde en question le sulfate de spartéine à la dose quotidienne de 0 gr. 15 centigrammes à 0 gr. 20 centigr.

Ainsi employée, la strychnine se montrerait particulièrement utile chez les cardiaques, les pneumoniques, les syphilitiques atteints de lésions cérébrales ou médullaires, ainsi que dans les cas d'œdème aigu du poumon, etc. M. Troisfontaines a aussi utilisé, avec succès, la strychnine à la dose de 0 gr. 001 milligr. par jour, durant toute une semaine, chez un nourrisson âgé d'un mois et atteint d'une bronchopneumonie excessivement grave avec cyanose, algidité, etc.

Ajoutons qu'un confrère anglais, M. le docteur C. H. Whiteford (de Plymouth) a récemment insisté sur l'utilité des injections intramusculaires, fréquemment répétées, de strychnine à haute dose pour combattre l'asthénie cardiaque consécutive aux interventions chirurgicales prolongées et pénibles. Ces injections (préférables aux injections hypodermiques) pourraient être également pratiquées, à titre préventif, pendant l'opération elle-même.

Traitement du cancer par le sérum sanguin de jeunes animaux.

Partant de ce fait que les affections cancéreuses sont tout à fait exceptionnelles avant vingt ans et que le jeune âge confère, par conséquent, une sorte d'immunité à l'égard des néoplasmes malins, un médecin allemand, M. le docteur A. Korbsch, médecin de l'hôpital de Krappitz, a eu l'idée de combattre le cancer par l'emploi du sérum sanguin de jeunes animaux, et les essais qu'il a institués à cet effet lui ont donné des résultats très encourageants. C'est le sérum de brebis qui se montrerait le plus efficace; viendraient ensuite le sérum de porc et, en dernier lieu, celui de veaux âgés de quelques jours seulement. Cette gradation cadre bien, du reste, avec les recherches récentes de médecine vétérinaire, d'après lesquelles les animaux le moins fréquemment atteints de cancer seraient précisément la brebis et le porc (Stricken).

M. Korbsch administre le sérum à la dose quotidienne de 30 à 50 grammes en injections sous-cutanées ou, de préférence, par la bouche, et cela pendant plusieurs mois. En même temps, il panse les néoplasmes ulcérés soit avec le même sérum, soit avec une solution physiologique de chlorure de sodium. Sous l'influence de ce traitement, les tissus malades se ramolliraient et subiraient une fonte graduelle pour faire place à une couche de granulations qui finirait par s'épidermiser. Toutefois, ce résultat ne serait obtenu que dans les cas de lésions peu profondes et se laissant facilement influencer par d'autres moyens thérapeutiques (les épithéliomas du dos du nez, par exemple). Les effets de cette sérothérapie seraient moins nets en ce qui concerne le cancer des lèvres et, d'une façon générale, les néoplasmes localisés dans les tissus « succulents »; là encore on constaterait, cependant, un certain affaissement des tumeurs, qui deviendraient, en même temps, plus molles. En outre, il est à noter que, chez un homme atteint de cancer du cardia et qui, par suite de l'occlusion complète de l'œsophage, ne pouvait plus avaler aucune nourriture, les injections sous-cutanées de sérum de porc, continuées pendant un mois environ, ont produit une amélioration assez considérable pour rendre possible la déglutition des aliments solides.

Il va de soi que le sérum doit être recueilli avec toutes les précautions d'asepsie et qu'il faut soumettre, au préalable, les animaux qui le fournissent à un examen vétérinaire minutieux.

Administré par la bouche, le sérum ne donnerait jamais lieu au moindre phénomène fâcheux. Il n'en serait pas de même pour les injections hypodermiques qui, lorsqu'on dépasse la dose de 50 grammes, détermineraient une hyperthermie passagère, pouvant atteindre jusqu'à 39°5. M. Korbsch serait, pourtant, porté à croire que des quantités plus élevées de sérum exerceraient une influence plus marquée sur le processus morbide; aussi se demande-t-il s'il ne conviendrait pas, afin d'éviter l'emploi de masses trop considérables de liquide, de faire subir au sérum la dessiccation dans le vide et de l'utiliser ensuite en solution aqueuse.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les formes cliniques de la pleurésie aiguë tuberculeuse.

La pleurésie aiguë tuberculeuse tire sa grande importance clinique de son extrême fréquence et du danger de ses suites éloignées. Depuis qu'un grand nombre de recherches, en tête desquelles prennent place celles de M. Landouzy, ont établi que les pleurésies aiguës primitives, et notamment les pleurésies *a frigore*, sont presque toutes de nature tuberculeuse, on a appris à se défier de l'avenir réservé aux pleurétiques, mais on a pu se convaincre en même temps que la tuberculose pleurale était loin d'avoir toujours la gravité à longue échéance qu'on était, *a priori*, disposé à lui attribuer.

I

Toutes les statistiques s'accordent à affirmer qu'un grand nombre de pleurétiques deviennent par la suite des tuberculeux pulmonaires à marche progressive; seules, les proportions indiquées varient, et, d'ailleurs, dans une très large mesure, puisqu'elles élèvent, suivant les auteurs, de 24 à 82 % le nombre des pleurétiques destinés à devenir ultérieurement tuberculeux.

Quel que soit l'intérêt théorique de ces recherches et de ces statistiques, elles ne sont pas utilisables pour les praticiens, parce qu'elles indiquent le nombre global des pleurésies tuberculeuses, sans faire, entre les diverses formes cliniques de ces pleurésies, les distinctions et les différences qui pourraient permettre de mieux adapter ces craintes et ces prévisions à chaque cas particulier.

Tout l'effort des recherches devenues classiques de ces dernières années a porté, en effet, sur la démonstration de la nature tuberculeuse de l'immense majorité des pleurésies, et sur la découverte de moyens propres à reconnaître cette nature au cours même de la maladie. A ce point de vue, on peut dire que ces recherches ont été pleinement couronnées de succès; les moyens abondent aujourd'hui qui permettent au médecin de discerner la nature tuberculeuse d'une pleurésie, sans se contenter des simples présomptions plus ou moins dignes de confiance des premières périodes de ces études; il est bien rare même qu'on soit obligé d'épuiser la liste de ces moyens pour arriver à la certitude cherchée.

Le plus souvent déjà, à l'examen clinique, la connaissance plus approfondie des phénomènes stéthoscopiques du sommet, synthétisés dans les schémas bien connus de M. Grancher, suffit au diagnostic.

La mise en évidence des bacilles dans le liquide par la centrifugation et la coloration, par les cultures ou par les inoculations au cobaye, a apporté des preuves expérimentales précieuses, quoique d'inégale valeur, et surtout d'inégale facilité d'emploi. L'inoculation, qui est de ces divers procédés le plus sûr, puisqu'il compte 90 % de succès, est aussi le plus facile à mettre en œuvre.

La recherche du pouvoir agglutinant par la méthode de MM. Arloing et Courmont est d'un emploi délicat; elle n'est pas encore à la portée de tous, même dans les centres universitaires.

Par contre, le critérium cytologique, récemment établi par les études de M. Widal et de ses élèves, est un procédé très simple, facile à mettre en œuvre dans tous les services hospitaliers, susceptible de s'étendre aussi à la pratique privée, sans plus d'obstacles et à peu près au même titre que l'examen bactériologique des crachats. Pour ma part, j'y ai eu recours systématiquement depuis les publications de M. Widal, et mes observations confirment pleinement, dans leurs traits essentiels, toutes les conclusions de cet auteur.

Mais si les résultats concordants de tous les derniers travaux ont établi la réalité de la conception de la nature tuberculeuse à peu près univoque des pleurésies aiguës d'apparence primitive, s'ils ont donné en même temps aux médecins les moyens de la reconnaître dans chaque cas particulier, il s'en faut de beaucoup qu'ils aient fourni par là une contribution importante au pronostic clinique à porter sur les pleurétiques. Du fait même que ces recherches démontraient que toutes, ou à peu près toutes les pleurésies aiguës primitives étaient tuberculeuses, elles enlevaient au diagnostic de cette nature, dans chaque cas particulier, son importance propre, puisqu'elles obligeaient à placer en dehors ou au-dessus de cette pathogénie commune la raison des différences d'évolution ultérieure des divers cas.

Il n'y a pas d'illusions à se faire sur ce point; si les données nouvelles, en permettant de reconnaître la nature tuberculeuse de chaque pleurésie observée, avaient établi la fréquence au moins relative des pleurésies d'un autre ordre, ces moyens de diagnostic auraient acquis de ce fait une haute importance pour le pronostic et pour le traitement; en indiquant, au contraire, l'extrême fréquence des pleurésies tuberculeuses, ces données ont assombri théoriquement le pronostic général des pleurésies aiguës, mais elles n'ont apporté aucune contribution utile au pronostic individuel de chacune d'elles.

II

Le progrès à réaliser aujourd'hui consiste donc à rechercher, à défaut des différences pathogéniques, les différences de virulence ou de localisation anatomique capables d'expliquer, et surtout de faire prévoir, les différences d'avenir des pleurétiques; il semble bien qu'on ne puisse y arriver que par une étude plus précise et plus approfondie des diverses formes cliniques de la maladie.

Il ne me paraît pas que les divisions généralement adoptées, même les plus récentes, et bien qu'elles réalisent de sérieux progrès, répondent suffisamment, à ce point de vue, aux besoins de la pratique médicale; après les avoir succinctement passées en revue, j'indiquerai dans ce travail les modifications et les additions que je propose de leur faire subir, en me basant sur les résultats de mes observations et de mes recherches personnelles.

L'étude des formes cliniques de la pleurésie tuberculeuse, au sens vrai de ce terme, est exclusivement française. Les descriptions des traités de pathologie allemands les plus récents et les plus complets se contentent d'indiquer les symptômes et les moyens de diagnostic de la pleurésie considérée en général, les différences de nature, séro-fibrineuse, hémorrhagique ou purulente de l'épanchement, mais elles ne vont guère au delà. C'est à peine si elles signalent l'importance des différents états du poumon, sans insister sur les moyens de les préciser, et elles n'établissent aucune division en formes d'origine ou d'évolution différentes.

Il n'en est pas de même dans les descriptions des ouvrages français, et notamment dans les deux qui sont à la fois les plus importantes, les plus autorisées et les plus récentes, celle de M. Netter (1), d'une part, et celle de MM. Landouzy et Labbé (2), d'autre part.

Toutes les deux ont pour base principale la séparation de la tuberculose pleurale *primitive* (pleuro-tuberculose de Landouzy) et de la tuberculose pleurale *secondaire* (pleurésie des tuberculeux du même auteur), bien que cette division soit moins formelle et moins nette dans la description de M. Netter que dans celle de M. Landouzy.

(1) NETTER, *in* Traité de médecine de Bouchard et Brissaud. 2e éd., T. VII. p. 421. Paris, 1901.

(2) LANDOUZY et LABBÉ, *in* Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert. T. VIII, p. 77. Paris, 1901.

Toutes les deux considèrent comme univoque la forme pleurale primitive et ne subdivisent que la forme secondaire. Pour cette dernière, M. Landouzy admet trois variétés, à savoir :

1° Les pleurésies secondaires, accidents de la granulie généralisée, localisation secondaire de l'infection sanguine;

2° Les pleurésies secondaires, sèches ou humides, survenant chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire chronique;

3° Les pleurésies accompagnées, dans lesquelles la tuberculose atteint *simultanément* d'autres séreuses ou viscères voisins, *sans qu'on puisse dire qui a commencé*, de la localisation dans la plèvre, dans d'autres séreuses ou dans les viscères.

M. Netter indique aussi les deux premières des formes précédentes, mais, au lieu de la variété « formes accompagnées » de M. Landouzy, il distingue :

1° Une forme pleurale d'un côté, et s'accompagnant de tuberculose du poumon du côté opposé;

2° Une forme pleuro-pulmonaire, où la pleurésie masque le début de la tuberculose pulmonaire, qui ne devient manifeste qu'après la guérison apparente de la première;

3° Une forme pleuro-péritonéale, souvent décrite, dans laquelle les lésions portent à la fois sur la plèvre et le péritoine, mais dont le début se ferait le plus généralement, d'après lui, par le péritoine.

M. Landouzy et M. Netter se contentent, d'ailleurs, l'un et l'autre, d'énumérer brièvement les divisions indiquées, sans leur accorder de description précise, sans leur attribuer de véritable individualité; ils se hâtent même l'un et l'autre de leur enlever toute l'importance clinique et tout l'intérêt qu'elles mériteraient, en ajoutant, l'un que « toutes ces formes peuvent s'arrêter, rétrocéder et se terminer par une guérison plus ou moins durable » (Netter); l'autre que « toutes ces formes peuvent revêtir tous les modes anatomiques et cliniques connus » (Landouzy).

Il est bien manifeste que la tuberculose pleurale, comme la tuberculose pulmonaire, mais à un moindre degré que cette dernière, présente une grande polymorphie, une grande diversité dans les cas particuliers, et c'est là une constatation trop évidente pour être contestée; mais faut-il admettre pour cela que les différences qui séparent les divers malades résultent de causes individuelles, multiples, complexes et inclassables, assez variées pour que chaque sujet fasse sa forme personnelle, assez insaisissables pour qu'il faille renoncer à l'espoir de les réunir en groupes naturels, capables d'en faciliter l'étude pratique?

Les quelques lignes écourtées que M. Netter et M. Landouzy consacrent à leur division, les restrictions par lesquelles ils terminent tous les deux leur exposé, montrent également qu'ils considèrent les modalités cliniques différentes comme dues à la marche essentiellement variable de la maladie, plutôt que comme des formes distinctes et séparées.

A l'encontre de ces conclusions décourageantes, j'ai la conviction, basée sur l'observation attentive d'un grand nombre de faits, qu'il existe pour la pleurésie aiguë tuberculeuse de véritables formes cliniques réellement distinctes, c'est-à-dire possédant, de par leur évolution, leur pronostic, leur marche générale, une véritable individualité conférant à chacune d'elles une certaine autonomie. On comprend, sans qu'il soit besoin d'y insister, quel grand intérêt et quelle grande utilité pratique s'attacheraient à une connaissance exacte de telles formes cliniques; par là sont justifiées toutes les tentatives d'en préciser les caractères et les limites; aussi, sans avoir la prétention de formuler sur ce point des conclusions fermes et définitives, j'indiquerai brièvement la classification qui m'a été inspirée par mes observations personnelles.

III

Une classification rationnelle des formes cliniques de la pleurésie tuberculeuse doit forcément reposer sur des bases complexes; la nature de l'épanchement, son abondance n'ont qu'une importance secondaire; l'unité pathogénique de la maladie supprime toute possibilité d'une division causale. Pour la tuberculose pleurale, comme pour la tuberculose pulmonaire, une classification de formes, afin de répondre à la réalité clinique des choses et de servir aux besoins de la pratique, doit s'adresser tout à la fois aux différences de localisation topographique des lésions, et aux variétés de leur évolution, destructive ou réparatrice.

Je n'attache pas, pour ma part, une importance aussi grande qu'on le fait communément au caractère primitif ou secondaire de la localisation pleurale.

Tout d'abord, il est bien rare que l'on puisse dire avec certitude, même à l'autopsie, quelle est la première en date des lésions multiples que l'on constate. M. Landouzy reconnaît lui-même que l'existence d'une pleuro-tuberculose primaire, au sens pathogénique du mot, est possible mais non démontrée; il avoue que cette affection est vraisemblablement toujours précédée d'une lésion tuberculeuse non constatable des poumons ou des ganglions bronchiques; mais il pense que, en clinique, il suffit qu'elle soit la première manifestation flagrante de la tuberculose pour mériter le nom de primaire. Dans cette manière de voir, on arrive forcément à réunir, et à confondre dans le même groupe clinique, tous les cas de pleurésie aiguë dans lesquels la pleurésie a été la première manifestation flagrante de la tuberculose, et c'est ainsi que l'on constitue un groupe artificiel, composé de faits disparates par leur nature, divergents par leur évolution, et qui, par suite, ne s'élève pas à la valeur d'une véritable forme clinique.

En second lieu, bien que la porte d'entrée et le mode de pénétration ne soient pas sans influence sur la forme et l'évolution de la tuberculose, ces facteurs sont loin d'être les plus importants; leur puissance reste bien loin derrière celle des variations de la virulence, des différences de la réceptivité individuelle, des causes occasionnelles adjuvantes ou antagonistes de diverse nature.

Tout autre est la donnée du caractère local, secondaire ou associé, d'une lésion tuberculeuse. La notion des tuberculoses locales, qui a joué un assez grand rôle il y a une vingtaine d'années, a été un peu délaissée depuis, bien qu'elle soit loin de mériter cet oubli. Il importe de bien comprendre quelles différences profondes séparent les deux modalités, quelquefois confondues, des tuberculoses primitives et des tuberculoses locales.

Une tuberculose primitive peut, tout aussi bien qu'une tuberculose secondaire, et au même titre qu'elle, être grave et envahissante, ou torpide et stationnaire. Une tuberculose locale, au contraire, est toujours, toutes choses égales d'ailleurs, une tuberculose bénigne; le caractère local et le caractère bénin de la lésion résultent l'un et l'autre, et solidairement, des mêmes causes originelles : faiblesse de la virulence du germe ou faiblesse de la réceptivité de l'organisme.

De plus, une tuberculose primitive est, par définition même, seule de son espèce chez le même individu; toutes celles qui surviendront après elle devront être considérées comme secondaires, quels que soient leurs caractères propres; au contraire, des tuberculoses locales multiples peuvent se succéder à plus ou moins grands intervalles, voire même coexister sur le même sujet; bien plus, une lésion locale, un lupus, par exemple, qui en est le type le plus caractérisé, peut coexister avec une tuberculose plus ou moins généralisée, à foyers multiples, sans perdre néanmoins son caractère propre de tuberculose locale.

L'histoire générale de la tuberculose montre, en effet, que certaines formes localisées de la maladie évoluent pour leur propre compte, par le fait des modalités qui sont en elles, à part en quelque sorte, sans subir l'influence de l'évolution des autres localisations, s'il en existe, sans exercer non plus d'influence sur elles, tandis que d'autres formes affectent, soit un caractère généralisé, soit un caractère de parallélisme, de balancement ou de subordination avec d'autres localisations, simultanées ou successives, de la même affection. L'indépendance propre, l'autonomie d'évolution sont les caractéristiques des tuberculoses locales, comme la solidarité et la conjugaison sont les caractéristiques des tuberculoses généralisées ou à foyers multiples associés.

Pour toutes les localisations de la tuberculose, spécialement pour ses localisations extra-pulmonaires, y compris ses localisations séreuses, l'opposition des tuberculoses locales et des tuberculoses générales est plus importante et plus féconde que celle des tuberculoses primitives et des tuberculoses secondaires : elle doit occuper le premier rôle dans les divisions en formes cliniques. Telle est la raison pour laquelle il y a lieu de renoncer à prendre pour base essentielle d'une classification la séparation habituellement tentée de la pleuro-tuberculose primitive et de la pleurésie secondaire des tuberculeux.

En étudiant à la lumière de cette notion pathogénique l'infinie multiplicité des aspects des divers cas particuliers, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils peuvent être répartis en trois groupes distincts :

1º Les *pleurésies tuberculeuses locales;*

2º Les *pleurésies tuberculeuses de voisinage*, subordonnées à l'éclosion et à l'évolution propre d'une tuberculose pulmonaire adjacente, à la façon dont l'œdème et l'infiltration péri-phlegmoneux sont subordonnés au phlegmon même qui les engendre;

3º Les *pleurésies tuberculeuses associées*, qui constituent une des localisations d'une tuberculose plus générale, à foyers multiples, parallèles ou successifs, mais conjugués et solidaires à la façon des diverses parties d'une même unité.

Cette grande division est assurément applicable à d'autres localisations de la tuberculose que les pleurésies aiguës tuberculeuses, notamment aux pleurésies chroniques et aux péritonites, mais je ne me propose d'envisager aujourd'hui, avec quelques détails, que son application aux premières.

Les trois groupes qui précèdent ne suffisent encore pas aux besoins de la clinique et de la pratique médicale; ils constituent la première base de classification, mais chacun d'eux peut être subdivisé à son tour en variétés secondaires, qui constituent en réalité des espèces assez individualisées et assez autonomes pour mériter le nom de formes cliniques, au sens précis que j'ai donné à ce terme au début de ce travail.

J'indiquerai les subdivisions auxquelles je me suis arrêté pour chaque groupe, après l'exposé sommaire des caractères généraux du groupe lui-même. La plupart des formes ainsi établies correspondent à des types connus et déjà admis; d'autres n'ont pas encore été décrites; il sera facile d'en faire le départ, en comparant la classification que je propose avec celles qui l'ont précédée et que j'ai rappelées plus haut; on remarquera cependant que les premières elles-mêmes gagnent en importance et en clarté, à être plus formellement individualisées et plus nettement séparées d'avec celles que l'on confondait avec elles.

IV

A. Formes locales. — La tuberculose locale de la plèvre, lorsqu'elle affecte des allures aiguës, donne naissance à une pleurésie séro-fibrineuse à début plus ou moins brusque, mais toujours rapide, à marche assez régulièrement cyclique, qui répond en somme aux formes de pleurésies longtemps considérées comme primitives et simples, dites *a frigore*.

C'est elle qui est prise également par les classiques comme le type le plus habituel de la pleuro-tuberculose primitive; par contre, d'une part, on restreint à tort son domaine si on ne lui attribue, comme M. Landouzy, que les cas où la pleurésie apparaît « chez un sujet jugé indemne d'une autre tuberculose »; et, d'autre part, on l'étend, également à tort, quand on ne lui enlève que les pleurésies qui « apparaissent, soit au cours, soit au lendemain d'une tuberculose du poumon ou d'un autre organe ».

En réalité, les rapports chronologiques, s'ils constituent parfois quelque présomption légitime, ne sauraient tenir lieu, pour chaque fait, d'une discussion pathogénique et d'un diagnostic raisonnés, basés sur la nature et les rapports des diverses lésions, coexistantes ou successives. En effet, une tuberculose locale de la plèvre peut survenir, avec ses caractéristiques symptomatiques et évolutives les plus complètes, chez un sujet porteur de toute autre tuberculose locale, plus ou moins ancienne, telle qu'un lupus, une arthropathie, une scrofulide quelconque, voire même une tuberculose abortive pulmonaire (1); de même, et inversement, une tuberculose pleurale subordonnée ou associée peut être la première manifestation apparente de l'association morbide, et ne se révéler telle que par son évolution ultérieure, surtout à un observateur non prévenu.

Les antécédents tuberculeux personnels ou familiaux du sujet, s'ils peuvent être pris en considération pour le diagnostic de nature, ne doivent pas faire écarter le diagnostic de forme locale; parfois même ils peuvent le faire présumer, quand ils sont uniquement constitués eux-mêmes par des formes locales, la tuberculose ayant une assez grande tendance à « se répéter » dans ses atteintes successives chez un même sujet.

La marche ultérieure de la maladie, l'avenir éloigné du patient ont, par contre, une réelle valeur, le pronostic éloigné des tuberculoses locales de la plèvre étant infiniment plus favorable que celui des formes accompagnées; malheureusement ils ne servent qu'au diagnostic rétrospectif. L'évolution prochaine, les suites immédiates de la maladie, sont invariablement très différentes dans les deux groupes, comme on peut le prévoir sans qu'il soit besoin d'y insister davantage.

Les seules tuberculoses de la plèvre méritant le nom de tuberculoses locales sont celles qui présentent des suites immédiates favorables, et une guérison relative, au moins apparente, suffisamment prolongée; celles qui se comportent ainsi ne sont pas toutes des tuberculoses locales, mais toutes les tuberculoses locales obéissent à cette règle. Pour apprendre à les mieux connaître, à en faire un diagnostic plus sûr, à prévoir de meilleure heure leur évolution favorable, il importe dès lors de n'admettre comme base de leur étude que les cas qui ont justifié, par cette évolution même, la dénomination qu'on avait pu leur imposer à tort antérieurement.

Ainsi compris et délimité, le groupe des pleurésies tuberculeuses aiguës locales doit être subdivisé en deux formes distinctes, que je propose d'appeler l'une *superficielle* et l'autre *profonde*.

a) *Pleurésie tuberculeuse aiguë locale à forme superficielle :* Ici, la lésion est essentiellement intrapleurale, les granulations tuberculeuses siégeant dans les fausses membranes elles-mêmes, au-dessus de la couche endothéliale ou à son niveau.

(1) J'ai expliqué le sens que je donne à ce terme dans mon rapport au Congrès de médecine de Montpellier, sur les « Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire ». (*Comptes-rendus du quatrième Congrès français de médecine interne*, T. I, p. 1, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 158-160.)

Voir aussi : L. Bard. Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire; classification et description sommaire. Genève, 1901.

La marche est franche, l'évolution cyclique; pendant la période d'état, rien n'indique la participation du poumon à la maladie; il n'y a pas d'expectoration; l'auscultation ne fait constater, en dehors des signes de l'épanchement lui-même, que les divers phénomènes que le refoulement par le liquide provoque du côté du sommet. Ces phénomènes, signalés depuis longtemps, ont été synthétisés par M. Pitres, sous l'heureuse expression de « syndrome sus-liquidien ».

On sait que M. Grancher a précisé tout spécialement, dans ses schémas bien connus, les caractères qui distinguent le syndrome sus-liquidien d'avec les lésions réelles des sommets pulmonaires. Il ne faudrait pas cependant attacher toujours une importance excessive à la constatation de quelques anomalies de l'ordre de celles qu'il a signalées, parce que, dans certains cas, des adhérences fibreuses, une tuberculose abortive du sommet, ont pu précéder une tuberculose pleurale du type que nous étudions, sans qu'il y ait lieu, en vertu des raisons indiquées plus haut, de lui dénier pour cela son caractère local.

Enfin, il est un autre caractère auquel j'attache une grande importance; au cours de la ponction, pratiquée par la méthode personnelle et avec les règles que j'ai fait connaître, on constate, en pareil cas, la conservation de l'expansibilité normale du poumon sous-jacent à l'épanchement.

L'affection, dans son ensemble, présente l'aspect des pleurésies *a frigore* les plus franches; c'est la forme dont on a le plus longtemps méconnu la nature tuberculeuse.

b) *Pleurésie tuberculeuse aiguë locale à forme profonde* : Dans cette forme, la lésion est essentiellement sous-pleurale; les granulations tuberculeuses siègent dans les couches conjonctives de la séreuse, souvent dans ses couches les plus profondes, au contact même des couches corticales du poumon, et jusques à l'origine sous-pleurale de ses travées interlobulaires.

Le début est généralement moins franc, l'épanchement moins abondant, l'évolution moins régulière, et surtout des signes divers trahissent la participation des couches superficielles du poumon à l'inflammation tuberculeuse. Les sommets peuvent n'être pas intéressés, ou ne présenter que quelques signes de congestion; la tuberculose s'étale en lame sur les couches corticales, mais ne pénètre pas l'organe en profondeur. Le poumon résiste un peu à la compression; la lame supérieure de l'épanchement, interposée entre le poumon et la paroi, s'élève plus haut et prend plus d'importance; de là résultent quelques modifications des signes stéthoscopiques : souffle plus proche et plus clair; vibrations et retentissement de la voix moins abolis, broncho-œgophonie plutôt qu'œgophonie pure, parfois même quelques râles fins superficiels. Au cours de la ponction, si elle est pratiquée, on constate que l'expansibilité pulmonaire est moindre que dans la forme précédente.

Plus tard, résolution moins complète, adhérences plus solides et plus étendues, rétraction de la paroi, persistance à la base d'un point de côté léger, d'une gêne dans les grandes inspirations, témoignage d'un reliquat inflammatoire; assez souvent, formation lente et progressive d'une sclérose interstitielle, d'une pneumonie pleurogène plus ou moins accusée; dans un avenir plus éloigné, développement graduel de la forme de tuberculose pulmonaire que j'ai appelée forme post-pleurétique, et qui ne survient guère que comme séquelle de cette variété spéciale de pleurésie tuberculeuse locale.

On voit par tous ces détails que la forme profonde, quoique possédant encore un pronostic éloigné assez favorable, est déjà sensiblement plus sérieuse et plus grave que la forme superficielle.

B. Formes de voisinage. — Les pleurésies de voisinage sont symptomatiques de lésions tuberculeuses des organes voisins, plus rarement de lésions de la paroi thoracique, quelquefois de la propagation d'une péritonite de même nature, de beaucoup le plus souvent de lésions tuberculeuses du poumon lui-même.

Ces dernières diffèrent des formes associées pleuro-pulmonaires par le caractère accessoire et subordonné de l'élément pleural. Sans doute, il peut être difficile, dans quelques cas particuliers, de faire pareille distinction pathogénique; il peut paraître plus simple et plus légitime de réunir dans un même groupe tous les faits de coexistence de lésions pleurales et pulmonaires, comme le fait M. Landouzy avec ses formes accompagnées; mais si l'on simplifie ainsi, en effet, le problème du diagnostic différentiel, c'est en réalité au détriment de celui du pronostic, et même de celui de la thérapeutique, qui sont en somme l'un et l'autre les buts essentiels de la clinique, alors que le diagnostic n'en est que le moyen et la mise en œuvre.

Les pleurésies de voisinage n'ont ni autonomie, ni individualité; elles valent ce que vaut la lésion initiale dont elles sont symptomatiques et dont elles trahissent les modalités extensives; elles en compliquent un peu le diagnostic, mais sans en modifier beaucoup par elles-mêmes la marche et l'évolution. Par là elles se distinguent à la fois des formes locales décrites plus haut et des formes associées que nous retrouverons plus loin.

Les pleurésies tuberculeuses aiguës de voisinage présentent dans la pratique une assez grande diversité que l'on peut ramener, cependant, à quatre formes principales :

a) *Pleurésies symptomatiques des lésions de la paroi thoracique ou du péritoine*, que je ne cite ici que pour mémoire.

b) *Pleurésies symptomatiques de la tuberculose pulmonaire chronique* : Cette forme, admise et séparée par tous, n'est jamais très aiguë, et ne présente aucune difficulté clinique. Elle survient dans les phases avancées d'une tuberculose évidente déjà depuis longtemps, et dont elle constitue une simple complication assez effacée. Quand elle est reconnue, elle ne saurait être confondue avec les autres formes de pleurésie, mais elle passe assez souvent inaperçue, au milieu des multiples symptômes dus à la marche progressive de la maladie principale.

c) *Pleurésies symptomatiques d'une tuberculose pulmonaire au début* : Celle-ci est plus complexe, d'un diagnostic plus délicat; il est très important, cependant, de ne pas méconnaître sa véritable nature; elle simule à ses débuts les formes locales de la maladie, alors qu'elle en diffère bientôt par la marche progressive de la lésion pulmonaire, qui ne tarde pas à s'affirmer, aussitôt après la résolution de l'épanchement, et qui prend presque toujours, en pareil cas, les allures des formes fibro-caséeuses.

Le diagnostic se fait, dès la période d'état, par l'existence, au sommet, des signes d'une induration pulmonaire plus ou moins marquée, et souvent aussi par la constatation des symptômes d'une congestion pulmonaire plus ou moins manifeste aux limites mêmes de l'épanchement.

d) *Pleurésies symptomatiques d'une poussée pulmonaire aiguë* : Cette forme constitue à proprement parler une variété de passage entre les pleurésies de voisinage purement symptomatiques et une des formes de pleurésie associée de notre troisième groupe. Il est assez difficile, en effet, et souvent impossible, de classer nettement un cas de cet ordre dans le groupe des pleurésies symptomatiques ou dans celui des pleurésies associées. Il s'agit alors de pleurésies aiguës, à épanchement bruyant, plus abondant en apparence qu'il ne l'est en réalité, par le fait de la densification du poumon qui plonge dans l'épanchement. Les signes physiques en sont profondément modifiés; on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on est en présence d'une pleuro-pneumonie, mais, parfois, on ne sait trop auquel des deux éléments accorder la prédominance; fréquemment aussi on hésite à se prononcer sur la nature tuberculeuse ou non de la double lésion.

Le plus souvent, en pareille occurrence, la tuberculose pulmonaire est appelée à devenir caséeuse et à prendre les allures de la phtisie à marche rapide, et par suite il est d'autant plus utile d'établir aussi vite que possible le diagnostic véritable de la forme clinique observée.

Après ce court aperçu, on peut légitimement se demander si cette forme ne devrait pas être classée de préférence et uniquement dans le groupe des formes associées, mais, en réalité, il est manifeste qu'elle doit figurer au même titre dans les deux groupes, car elle se compose d'un ensemble dont les degrés constituent une échelle ininterrompue, allant depuis les pneumonies tuberculeuses avec pleurésie effacée, manifestement symptomatique et subordonnée, jusqu'aux pleuro-pneumonies tuberculeuses avec pleurésie importante, prédominant même dans la symptomatologie, jusqu'à masquer pour un temps les lésions pulmonaires elles-mêmes. Les premières ressortissent aux formes de voisinage, les secondes aux formes accompagnées; s'il existe entre elles des « cas-limites », de classement difficile, il n'en est pas moins certain qu'il n'en va pas de même pour les formes extrêmes, et il y a lieu par suite de conserver pour elles la double classification.

C. Formes associées. — Ce groupe comprend toutes les pleurésies qui accompagnent une ou plusieurs autres localisations de la tuberculose, voisines ou éloignées, mais avec cette caractéristique essentielle que ces diverses manifestations sont autonomes, relèvent au même titre de la cause infectieuse générale, sans présenter de solidarité locale, sans être rattachées l'une à l'autre par une simple extension de proche en proche.

Là aussi il existe de nombreux cas particuliers, assez variés, mais là aussi ils peuvent être classés en trois formes principales, qui me paraissent suffire aux besoins de la clinique :

a) *Formes associées pleuro-pulmonaires* : Il me suffit de rappeler ici cette forme clinique, qui fait le passage avec le groupe précédent et sur laquelle je me suis suffisamment expliqué ci-dessus.

b) *Pleurésies associées aux granulies généralisées* : Cette variété est également reconnue et séparée par les divers auteurs; elle était déjà décrite par Empis dans son étude sur la granulie, restée classique. Elle apparaît tantôt dans le cours de la granulie, tantôt et le plus souvent à son début; elle participe naturellement à toutes les difficultés du diagnostic précoce de la granulie, et ce n'est pas le lieu d'insister sur ce point qui nous entraînerait trop loin.

Pour être complet, je devrais d'ailleurs distinguer encore entre les diverses variétés de granulie, car, dans mon travail antérieur, déjà cité, sur la classification des formes de la tuberculose pulmonaire, j'ai établi l'existence de quatre modalités cliniques bien distinctes de la granulie, auxquelles j'ai donné les noms de généralisée, suppurée, migratrice et discrète. Je me contenterai de dire que la pleurésie peut se rencontrer dans toutes ces variétés, mais qu'elle s'observe avec une prédilection toute particulière dans la forme migratrice.

Il va de soi que le pronostic de la pleurésie granulique est peu individualisé, qu'il n'est pas séparé d'avec celui de la forme de granulie à laquelle la complication pleurale se rattache, surtout lorsqu'il s'agit de ces pleurésies du début qui ne tardent pas à passer au second plan dans le tableau général de la maladie.

c) *Pleurésies associées à la tuberculose multiple des séreuses* : Cette forme clinique, sans être très fréquente, présente une importance spéciale, en raison des caractères très particuliers de ses suites éloignées.

On sait que, tout en étant susceptible de frapper tous les organes et toutes les régions, il arrive parfois que la tuberculose localise ses manifestations multiples dans un même sys-

tème anatomique, assez souvent, par exemple, sur les ganglions ou le squelette. Or, le fait se voit aussi pour les grandes séreuses : les deux plèvres, le péritoine, le péricarde; les méninges se séparent le plus souvent à ce point de vue, comme à plusieurs autres, des autres séreuses, et les méningites se rattachent plus volontiers aux granulies généralisées qu'aux polysérosites tuberculeuses, mais elles s'observent cependant aussi, quelquefois, avec ces dernières.

Lorsque la polysérosite tuberculeuse affecte une forme très aiguë et à peu près généralisée, elle est assez rapidement mortelle; le plus souvent, toutefois, son évolution est subaiguë; les diverses séreuses se prennent successivement plutôt que simultanément, et une longue survie devient possible.

D'ordinaire, en pareil cas, les lésions séreuses affectent la forme profonde, sous-séreuse; il se produit des adhérences étendues et actives, et on assiste à la constitution progressive d'une forme particulière de ce complexus morbide que l'on a décrit de divers côtés au cours de ces dernières années sous le nom de *périviscérites*.

C'est encore à une polysérosité tuberculeuse que se rattachent, à mon avis, la plupart des faits, sinon tous, qui ont été publiés depuis un certain temps comme des asystolies à forme hépatique d'origine péricardique. On trouve, en pareille occurrence, des adhérences péricardiques, pleurales, périhépatiques, et même d'ordinaire généralisées à toute la région sus-ombilicale du péritoine; rien ne permet de considérer les unes comme symptomatiques des autres, et il s'agit bien plutôt de poussées autonomes, associées, relevant au même titre d'une cause générale commune. Une fois établies, par le fait même de la forme originellement profonde de leurs lésions initiales, ces inflammations séreuses intéressent les couches corticales des organes sous-jacents; de là le syndrôme complexe qui résulte de ces multiples associations morbides.

La forme pleuro-péritonéale, généralement décrite comme une modalité spéciale par les auteurs français, et qui a donné lieu à d'assez nombreuses monographies, ne me paraît pas avoir l'individualité qu'on lui attribue. Elle est constituée par le rapprochement de cas réunis par des traits symptomatiques communs, mais relevant de divers groupes pathogéniques, et par là même présentant des évolutions distinctes.

Par suite, elle ne peut pas être maintenue comme une forme clinique proprement dite, quand on se place au point de vue spécial de la pathogénie et des liens d'association ou de subordination des localisations coexistantes. La forme pleuro-péritonéale des auteurs comprend, en effet, quelques faits de pleurésie avec péritonite légère de voisinage, des observations plus nombreuses de péritonite avec pleurésie de voisinage limitée à la base, certains cas de formes associées pleuro-pulmonaires et péritonéales, et enfin des faits, les plus importants et les plus spéciaux, de pleuro-péritonites véritablement associées, qui seuls ressortissent légitimement à la forme clinique qui nous occupe dans ce dernier paragraphe.

On peut synthétiser la classification qui précède dans le tableau suivant :

Pleurésies	locales et autonomes	à forme superficielle; à forme profonde.
	symptomatiques	de lésions de la paroi thoracique ou du péritoine; d'une tuberculose pulmonaire chronique; d'une tuberculose pulmonaire au début; d'une poussée pulmonaire aiguë.
	associées	à une pneumonie tuberculeuse; à une granulie; à une tuberculose multiple des séreuses.

V

Les différentes formes cliniques indiquées dans la classification qui précède ne sont pas séparées simplement par des données étiologiques, comme on pourrait le penser au premier abord; elles se distinguent bien réellement par des différences radicales de symptomatologie, de pronostic et d'évolution, et c'est par là qu'elles peuvent rendre les services qu'on doit attendre d'une distinction de ce genre.

Les classifications, bien que quelques-uns les traitent volontiers, uniformément, d'artificielles et de théoriques, sont indispensables à la clinique; elles seules permettent, aux jeunes praticiens surtout, de se reconnaître dans la diversité des descriptions pathologiques, et plus encore de s'orienter auprès des malades, en fournissant des points de repère autour desquels viennent se ranger les cas particuliers qui s'offrent à l'observation.

En présence d'un pleurétique, il importe assez peu au clinicien de savoir quelle est la moyenne générale des cas qui passent à la tuberculose pulmonaire progressive, commune aux pleurésies tuberculeuses de tout ordre; ce qu'il préférerait connaître, c'est la présomption particulière au fait particulier qu'il observe; c'est la moyenne propre au groupe restreint de cas comparables à celui-là. Pour approcher le plus possible de la solution de ce problème, il faut ne pas se contenter du diagnostic de pleurésie aiguë, pas même de celui de pleurésie aiguë tuberculeuse; il y a lieu, en outre, en utilisant les anamnestiques, la marche de la maladie, les symptômes actuels, de serrer d'aussi près que possible les caractères spéciaux du cas particulier, d'en déterminer en un mot la forme clinique.

La description synthétique très sommaire donnée plus haut suffit à montrer quelles sont les bases essentielles de cette détermination, et quelles sont aussi les différences de pronostic que comporte chacune de ces formes. Il me reste à montrer que cette distinction est également nécessaire pour guider les résolutions thérapeutiques.

Profondes sont, à ce point de vue, les différences qui s'imposent en présence des diverses formes cliniques; la plupart se comprennent d'elles-mêmes, mais il est nécessaire d'envisager les divergences d'indications qu'elles comportent pour l'emploi de la thoracentèse.

On sait quelles multiples discussions et quelles opinions changeantes a inspiré la question de la thoracentèse dans les pleurésies aiguës. Comme il arrive pour bien des choses, les excès dans un sens entraînent par la suite des excès dans l'autre, et on ne sait plus bien où est la juste mesure; après une longue période de confiance et d'emploi systématique, la thoracentèse est entrée depuis quelques années dans une phase de défaveur; nombreux sont aujourd'hui les cliniciens qui, à force d'en réduire les indications, en arrivent à ne l'employer plus guère, dans les pleurésies aiguës tuberculeuses, qu'à titre d'expédient d'urgence, dans les grands épanchements refoulant le cœur et provoquant une extrême dyspnée. Ils lui reprochent d'exercer une influence défavorable sur la marche ultérieure des lésions pulmonaires, concomitantes ou préexistantes, et il n'est pas douteux que nombre de ponctions méritent, en effet, ce reproche.

La ponction pleurale est, en réalité, le meilleur ou le pire des procédés thérapeutiques à employer contre les pleurésies aiguës tuberculeuses, suivant la justesse ou les erreurs de ses indications, et plus encore, certainement, suivant l'excès ou la limitation judicieuse des quantités évacuées. Or, ses indications ne peuvent être établies que sur la distinction des cas particuliers, que sur la séparation de formes cliniques judicieusement établies. Il est manifeste que la thoracentèse, qui convient à merveille à certaines périodes de l'évolution des formes locales, est presque toujours inutile dans les formes de voisinage et est habituellement nuisible dans les formes associées; je fais cependant exception pour la polysérosite tuberculeuse, dans laquelle la pleurésie est encore, en quelque mesure, une lésion locale, justiciable parfois du même traitement local que dans les formes où elle constitue la seule manifestation séreuse de la maladie.

Ainsi formulée, cette indication de l'opportunité de la thoracentèse participe sans doute à toutes les difficultés et à toutes les incertitudes du diagnostic de la forme clinique dans chaque cas particulier, mais, ce diagnostic une fois posé, elle devient facile à résoudre.

La distinction des formes cliniques intervient encore pour la détermination de la quantité de liquide qu'il convient d'évacuer, car, s'il est souvent difficile de savoir si, et quand, l'on doit ponctionner, il est plus difficile encore, lorsqu'on ponctionne, de savoir à quel moment on doit s'arrêter; c'est ainsi, par exemple, que les pleurésies locales à forme superficielle subissent avec succès des ponctions plus précoces et plus copieuses que les pleurésies à forme profonde.

La variété clinique n'est pas, il est vrai, le seul élément à faire entrer en ligne de compte; la nature du liquide, l'abondance de l'épanchement, la phase de la maladie, ne sauraient être négligés à ce point de vue, mais la forme clinique n'en demeure pas moins le facteur le plus important de ce débat.

L'indication d'une thoracentèse une fois posée d'après ces divers éléments d'appréciation, il reste encore à la pratiquer dans des conditions qui permettent de limiter l'évacuation à la quantité utile. J'ai montré dans un travail antérieur (1) que l'emploi du siphon, pratiqué suivant les règles méthodiques que j'ai formulées, et qu'il serait trop long d'exposer ici, fournit le moyen de pratiquer la thoracentèse avec plus de sécurité, et avec des résultats plus favorables que ceux que l'on peut obtenir des appareils aspirateurs.

J'ai la conviction, basée sur mon expérience personnelle, que les inconvénients et les dangers que l'on a pu reprocher justement à la thoracentèse, peuvent être évités, d'une part en limitant la ponction, quand on y a recours, au point le plus favorable à l'effet cherché par l'emploi du procédé que je viens de rappeler, d'autre part, en ne pratiquant cette ponction que pour les formes cliniques où elle trouve ses véritables indications.

En exposant la classification que mes observations personnelles m'ont amené à préférer, je ne me dissimule pas ses imperfections, mais je crois que telle qu'elle est, et en attendant mieux, elle est de nature à rendre quelques services aux observateurs qui la prendront pour guide. Je répéterai pour elle ce que j'ai dit déjà en exposant ma classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire : à l'encontre de ce que l'on pensera sans doute au premier abord, et malgré le nombre élevé des divisions proposées, je crains beaucoup plus d'avoir trop restreint ce nombre que de l'avoir trop étendu; je ne serais pas embarrassé pour indiquer telle ou telle forme appelée à se subdiviser encore, tandis que je ne vois pas quelle serait celle qui serait susceptible de disparaître par absorption dans une forme voisine.

L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 3 et 10 juin 1902.

De l'évolution du nagana et de sa variabilité suivant les espèces animales.

M. Laveran communique le résultat des recherches expérimentales qu'il a faites avec M. F. Mesnil sur le *nagana* ou *maladie de la*

(1) L. Bard. De l'emploi du siphon pour pratiquer et pour limiter la thoracentèse. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, nov. 1901, p. 645 et *Semaine Médicale*, 1902, p. 30.)

mouche tsé-tsé, affection causée, comme on le sait, par un protozoaire du groupe des flagellés, le *Trypanosoma Brucei* (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 142).

Le nagana est facilement inoculable. La durée de la période d'incubation (temps qui s'écoule entre l'inoculation et l'apparition des parasites dans le sang) varie avec la richesse en trypanosomes du liquide injecté et avec l'état des parasites. La durée de la maladie est également très variable suivant les espèces animales : tantôt elle évolue comme une infection aiguë (souris, rat, chien, singe) ou subaiguë (lapin, cobaye, cheval, âne, porc), toujours mortelle, tantôt elle revêt les allures d'une infection chronique pouvant se terminer par guérison (bovidés, mouton, chèvre).

Parmi les symptômes les plus constants, il faut citer : la fièvre, l'anémie et les œdèmes. Chez la souris et chez le rat, le nombre des trypanosomes dans le sang augmente rapidement et régulièrement : au moment de la mort, il paraît égaler celui des hématies; chez les autres animaux, cette augmentation est moins régulière et surtout moins considérable.

Les trypanosomes, lorsqu'ils existent en très grand nombre dans le sang (période ultime de la maladie chez les rats et les souris), peuvent agir mécaniquement en obstruant les petits vaisseaux du cerveau ou du bulbe; c'est probablement ainsi qu'il faut expliquer la mort rapide, accompagnée de mouvements convulsifs, qui s'observe assez communément chez les rats. Mais chez beaucoup d'animaux qui meurent de nagana, on ne note pendant tout le cours de la maladie que de rares trypanosomes : c'est en particulier ce qui arrive chez le lapin; on est conduit par suite à admettre que les trypanosomes produisent une toxine qui détermine les poussées fébriles, les parésies, les troubles de la nutrition et enfin la mort.

M. Dimitropol (de Bucharest) lit un travail sur la *nature de la tuberculose pulmonaire et son traitement par la minéralisation de l'organisme.*

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 2 et 9 juin 1902.

De la vaccination active contre la peste, le choléra et l'infection typhique.

M. Besredka. — On sait qu'il est possible de conférer à l'organisme, contre ces trois maladies, soit une immunité *passive*, en injectant un sérum contenant les anticorps spécifiques, soit une immunité *active*, en introduisant les microbes correspondants, atténués par le chauffage. La première de ces immunités est immédiate, mais de courte durée; la seconde tardive, mais persistante. De là l'idée de pratiquer à la fois l'inoculation de sérum et de microbes tués (Calmette et Salimbeni); toutefois, ce procédé n'a pas paru offrir d'avantages certains.

Supposant que cet échec pouvait tenir à la présence, dans ces mélanges, d'un excès de sérum, et connaissant la propriété — démontrée par MM. Ehrlich et Morgenroth — qu'ont les microbes de fixer la substance active contenue dans les sérums spécifiques, nous nous sommes efforcé d'obtenir un mélange renfermant juste assez de sérum pour permettre à l'organisme qui le reçoit d'attendre le développement de l'immunité active; dans ce but, nous avons préparé un mélange de microbes et de sérum, puis, après vingt-quatre heures de contact, nous avons soumis les microbes à des lavages répétés, de façon à chasser complètement le sérum. Les bacilles doivent être tués par chauffage à 58°-60°, soit avant leur addition au sérum (bacille pesteux), soit après élimination des dernières traces de sérum (vibrion du choléra, bacille typhique). Nous proposons de désigner ces microbes, traités par du sérum et tués par la chaleur, sous le nom de *vaccins*.

Le vaccin antipesteux ainsi obtenu est dépourvu de toute action toxique, et son injection ne détermine aucun symptôme morbide; les souris auxquelles on l'injecte deviennent, au bout de quarante-huit heures, réfractaires à l'inoculation de doses mortelles de bacilles pesteux, et cette immunité subsiste encore après deux mois; quand l'infection a lieu dans les deux premiers jours qui suivent la vaccination, la survie, sans être jamais définitive, est plus longue que chez les témoins. Quant aux vaccins anticholérique et antityphique, ils confèrent, dès le lendemain de leur injection, une immunité que l'on peut encore constater après huit semaines.

Sur les leucomaïnes diabétogènes.

MM. R. Lépine et **Boulud.** — Tandis que l'injection sous-cutanée de l'extrait de 30 grammes environ de sang d'un chien asphyxié produit chez un cobaye de moyenne taille une glycosurie pouvant durer plusieurs jours (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 83), l'extrait de la même quantité de sang n'est pas diabétogène, si, avant l'asphyxie, on a faradisé les nerfs du pancréas.

L'extrait de sang de chien, recueilli quelques heures après l'ablation du pancréas, est fortement diabétogène. Il ne l'est pas si, à l'ablation du pancréas, on a ajouté l'électrisation du bout central du sciatique.

L'extrait de sang de plusieurs pneumoniques s'est montré diabétogène; celui d'un urémique ne l'a pas été.

La substance diabétogène est localisée dans le sérum, à l'exclusion des globules rouges; ainsi que nous l'avons déjà dit, elle est cristallisable.

MM. Toulouse et **Vaschide** adressent une note relative à une *nouvelle méthode pour la mesure de la sensibilité musculaire.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juin 1902.

A propos du sérum de Trunecek.

M. P. Teissier. — La communication faite par M. Merklen dans la dernière séance me donne l'occasion de vous exposer quelques faits concernant l'étude de la pression artérielle chez les sujets traités par le sérum de Trunecek.

J'ai démontré avec M. L. Lévi (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 29) que, chez un certain nombre de patients — plus particulièrement chez ceux qui sont porteurs de ces lésions cardiaques, artérielles ou rénales, confondues dans le cadre si indéterminé de l'artériosclérose —, les solutions salines hypertoniques exercent une action dépressive momentanée sur la pression artérielle: l'abaissement de la pression, mesurée au moyen du sphygmomanomètre de Potain, a varié, chez nos malades, de 2 à 7 centimètres de mercure.

Je ne veux pas discuter aujourd'hui la valeur de cette hypotension. Qu'elle soit un effet simultané et non la cause des améliorations obtenues, ou qu'elle puisse, au contraire, agir sur la circulation générale ou sur les circulations locales et contribuer ainsi à l'amélioration des symptômes, il est sage de ne rien affirmer, car ce ne sont là, jusqu'à présent, que des hypothèses. Il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre de faits plaident en faveur des relations étroites existant entre les variations de la pression artérielle et les modifications symptomatiques observées : d'abord la constatation de MM. Lévi et Bonnier, relative à l'amélioration de l'acuité auditive coïncidant avec une diminution de la pression sanguine au niveau des vaisseaux du labyrinthe; ensuite ce que nous savons de l'apparition de certains accidents en cas d'élévation de la pression artérielle, de leur disparition lors de l'abaissement de cette pression, etc.

Si je reviens sur cet abaissement de la pression après injection de sérum de Trunecek, c'est qu'on a prétendu que les solutions salines, considérées autrefois comme hypertensives, ne pouvaient raisonnablement être aujourd'hui hypotensives; ensuite que cette hypotension n'était qu'une illusion reposant sur l'emploi d'instruments défectueux, le sphygmomanomètre de Potain en particulier. Je réponds à la première objection que les avis sont présentement très partagés quant à l'effet réel des solutions salines sur la pression artérielle. Sans parler des recherches de MM. Hallion et Lévi établissant l'action hypotensive du sérum de Trunecek sur les animaux, les expériences de M. Munzer concluent à l'effet dépressif des solutions salines hypertoniques, et la lecture des graphiques de M. Mayer — lequel attribue une influence hypotensive immédiate à ces mêmes solutions hypertoniques — montre que l'hypotension se produit en dehors des moments qui précèdent la mort.

Pour ce qui est de la seconde objection, je dirai que je n'ai pas à défendre le sphygmomanomètre de Potain. Répondant par avance aux critiques qui pouvaient se produire après sa mort, Potain lui-même a pris soin d'exposer, avec sa conscience et sa rigueur habituelles, les avantages et les inconvénients de cet instrument, considéré actuellement encore par nombre de physiologistes et de cliniciens compétents comme le plus sûr, le plus simple et le plus pratique des sphygmomanomètres connus. Pour le considérer également comme tel, je ne me permettrai point d'invoquer mon expérience personnelle, mais simplement ce fait que, jusqu'à présent, je ne l'ai entendu critiquer que par ceux-là seulement qui ne savaient pas s'en servir.

M. L. Lévi présente une série de malades qui étaient atteints de céphalée, de bourdonnements d'oreille avec ou sans surdité, de fourmillements et de parésie dans les membres avec insomnie, etc., en un mot d'accidents variés reconnaissant tous pour cause une insuffisance de la circulation artérielle, et qui ont été très améliorés ou guéris au moyen du sérum de Trunecek; certains de ces résultats persistent depuis cinq à dix mois, ce qui prouve que les effets de ce sérum ne sont pas seulement passagers. Ce médicament a été administré soit par la voie sous-cutanée, soit par la voie rectale (de 5 c.c. à 40 c.c. de sérum pur, sans addition d'eau), soit enfin par ingestion. Pour ce dernier mode d'administration, l'orateur prescrit une poudre ainsi composée : chlorure de sodium 10 grammes, sulfate de soude 1 gramme, phosphate de chaux 0 gr. 40 centigr., phosphate de magnésie 0 gr. 40 centigr., carbonate de soude 0 gr. 40 centigr., phosphate de soude 0 gr. 30 centigrammes; à diviser en 12 cachets. On donne un cachet par jour pour commencer, puis 2 et 3 s'il n'y a pas de phénomènes d'intolérance; la durée de la cure est habituellement de quinze jours ou trois semaines.

Maladie de Raynaud de nature hystérique, guérie par suggestion indirecte.

M. Souques montre un homme de vingt-sept ans qui, depuis une quinzaine d'années — à la suite de plaies rebelles des deux mains —, présentait plusieurs fois par jour des crises d'asphyxie locale des extrémités, localisées parfois à une main, parfois aux deux. Ces crises, habituellement provoquées par la sensation de froid, s'accompagnaient d'anesthésie et de vives douleurs. Pendant les paroxysmes, la température locale s'abaissait de 1° à 5°.

L'examen de ce sujet ayant démontré l'existence de plusieurs stigmates d'hystérie, on lui prescrivit une pilule de bleu de méthylène, en lui disant que la coloration bleue de ses mains allait passer dans ses urines : à partir de ce moment, la coloration et la température des extrémités restèrent normales.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 31 mai et 7 juin 1902.

Sur la leucocytose dans la cholémie expérimentale.

MM. Gilbert et **Herscher.** — On considère généralement comme nulle l'action de la bile sur les globules blancs. La leucocytose que l'on observe fréquemment dans les cas d'ictère a été mise sur le compte de facteurs divers : toxi-infection, réactions variables des organes hématopoiétiques sous l'influence de la cause même de l'ictère, etc.

La bile est pourtant un liquide toxique, et, *a priori*, on peut supposer qu'elle doit se comporter comme les autres poisons, c'est-à-dire déterminer une leucocytose plus ou moins marquée quand elle pénètre dans la circulation.

Pour trancher cette question, nous avons eu recours à la méthode expérimentale. Nous avons injecté à des chiens : 1° de la bile totale; 2° des sels biliaires; 3° des pigments biliaires. Or, dans tous ces cas, nous avons constaté une augmentation considérable et persistante du nombre des leucocytes. Il s'agit vraisemblablement là d'un processus de défense de l'organisme contre l'empoisonnement biliaire.

Cytologie des hydrocèles.

MM. Barjon et **Cade** (de Lyon). — L'examen histologique du liquide de 12 hydrocèles, dont 4 symptomatiques et 8 idiopathiques ou essentielles, nous a permis de constater : 1° la prédominance des polynucléaires dans les liquides d'hydrocèles à marche aiguë; 2° l'apparition rapide et prédominante des polynucléaires dans une hydrocèle de nature quelconque qui vient d'être ponctionnée avec injection modificatrice consécutive ; 3° une grande rareté des éléments cellulaires dans les hydrocèles essentielles, où prédominent les cellules endothéliales.

Nous avons remarqué, en outre, la présence fréquente de spermatozoïdes dans le liquide des hydrocèles essentielles n'ayant pas été ponctionnées. Ce fait vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui soutiennent que la cause première de ces hydrocèles est la rupture, dans la vaginale, de petits kystes testiculaires ou épididymaires. Si les spermatozoïdes manquent dans les hydrocèles essentielles antérieurement ponctionnées, c'est que les ponctions et les lavages qui les ont suivies ont eu pour résultat de vider la cavité vaginale et d'en chasser les éléments dont il s'agit.

Sur l'action de la sécrétion physiologique du pancréas à l'égard de l'albumine.

MM. C. Delezenne et **A. Frouin**. — Nous avons pu constater que le suc pancréatique des animaux porteurs d'une fistule permanente établie par le procédé d'Heidenhain-Pavlov et recueilli par le cathétérisme du canal de Wirsung ne possède aucune action digestive propre sur l'albumine, quelles que soient les conditions de régime auxquelles sont soumis ces animaux. Mais il suffit d'user de la technique de Pavlov, c'est-à-dire de circonscrire au moyen d'un entonnoir l'orifice du canal et le lambeau de muqueuse intestinale qui l'entoure, pour obtenir chez les mêmes animaux des sucs pancréatiques possédant une action protéolytique très manifeste.

Nous croyons pouvoir rapporter l'activité des sucs pancréatiques recueillis de la sorte à l'adjonction de l'entérokinase sécrétée par le fragment de muqueuse intestinale adjacent à l'orifice du canal; aussi sommes-nous d'avis que, dans les conditions physiologiques, la sécrétion pancréatique est totalement dépourvue d'action protéolytique vis-à-vis de l'albumine. Dès lors il nous paraît nécessaire de reviser complètement les travaux de l'école de Pavlov relatifs à la sécrétion du pancréas.

Etude graphique des oscillations de la tête chez les aortiques et les sujets sains.

MM. Frenkel et **Lafon** (de Toulouse). — On admet généralement que le signe de Musset (oscillations rythmiques de la tête) s'observe exclusivement chez les aortiques. Les recherches que nous avons faites au moyen de la méthode graphique prouvent que ces oscillations sont rigoureusement systoliques. Nous avons en outre constaté qu'elles peuvent également s'observer chez des sujets sains; elles ne sont donc pas pathognomoniques des affections aortiques.

Illusion de mouvement du champ visuel, due à la fatigue des muscles de l'œil.

M. Imbert. — Lorsqu'on fixe un point situé vers la limite supérieure du champ visuel, ce point, après quelques secondes, paraît animé d'un mouvement qui l'entraîne en arrière par rapport à l'observateur.

L'explication de cette illusion me paraît être la suivante : pour fixer un point situé comme il vient d'être dit, on réalise la contraction la plus énergique possible des muscles élévateurs des globes, en particulier des droits supérieurs. Bientôt ces muscles sont atteints par la fatigue, et il faut une contraction neuro-musculaire plus intense pour réaliser le même degré de raccourcissement et maintenir constante la direction des axes visuels. La nécessité de cet accroissement d'excitation nerveuse est dès lors interprétée, indépendamment de la fatigue musculaire locale, comme si le point fixé se déplaçait en arrière, ce qui exigerait, pour que l'image rétinienne de ce point continuât à se former sur la macula, un raccourcissement plus grand des muscles actifs, et, par suite, une contraction neuro-musculaire plus intense.

L'illusion constatée est donc la conséquence de la fatigue des muscles en contraction.

Sur les nerfs trophiques de la cornée.

MM. Berger et **Lœwy**. — Il ressort de nos recherches que les fibres nerveuses qui servent à la nutrition de la cornée quittent en majorité le nerf trijumeau avant le ganglion de Gasser pour se rendre au plexus carotidien et de là, par l'intermédiaire du nerf ophtalmique, aux rameaux lacrymal et sus-trochléaire de ce nerf.

La coïncidence si fréquente de troubles vasomoteurs, dans les cas de kératite neuro-paralytique, est due à ce qu'un processus quelconque lèse en même temps les fibres trophiques du trijumeau et les filets sympathiques du plexus carotidien.

Des mouvements des lymphocytes.

M. Jolly déclare que, d'après ses recherches, les lymphocytes ne sont pas dénués de mouvements, mais que ceux-ci ne sont perceptibles que sur un certain nombre de ces cellules, examinées soit dans le sang normal, soit dans celui des lymphocytémiques, soit enfin dans la lymphe du canal thoracique. Bien que très limités, ces mouvements peuvent cependant suffire, dans quelques cas, à la diapédèse.

MM. Galavielle et **Martin** adressent une note relative à des essais d'immunisation contre le virus de la rage des rues avec des cerveaux de lapins, ayant perdu leur virulence par un séjour prolongé dans la glycérine.

MM. Nicloux et **Van Vyve** envoient une note concernant la *teneur du sang en fer chez le nouveau-né*.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 5 juin 1902.

Traitement du mycosis fongoïde par le cacodylate de soude.

M. Gastou présente un homme atteint d'un mycosis fongoïde dont les éléments sont circinés, les uns plats, les autres saillants. On remarque des foyers suppuratifs au centre des plaques saillantes. Ce malade est soumis depuis quelque temps à des injections de cacodylate de soude à la dose de 0 gr. 05 centigr. par jour.

M. Leredde. — Le traitement employé me paraît être le meilleur, le cacodylate de soude ayant donné des résultats encourageants à différents dermatologistes. Dans un cas que j'ai traité avec M. Brocq, nous avons obtenu une amélioration sensible en faisant usage de ce sel à des doses progressivement élevées jusqu'à 0 gr. 30 et même 0 gr. 40 centigr. par jour.

M. Brocq. — Dans cette affection, pour laquelle on ne connaît pas actuellement de traitement curatif, il faut se contenter de recourir à la médication arsenicale à haute dose, celle par le cacodylate de soude, par exemple, qui dans nombre de cas enraie la maladie et donne des améliorations durables. On pratique des injections quotidiennes pendant dix à quinze jours de suite, puis on interrompt le traitement durant un laps de temps égal, pour le reprendre ensuite. Il est souvent nécessaire, pour obtenir un résultat satisfaisant, d'élever les doses jusqu'à 0 gr. 30 et 0 gr. 40 centigr. *pro die*, comme M. Leredde vient de le dire.

M. Hallopeau. — Il ne faut pas perdre de vue que le mycosis fongoïde peut présenter des périodes de régression spontanée, en dehors de toute médication. Il convient donc de faire quelques réserves à propos des succès qu'a paru donner le cacodylate de soude contre cette affection.

M. Leredde. — Les améliorations obtenues à la suite de l'administration de ce médicament ont été observées trop fréquemment pour qu'il y ait là une simple coïncidence. Dans le cas que M. Brocq et moi avons traité ensemble, la régression a immédiatement suivi l'administration du cacodylate.

M. Wickham. — Je soigne depuis trois ans un malade qui, tous les deux ou trois mois, a une poussée éruptive de mycosis fongoïde; celle-ci disparaît régulièrement après une série d'injections de cacodylate de soude à des doses variant de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 centigr.

Pelade guérie à la suite de l'ablation de dents malades.

M. Jacquet. — Le malade que voici était atteint, depuis un an, de névralgie faciale bilatérale avec maximum à gauche. Il y a sept mois, survint chez lui une pelade de la région temporo-occipitale gauche.

Le 22 avril, au moment où cet homme vint me consulter, sa plaque de pelade ne portait plus un seul poil, bien qu'il eût été déjà traité par nombre de dermatologistes distingués. Je constatai qu'il avait une molaire cariée à droite et deux à gauche, et je lui conseillai de les faire soigner, pensant que là se trouvait le point de départ de sa pelade aussi bien que de sa névralgie. Pendant quelque temps, il ne tint pas compte de ma recommandation et se contenta, sans aucun succès d'ailleurs, de pratiquer des frictions excitantes au niveau de la lésion. Mais trois jours après qu'il se fût décidé à faire arracher deux de ses dents malades et plomber la troisième, il vit disparaître sa névralgie. Au bout d'une semaine les cheveux recommençaient à pousser au niveau de la plaque peladique, qui est actuellement entièrement recouverte.

M. Galippe. — Sans vouloir faire la critique de la théorie de l'origine dentaire proposée pour certaines pelades par M. Jacquet, je crois utile de signaler que, jusqu'à présent, aucun dentiste n'avait été frappé de la coïncidence de la pelade avec des lésions dentaires. Pour ma part, je n'ai pas observé un seul cas de pelade dans ma clientèle.

M. Brocq. — Au fait que vient de relater M. Jacquet, je joindrai le suivant. Une petite malade entre dans mon service il y a deux mois avec une pelade reconnue par M. Jacquet comme d'origine dentaire. On ne s'occupe pas de sa mâchoire pendant les trois premières semaines, et les plaques de pelade s'accroissent sensiblement. A ce moment, toutes les dents cariées sont soignées : dès lors il ne se produit plus de plaque nouvelle et nous constatons une repousse indubitable au niveau des plaques anciennes.

Psoriasis d'origine émotive.

M. Balzer. — Le malade que je vous présente a eu autrefois des crises nerveuses à plusieurs reprises, mais n'avait jamais été atteint de psoriasis jusqu'au commencement du mois dernier. Le 5 mai, sa petite fille tomba devant lui sous les roues d'un tramway; il n'eut que le temps de se précipiter et la releva intacte, au moment où elle allait être écrasée. Il rentra chez lui et fut obligé de s'aliter avec de la fièvre et du tremblement; le lendemain apparaissaient sur ses bras quelques papules de psoriasis, qui ne tardèrent pas à se généraliser.

M. Brocq. — L'origine émotive de certains cas de psoriasis est indubitable. J'ai soigné il y a deux ans une femme qui, en rentrant du théâtre, trouva son enfant mort dans des conditions tragiques; trois ou quatre jours après, cette femme présentait une éruption généralisée de psoriasis.

M. G. Baudouin. — Il n'est pas rare à la consultation de Saint-Louis, où l'on observe un si grand nombre de cas de psoriasis, d'entendre les malades attribuer leur éruption à un choc émotif.

Sur divers modes de traitement du lupus.

M. Danlos. — Voici trois femmes atteintes de lupus étendus de la face, qui ont été traitées par des méthodes différentes.

La première a subi 232 séances de photothérapie et, cependant, vous voyez que, si elle a pu être légèrement améliorée, elle est bien loin d'être guérie. J'essaie actuellement chez elle des applications de radium et je la présenterai de nouveau dans la prochaine séance.

La seconde a été traitée par le procédé des couples et est absolument guérie de son lupus du côté droit; mais de l'autre côté se sont formés quelques petits nodules de récidive.

La troisième est guérie depuis deux ans et demi sans qu'il se soit produit aucune récidive. J'ai pratiqué chez elle le grattage des lésions, sous le chloroforme, et j'ai fait ensuite des applications de chlorure de zinc. J'ai pu, par le même moyen, déterminer la cicatrisation de nombreuses ulcérations tuberculeuses qu'elle portait aux jambes.

Teigne faveuse traitée par les rayons de Röntgen.

M. Gastou présente, au nom de M. Vieira (de Porto) et au sien, un garçon de seize ans et demi, qui était atteint de teigne faveuse depuis quatorze années. Ce malade a été traité par des applications de rayons X, suivant la méthode que M. Schiff (de Vienne) emploie dans les affections du cuir chevelu : les séances durent dix minutes avec 15 centimètres d'étincelles équivalentes, 5 ampères et 25 volts; l'ampoule est maintenue à 20 centimètres du point à traiter. On obtient ainsi la déglabration du cuir chevelu au bout de 11 séances seulement; la chute des cheveux est précédée d'un léger érythème. Chez le malade présenté par M. Gastou, le favus a guéri de cette façon : on constate la repousse des cheveux sur tous les points antérieurement atteints.

M. Brocq. — Je ferai remarquer que, si parfois — comme dans le cas actuel — les rayons de Röntgen ne déterminent qu'une chute de cheveux passagère, dans d'autres cas la dépilation est définitive. Il importe donc de bien établir la technique à suivre pour obtenir sûrement l'un ou l'autre résultat.

M. Gastou. — D'après M. Schiff, la question d'ampérage et de voltage serait capitale dans l'espèce.

Paralysie faciale syphilitique précoce.

M. Balzer montre un homme présentant une paralysie faciale qui s'est développée au début d'une syphilis (le chancre remonte au mois d'avril dernier). L'orateur cite un autre cas où la même complication apparut deux ou trois semaines seulement après l'éclosion du chancre infectant.

Ces paralysies faciales du début de la syphilis sont peu fréquentes; elles sont bénignes et ne semblent pas comporter d'aggravation du pronostic pour l'avenir. Il n'en est pas de même de celles qui surviennent au cours de la période tertiaire de la maladie.

L'eau oxygénée contre la pyodermite.

M. Hallopeau présente une jeune fille atteinte d'une pyodermite de la main traitée sans succès, depuis cinq ans, par les méthodes les plus variées, et qui a complètement guéri à la suite d'applications d'eau oxygénée à 12 volumes, étendue de deux parties d'eau.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 14 et 28 mai 1902.

L'inflammation aiguë de l'amygdale pharyngée.

M. H. Beckmann décrit comme entité pathologique l'inflammation aiguë de l'amygdale de Luschka, se traduisant par l'hypertrophie de cet organe, avec obstruction du naso-pharynx, dépôt de muco-pus, etc., tableau morbide qui rappelle celui de l'angine lacunaire. Ce processus inflammatoire peut se propager au nez, et entraîner l'empyème des cavités accessoires, ou à l'oreille.

Dans une série de cas de rhumatisme articulaire récidivant, avec intégrité des amygdales palatines, l'orateur a vu l'extirpation de la glande de Luschka enflammée mettre fin à la reproduction des accidents articulaires, et pour nombre d'autres maladies infectieuses l'amygdale pharyngée lui paraît jouer un rôle plus ou moins analogue; en ce qui concerne notamment la tuberculose pulmonaire, les bacilles provenant de l'amygdale de Luschka sont entraînés par le courant lymphatique et, si les ganglions sont insuffisants pour les arrêter — condition qui se trouve réalisée par l'involution ganglionnaire qui marque la puberté —, ces microbes peuvent arriver jusqu'aux poumons.

Pour ce qui est du traitement de l'inflammation de l'amygdale pharyngée, il faut, si l'usage de poudres à priser, de gargarismes, etc., reste inefficace, en arriver à l'ablation, qui doit être poussée jusqu'au fibro-cartilage basilaire.

Le traitement du pied bot chez les enfants de moins d'un an.

M. von Oettingen préconise, pour la cure non sanglante du pied bot pendant la première année de la vie, le procédé suivant : après redressement complet du pied bot — manœuvre qui est facilitée par la flexion de la jambe sur la cuisse, et qui ne nécessite ni l'anesthésie ni la ténotomie du tendon d'Achille —, on badigeonne le pied avec une solution de résine dans l'alcool, puis on l'entoure de dedans en dehors d'une bande dont on conduit ensuite le chef vers la partie moyenne de la cuisse, où on le fixe avec le même liquide; ensuite on continue à enrouler la bande, en descendant, tout autour du membre inférieur jusqu'au pied, d'où l'on remonte directement à la cuisse, et l'on fait successivement plusieurs applications semblables, mais en ayant soin de laisser à découvert le creux poplité pour éviter les troubles circulatoires. Ce bandage est renouvelé chaque semaine pendant un mois et demi environ; comme traitement ultérieur, il suffit de faire porter pendant la nuit une large bande de caoutchouc.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 2 juin 1902.

Maladie d'Addison à évolution rapide.

M. Gutmann présente, au nom de M. Litten et au sien, les pièces provenant de l'autopsie d'une femme de vingt-trois ans qui entra à l'hôpital pour une « jaunisse » datant de trois semaines et accompagnée de diarrhée. Les téguments avaient une teinte d'un jaune brun, notamment au niveau du cou, de l'abdomen et des organes génitaux; l'amaigrissement était considérable; quant à la diarrhée, après s'être améliorée durant quelques jours, elle était redevenue très abondante; la patiente succomba le lendemain de son admission. L'autopsie fit découvrir des lésions des deux capsules surrénales, dont la surface était bosselée et dont la substance, presque entièrement détruite, était remplacée par des noyaux caséeux entourés de tissu conjonctif; bien qu'on n'ait pu déceler dans ces formations de bacilles de Koch, leur nature tuberculeuse paraît vraisemblable; il existait des altérations tuberculeuses discrètes au sommet des deux poumons; enfin tout l'intestin était le siège d'une entérite folliculaire.

M. Max Wolff demande si l'on a fait l'examen du ganglion solaire : dans un cas de maladie d'Addison, il a trouvé un épaississement notable de ce ganglion. Quant à la diarrhée, elle est fréquente dans cette affection.

M. Jastrowitz déclare, comme M. Max Wolff, que la diarrhée a souvent été signalée chez les addisoniens; elle est parfois assez intense pour entraîner la mort. On peut se demander si les lésions intestinales qui existaient chez la patiente de M. Gutmann n'étaient pas en relation étiologique avec la maladie d'Addison.

M. Litten fait observer que la particularité la plus intéressante, dans ce fait, est la rapide évolution des troubles qui ont abouti à l'issue fatale en trois semaines; il est, en outre, remarquable que la diarrhée, après avoir rétrocédé, soit redevenue extrêmement abondante.

Sur la cause des réactions colorantes du bacille de la tuberculose.

M. H. Aronson (de Charlottenbourg) expose le résultat de ses recherches, d'après lesquelles la résistance qu'opposent à la décoloration par les acides les bacilles de Koch teints par la fuchsine phéniquée provient de la présence, dans ces microorganismes, non pas de chitine, comme l'a naguère soutenu M. Helbing (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 187), mais bien de substances cireuses, ou plus exactement des alcools supérieurs entrant dans la constitution de ces substances.

Ce fait a une certaine importance pratique, au point de vue de la mise en évidence des bacilles tuberculeux dans les coupes histologiques; en effet, les méthodes usuelles d'inclusion des pièces destinées à l'examen microscopique (celloïdine ou paraffine) exigent l'emploi de liquides comme l'éther, le xylol, le chloroforme, aptes à dissoudre la cire; il en résulte que ces manipulations peuvent faire perdre aux bacilles de Koch leurs réactions colorantes caractéristiques; aussi l'orateur conseille-t-il de recourir plutôt, en pareille occurrence, au procédé des coupes par congélation.

En terminant, M. Aronson fait observer qu'on n'a pu encore isoler chimiquement le poison du bacille tuberculeux, car on ne saurait considérer comme tel la tuberculine qui, sans effet sur l'organisme sain, agit seulement sur l'organisme tuberculisé. Cependant, ce poison existe incontestablement, puisque l'inoculation sous-cutanée, à des cobayes sains, de faibles doses de bacilles de Koch tués, entraîne un marasme progressif aboutissant à la mort.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 7 juin 1902.

Sur l'absorption par l'intestin de substances insolubles dans l'eau.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. L. Hofbauer** a rendu compte d'expériences qu'il a faites pour savoir si les substances solubles dans l'eau étaient seules capables d'être absorbées par l'intestin. L'orateur a nourri des chiens au moyen de graisse colorée avec du rouge d'alcanna, substance soluble dans l'huile, mais complètement insoluble dans l'eau. Les animaux ayant été sacrifiés en pleine période digestive, on trouva la muqueuse intestinale infiltrée de globules graisseux teints en rouge. L'absorption avait donc eu lieu malgré l'insolubilité de ces globules dans l'eau; une faible partie d'entre eux seulement avaient été saponifiés avant leur absorption.

De la distribution des vaisseaux dans la rate.

M. K. Helly dit que, d'après ses recherches, il existe dans la rate un réseau vasculaire complètement fermé. Les artères pénètrent dans l'épaisseur du parenchyme splénique avec le tissu conjonctif, s'entourent d'une gaine lymphatique, se ramifient ensuite sous forme de pinceau et constituent en grande partie les corpuscules de Malpighi. Les ramifications capillaires de ces artères s'abouchent à angle aigu dans les ramifications du système veineux; leurs parois permettent le passage des érythrocytes et des substances solubles.

D'après l'orateur, une des fonctions de la rate serait d'éliminer les éléments étrangers qui sont mélangés au sang, les érythrocytes nécrosés, par exemple, et de les faire passer dans les espaces périvasculaires. La rate n'en reste pas moins un lieu de production des leucocytes, et à ce point de vue on peut l'assimiler à une véritable masse ganglionnaire lymphatique.

M. R. Kraus fait observer que la perméabilité des vaisseaux varie avec chaque organe et avec la nature des substances charriées par le sang : c'est ainsi que les bactéries, qui traversent facilement les vaisseaux de l'uretère, des reins et du foie, ne passent que très difficilement à travers les parois des vaisseaux du pancréas et des glandes salivaires. Par contre, on sait que le virus rabique ne traverse pas les vaisseaux hépatiques et rénaux.

Tumeur développée aux dépens d'un corps de Zuckerkandl.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Stangl** a présenté un homme de vingt-trois ans, qui était atteint d'une tumeur rétropéritonéale du volume du poing, ne déterminant du reste aucun accident, et siégeant, comme on l'a constaté au cours de l'opération, au niveau de la bifurcation de l'aorte.

L'examen histologique a démontré que ce néoplasme contenait, outre des cellules géantes, des éléments polymorphes à protoplasma granuleux et à noyau ovalaire, dont le caractère chromaffine semble prouver que cette tumeur s'était développée aux dépens d'un des organes accessoires du grand sympathique, dits « corps de Zuckerkandl » (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 173).

M. Wiesel déclare avoir observé avec M. O. Störk deux tumeurs provenant également de groupes cellulaires chromaffines et siégeant au niveau du pôle supérieur du rein, d'où elles avaient envahi la couche corticale de cet organe.

M. Biedl estime que, pour s'assurer qu'une tumeur, enlevée au cours d'une intervention ou trouvée sur le cadavre, est bien formée de tissu chromaffine, il y aurait lieu d'en injecter une émulsion à des animaux de laboratoire : on sait que l'injection de l'extrait de corps de Zuckerkandl produit une vasoconstriction intense.

M. E. Zuckerkandl fait remarquer que l'on rencontre des cellules chromaffines non seulement le long de la chaîne du sympathique, mais encore dans la substance médullaire du rein, dans le tissu conjonctif rétro-péritonéal, etc. Il n'est donc pas surprenant que des tumeurs à cellules chromaffines s'observent dans ces diverses régions ou organes.

Membrane endolaryngienne congénitale.

M. Fein a montré une femme chez laquelle il existe, entre les deux cordes vocales, une membrane large de 5 millimètres, dont le bord libre est dirigé en avant et se replie en haut pendant la phonation. Cette membrane ne détermine aucune gêne et a été découverte par hasard; aussi l'orateur estime-t-il qu'il n'y a pas lieu d'intervenir, d'autant que, dans un cas analogue, présenté l'année dernière à la Société (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 183), la résection du voile membraneux ayant été pratiquée, on n'a pas pu prévenir, malgré le cathétérisme du larynx, la soudure ultérieure des cordes vocales.

Blessure de la carotide primitive, traitée avec succès par la ligature de ce vaisseau, puis de ses branches de bifurcation.

M. von Eiselsberg a montré un homme de vingt-trois ans qui eut la carotide primitive sectionnée par un instrument piquant. On lia immédiatement ce vaisseau et on pratiqua des injections de sérum artificiel. Peu de temps après survint une hémiplégie du côté opposé à la ligature, puis la plaie recommença à saigner; on lia alors les carotides interne et externe. Depuis cette intervention, l'hémiplégie s'est améliorée, et actuellement — deux mois après la blessure — il n'existe plus qu'un peu de parésie de la face, de la langue, des doigts et des orteils.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la méningomyélite chronique par la suspension et l'emploi du corset plâtré.

Les bons effets obtenus dans le traitement du tabes par la suspension ont engagé M. le docteur S. Personali (de Gênes) à essayer ce procédé contre la méningomyélite chronique, en y associant le port d'un corset plâtré, qui donne, comme on le sait, d'excellents résultats dans les cas de mal de Pott et qu'on a récemment préconisé contre l'ataxie locomotrice et contre la neurasthénie traumatique à forme spinale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 423). Notre confrère compte, d'une part, sur la suspension pour rompre les adhérences entre les méninges et les tissus avoisinants et rétablir une irrigation sanguine suffisante; d'autre part, l'immobilisation du tronc en extension maxima lui paraît devoir maintenir constamment des conditions favorables à l'afflux abondant du sang et consolider de la sorte les effets de la suspension.

M. Personali commence par des séances quotidiennes de suspension, dont la durée, d'abord d'une minute, est progressivement portée, dans l'espace de quatre ou cinq jours, à quatre minutes; cette durée est maintenue pour les dix à douze jours suivants. Pendant la suspension, le tronc du patient étant en extension complète, on applique, d'après le procédé de Sayre, un corset plâtré qui va du sommet des aisselles jusqu'aux crêtes iliaques. Ce premier appareil est laissé en place trois mois, le malade restant au lit et conservant le décubitus horizontal, tout au moins pendant le temps nécessaire à la consolidation parfaite du corset; la défécation devra également se faire dans la position couchée. Ce n'est que vers la fin du troisième mois qu'on permettra au patient d'abord de s'asseoir dans son lit, puis de se lever et de faire quelques pas. On enlève alors l'appareil et, après avoir procédé à une séance de suspension, on en applique un autre, sans que le malade soit, cette fois, tenu de garder constamment la position horizontale. Enfin, ce second appareil plâtré est remplacé, au bout de deux mois, par un corset qu'on confectionne tout simplement avec des bandes de tarlatane forte et qui, par précaution, doit être porté pendant deux à trois mois. La cure est alors terminée.

Il va de soi qu'on tiendra en même temps compte des divers facteurs étiologiques de l'affection et qu'on aura, par exemple, soin d'interdire complètement l'usage de l'alcool. On instituera, en outre, un traitement tonique, et à cet effet notre confrère recommande des injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

Au cours de ces dix dernières années, M. Personali a traité de la sorte 16 cas de méningomyélite chronique : il a obtenu 8 guérisons complètes (tout au moins au point de vue clinique) et 4 améliorations considérables; 2 malades n'ont pas suivi la cure jusqu'au bout; enfin, chez les 2 derniers, on a enregistré un résultat négatif.

Inutile d'ajouter que les méningomyélites de nature syphilitique ne sont pas justiciables de ce traitement et que, d'une façon générale, le procédé en question offre d'autant plus de chances de succès qu'il est appliqué à une période plus précoce de la maladie.

L'occlusion intestinale partielle et son traitement par l'ésérine.

D'après l'expérience de M. le docteur F. A. Packard (de Philadelphie), il existerait une forme particulière d'occlusion intestinale partielle, se traduisant par un météorisme abdominal intense dû à la rétention des gaz, et susceptible d'entraîner des désordres graves du côté de la respiration et de l'activité cardiaque, bien que le malade ait plusieurs selles liquides par jour. La présence d'une anse intestinale en U, contenant des matières fécales fluides, suffirait pour intercepter complètement le passage des gaz toutes les fois que la force péristaltique ne parviendrait pas à chasser la masse stercorale de la première branche de l'U dans la seconde. Si l'on prescrit, en pareille occurrence, des cathartiques, on risque de faire au patient plus de mal que de bien, ces médicaments ayant pour effet d'activer les sécrétions intestinales et d'augmenter de la sorte le contenu du tube digestif et, partant, la résistance à vaincre. Par contre, l'emploi de l'ésérine, que M. le professeur C. von Noorden, médecin de l'hôpital municipal de Francfort-sur-le-Mein, a récemment préconisé contre les accidents relevant de l'atonie intestinale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 352), se montrerait, dans ces conditions, particulièrement efficace.

M. Packard utilise habituellement le salicylate ou le sulfate d'ésérine à la dose de 0 gr. 0004 à 0 gr. 0012 décimilligr., répétée deux fois par jour et, au besoin, toutes les quatre heures. En procédant ainsi, notre confrère a pu obtenir la guérison de cas rebelles d'occlusion intestinale partielle ou de constipation habituelle, dans lesquels les laxatifs usuels, employés antérieurement, n'avaient fait qu'exaspérer les douleurs abdominales, tout en restant sans effet sur le météorisme.

L'injection d'une solution saline dans la veine ombilicale comme moyen de traitement de l'asphyxie du nouveau-né.

On sait que la ligature tardive du cordon ombilical fait bénéficier l'enfant d'une certaine quantité de sang dont il eût été privé par l'interruption artificielle de la circulation fœto-placentaire immédiatement après la naissance. Toutefois, les accoucheurs ne sont pas d'accord sur le mécanisme suivant lequel ce sang pénètre chez le fœtus, les uns invoquant l'aspiration thoracique due aux premières inspirations, tandis que d'autres y voient un effet de la contraction utérine. Un des principaux partisans de cette seconde interprétation, M. le docteur A. Schücking (de Pyrmont), s'est demandé si — étant donné que le nouveau-né supporte sans inconvénient l'exagération de la pression dans la veine ombilicale — il ne conviendrait pas d'utiliser ce vaisseau pour combattre, à l'aide d'injections d'une solution saline appropriée, l'asphyxie du fœtus. Un essai de ce genre fut institué sur un enfant né en état de mort apparente, après une version laborieuse, et chez lequel on pratiqua d'abord, sans le moindre succès, la respiration artificielle d'après le procédé de Schultze. Par contre, l'infusion intraveineuse ne tarda pas à provoquer les mouvements respiratoires et, en soutenant ensuite la respiration au moyen de la méthode de Sylvester, on parvint à sauver l'enfant.

Sans vouloir généraliser la portée de ce fait, et tout en laissant de côté la question du choix de la solution à employer, nous avons cru intéressant d'attirer l'attention sur le principe même de l'utilisation de la veine ombilicale en vue de stimuler l'activité cardiaque et respiratoire chez le fœtus né en état d'asphyxie.

Traitement de la pelade par l'usage interne du phosphore.

Peu satisfait des résultats obtenus dans le traitement de la pelade par les moyens usuels, et attribuant à cette affection une origine purement nerveuse, un médecin russe, M. le docteur V. A. Bialobjesky, a eu l'idée d'essayer de la combattre par le phosphore. Notre confrère ne tarda pas à se convaincre que ce médicament exerce une action des plus favorables sur la repousse des cheveux. C'est ainsi que chez une fillette de douze ans, qui avait auparavant été traitée sans succès, pendant huit mois, par l'arsenic administré par la bouche et en injections sous-cutanées, des cheveux normaux repoussèrent rapidement sous l'influence de la médication phosphorée : ils atteignaient, au cours du troisième mois, plus de 4 centimètres de longueur.

M. Bialobjesky associe habituellement le phosphore à l'arsenic, suivant la formule que voici :

Phosphore .... 0 gr. 06 centigr.

Faire dissoudre dans de l'huile d'olives et ajouter :

Acide arsénieux .... 0 gr. 01 centigr.

F. S. A. 120 pilules. — A prendre : de 1 à 4 pilules par jour.

Cette médication se montrerait naturellement d'autant plus efficace que la pelade serait d'origine plus récente. En général, au bout d'un mois, on ne verrait plus apparaître de nouvelles plaques d'alopécie, et la durée totale du traitement serait de deux à quatre mois. Il est bon, d'ailleurs, d'interrompre la cure deux ou trois fois, durant une huitaine de jours.

Inconvénients de l'emploi des spéculums trop lourds.

Pour mieux assurer l'écartement des parois vaginales et étaler le plus possible la muqueuse de ce conduit au cours des opérations gynécologiques, on a parfois recours à des spéculums pesants ou à des crochets chargés de poids. M. le docteur F. Griffith, chirurgien du Bellevue Dispensary, à New-York, a eu l'occasion de se convaincre que cette pratique est loin d'être exempte d'inconvénients. Appelé à faire un curettage de l'utérus pour avortement provoqué par des manœuvres criminelles, chez une femme âgée de vingt-cinq ans, notre confrère se servit d'un spéculum à irrigation continue, pesant 720 grammes, et qui resta en place pendant toute la durée de l'intervention, c'est-à-dire une demi-heure environ. Les suites opératoires ne présentèrent d'abord rien d'irrégulier; mais, au quatrième jour, les sécrétions devinrent très fétides, et l'examen des organes génitaux montra, au niveau du plancher vaginal, l'existence d'une eschare reproduisant exactement les contours du spéculum. Les pansements à l'eau oxygénée amenèrent la désagrégation de l'eschare, et l'ulcération se cicatrisa au bout d'environ trois semaines.

Ce fait mérite d'autant plus d'être pris en considération qu'il s'agissait ici d'une femme jeune et bien portante, et que, dans des conditions moins favorables, la même cause, en ouvrant la voie à l'infection, pourrait entraîner des conséquences beaucoup plus fâcheuses.

MÉDECINE PRATIQUE

Les accidents de la ponction lombaire et les moyens de les éviter.

La ponction lombaire détermine presque constamment, chez les sujets qui la subissent, des symptômes pénibles, voire même des accidents sérieux. Or, le silence a été tel jusqu'aujourd'hui sur ce point que bien des médecins, dans la pratique desquels cette opération, ou mieux cette méthode d'investigation, n'est pas encore entrée, sont étonnés d'apprendre que la soustraction d'une faible quantité de liquide céphalo-rachidien soit capable de produire quelque dommage. Le fait est pourtant bien réel : la simple ponction lombaire, *indépendamment de toute injection médicamenteuse*, n'est pas une opération inoffensive ; elle est susceptible d'entraîner des accidents, parfois graves. Empressons-nous d'ajouter qu'il est facile de les éviter grâce à certaines précautions.

Nous étudierons successivement, au cours de cet article, les accidents immédiats et les accidents consécutifs de la ponction lombaire, les facteurs qui interviennent dans leur production, enfin les moyens de les prévenir.

I

En ce qui concerne les *accidents immédiats*, nous laisserons de côté les « incidents opératoires », d'ailleurs sans importance, tels que fausse route ou piqûre d'une veine ; mais les vertiges, défaillances, syncopes, ictus apoplectiques, — accidents pour ainsi dire inhérents à l'écoulement du liquide — doivent être retenus ; on a signalé aussi la mort subite.

Le patient, assis sur le bord du lit, faisant le gros dos, et dont le liquide céphalo-rachidien coule goutte à goutte par la tubulure de l'aiguille, est souvent pris, au bout de quelques instants, de *vertiges* ; la tête lui tourne, il a des éblouissements, des tintements d'oreilles ; il s'en plaint et l'on doit interrompre l'écoulement. Chez d'autres, c'est une sensation de *défaillance* pouvant aller jusqu'à la *syncope*, avec ses symptômes cardinaux : pâleur de la face, décoloration des muqueuses, disparition du pouls.

L'accident le plus grave que j'aie vu se produire est un véritable *ictus apoplectique* : il s'agissait d'un jeune homme de vingt-quatre ans, qui présentait, outre une impuissance complète avec légère incontinence d'urine et abolition des réflexes rotuliens, de nombreux symptômes neurasthéniques : céphalée en casque, idées noires, topoalgies. Désireux de savoir ce qui se passait exactement sous le couvert de ces différents troubles, je lui proposai une ponction lombaire qu'il accepta. Je la fis dans mon cabinet, le patient étant à cheval sur une chaise ; j'enlevai exactement 4 c.c. de liquide sans aspiration. L'aiguille était à peine retirée que cet homme, qui n'avait pas encore bougé et n'avait rien vu de l'opération, se plaignit d'un vertige, pâlit et tomba à la renverse du haut de sa chaise en poussant une sorte de rugissement rauque. Il resta trois ou quatre minutes sans connaissance, la respiration stertoreuse, le visage vultueux, les yeux convulsés ; puis insensiblement il revint à lui, l'air hébété, demandant ce qui s'était passé. Il repartit en voiture une heure après, mais conserva pendant une huitaine de jours des nausées, des vertiges et des céphalées. L'accident remonte aujourd'hui à un an et le souvenir de cette ponction est complètement effacé de l'esprit du malade — mais non du mien.

La *mort immédiate*, ou se produisant dans les heures qui suivent la ponction, est un accident que je n'ai heureusement pas encore eu l'occasion d'observer. C'est d'Allemagne qu'en viennent les relations, publiées par Fürbringer, Lichteim, Krönig, etc. On ne s'en étonnera pas si l'on songe que les médecins d'outre-Rhin considèrent comme une dose minime de liquide à extraire, celle de 100 à 150 c.c., au besoin renouvelable, et n'hésitent pas à faire tomber la pression intrarachidienne de 420 à 180 millimètres. Un auteur allemand, expérimentant sur le chien, a montré que de semblables soustractions provoquent dans toute l'étendue du névraxe de sérieuses altérations (lésions de chromatolyse, petits foyers apoplectiques).

II

Voyons maintenant ce qui a trait aux *accidents consécutifs*.

La première journée se passe généralement bien chez le sujet que l'on vient de ponctionner. Il peut même se faire que certains symptômes pénibles, tels que la céphalée, soient améliorés. Mais, le lendemain, le tableau change : *d'une manière constante*, se déclare un *mal de tête* violent, dont l'intensité s'accroît d'heure en heure. C'est un clou frontal enfoncé au niveau de la glabelle, un cercle pesant autour des orbites, un étau qui enserre les tempes. Les yeux en ressentent de la fatigue. Le sommeil est impossible. Le malade, torturé, reste couché dans le décubitus dorsal, seule position supportable ; il ramène ses couvertures sur son visage pour éviter l'éclat du jour. Le moindre mouvement, la station debout particulièrement, exaspèrent la souffrance. Au troisième jour, la céphalée est à son acmé, épouvantable, atroce ; le patient croit qu'il va devenir fou. Elle diminue ensuite progressivement mais lentement, pour s'éteindre au sixième ou au septième jour.

A cette céphalée s'ajoutent fréquemment des *vomissements*. Au moindre mouvement survient une nausée et, sans effort, par simple expuition, comme dans le vomissement cérébral, le malade rejette les aliments qu'il vient d'ingérer.

Le *pouls* s'accélère presque constamment ; il est quelquefois inégal. La *température* peut s'élever à 38° ou 38°5. *Vertiges* et *syncopes* ne sont pas exceptionnels.

Chez certains sujets, les femmes surtout, ces troubles empruntent à l'hystérie une intensité vraiment dramatique et retracent, à s'y méprendre, le tableau de la méningite. Il en fut ainsi chez une jeune femme de vingt-six ans, syphilitique depuis un an et atteinte de céphalée sans lymphocytose céphalo-rachidienne. Le lendemain de la ponction, la céphalée était atroce, arrachait des plaintes continuelles à la malade, s'accompagnait de vertiges, de vomissements incessants ; le pouls était précipité, filiforme ; à chaque instant la patiente défaillait. Le décubitus horizontal était la seule position possible. Une syncope mortelle paraissait imminente : la gravité des symptômes était telle que le chef de service revint à l'hôpital, en dehors de ses jours habituels, pour visiter cette jeune femme. Et pourtant 6 à 7 c.c. seulement de liquide céphalo-rachidien avaient été retirés. Tout rentra dans l'ordre au bout d'une semaine.

Autre fait de même ordre :

Un jeune homme de dix-neuf ans, garçon cuisinier, était sujet depuis quelques mois à des attaques convulsives dont la nature était difficile à déterminer cliniquement. L'hystérie paraissait en jeu ; mais, d'autre part, la polymortalité infantile familiale, certains stigmates dystrophiques faisaient suspecter chez lui l'hérédosyphilis et, par suite, une lésion organique du système nerveux. Ce garçon, malgré ses attaques — d'ailleurs peu fréquentes —, n'avait interrompu à aucun moment sa profession de cuisinier, sauf pendant la durée des crises. Il entra à l'hôpital pour quelques heures, subit une ponction lombaire qui donna un liquide dépourvu d'éléments cellulaires, et repartit chez lui sans souffrir de quoi que ce fût. Le lendemain matin, il était à son ouvrage, quand, vers dix heures, céphalée, vomissements, vertiges devinrent tels qu'il dut se mettre au lit. Il y resta cinq jours et reprit ensuite ses occupations.

Je pourrais multiplier les exemples. Mais cela est inutile, car ils sont tous calqués les uns sur les autres. On est frappé de la similitude de ces manifestations avec celles qui s'observent après la rachicocaïnisation : c'est le même tableau. Il faut donc logiquement en innocenter la cocaïne, si véhémentement incriminée, pour en charger, au contraire, non pas même, avec M. Guinard, l'eau qui sert de dissolvant et troublerait l'équilibre osmotique du liquide céphalo-rachidien, mais la simple ponction.

III

Les accidents que nous venons de signaler ne s'observent pas avec une égale fréquence. Il y a à cet égard de notables différences qui tiennent à *divers facteurs* que nous allons passer en revue.

Certains malades ne les présentent pas ou ne les présentent qu'à un faible degré. Ce sont ceux qui sont déjà atteints d'une lésion cérébrale grave : fracture du crâne, méningite, hémorrhagie cérébrale, etc., toutes affections auprès desquelles la ponction lombaire est un épiphénomène bien anodin, quoique certains de leurs symptômes puissent être aggravés.

Les paralytiques généraux et les tabétiques offrent aussi une tolérance réellement remarquable à l'égard de la ponction lombaire : la soustraction de plusieurs centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien les laisse absolument indifférents. Cela n'étonnera pas si l'on se souvient de leurs analgésies viscérales : il s'agit vraisemblablement d'une analgésie cérébrale comparable à l'analgésie testiculaire ou trachéale ; ils subissent la ponction lombaire avec la même indifférence que l'injection de calomel, si douloureuse aux autres malades.

Les individus qui ont de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien supportent mieux la lomboponction que les autres ; les accidents sont, chez eux, moins fréquents et moins intenses.

Par contre, on remarque que les troubles en question sont la règle chez les sujets à tension normale ou à hypotension. Leur gravité est proportionnelle à la quantité de liquide extrait, et à la rapidité avec laquelle l'écoulement a été provoqué. C'est surtout quand on a aidé, par aspiration à la seringue, l'issue du liquide, lent à venir, qu'on voit se produire les accidents les plus pénibles et les plus sérieux : il y avait eu aspiration à la seringue chez cette jeune femme qui présenta des symptômes méningitiques tels qu'on la crut perdue.

Le déséquilibre de la tension osmotique et de la pression du liquide céphalo-rachidien, voilà les principaux facteurs des divers accidents que nous venons d'énumérer. Ceci nous explique les bons résultats obtenus par M. Guinard qui pratique la rachicocaïnisation en utilisant, comme véhicule de la cocaïne, le liquide céphalo-rachidien extrait par une ponction préalable (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 227).

IV

Des considérations précédentes dérivent naturellement les *précautions* à prendre lorsqu'on fait une ponction lombaire dans un but explorateur :

Laisser couler le liquide spontanément et ne jamais l'aspirer. L'aspiration ne sera permise que pour quelques gouttes, les premières, lorsqu'elles seront hésitantes à venir ; on laissera ensuite l'écoulement se faire naturellement par la tubulure de l'aiguille. Celle-ci sera choisie de petit calibre, de manière que le débit soit médiocre ; à plus forte raison devra-t-on rejeter l'emploi du trocart ;

Ne retirer que 1 ou 2 c.c. de liquide céphalo-rachidien, quantité amplement suffisante pour les examens cytoscopique, bactériologique et cryoscopique ;

Suspendre l'opération à la moindre plainte du malade ;

Dans tous les cas, laisser celui-ci étendu pendant trois ou quatre heures après la ponction.

En prenant ces précautions, on évitera la plupart du temps les accidents — sérieux du moins, car il y a presque toujours une légère céphalée consécutive — et on ne songera jamais à se priver d'une méthode d'exploration aussi précieuse. Quant aux accidents déjà déclarés, leur meilleur, pour ne pas dire leur seul traitement, le repos au lit, dans le décubitus horizontal le plus complet. Pour les cas graves, la position inclinée, tête plus basse que les pieds, serait, sans doute, un excellent moyen, à joindre aux injections d'éther et de caféine. Ajoutons que l'antipyrine n'a jamais donné que des résultats médiocres contre la céphalée.

Dr G. MILIAN,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1902.

Sur la pyroplasmose du chien.

M. Nocard. — Je viens d'étudier avec M. le professeur Motas (de Bucharest) la pyroplasmose du chien, maladie à hématozoaires qui est transmise à cet animal par la piqûre d'une espèce d'ixode ou tique.

Cette affection se manifeste par de la fièvre, de la tristesse, de la prostration, de l'hémoglobinurie ou de l'ictère et entraîne la mort en quelques jours, au moins dans sa forme grave. La forme légère se traduit seulement par une anémie profonde et par de la faiblesse musculaire et guérit, en général, au bout de deux ou trois mois.

L'examen du sang donne l'explication des symptômes observés : le nombre des globules rouges a subi une diminution considérable; un certain nombre d'entre eux contiennent un ou plusieurs parasites semblables à ceux qui ont été trouvés, dans le sang des animaux atteints de fièvre du Texas, par Smith et Kilborn.

La maladie est transmissible par injection, dans les veines ou le tissu cellulaire, du sang contenant le parasite.

Les chiens qui guérissent sont réfractaires à la pyroplasmose et cette immunité persiste toute la vie. Quant au mécanisme de la guérison, il ne diffère pas de celui des maladies microbiennes et consiste dans un processus de phagocytose; seulement, tandis que dans ces dernières affections la phagocytose est l'œuvre exclusive des grands mononucléaires, dans la pyroplasmose elle s'exerce surtout par les leucocytes polynucléaires.

Le sérum des animaux guéris possède la propriété de détruire *in vitro* le pyroplasma ou d'empêcher son action infectante; on peut donc le comparer à ce point de vue aux sérums bactéricides, d'autant plus que, comme ceux-ci, il est rendu inactif par le chauffage à 56°-57°.

Le sérum des chiens guéris possède également une action préventive; injecté à fortes doses, de douze à vingt-quatre heures avant l'inoculation du virus pur, il retarde ou empêche la mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 4 et 11 juin 1902.

Accidents d'intoxication hydatique consécutifs à une opération de kyste hydatique du foie.

M. Lejars. — J'ai opéré récemment un homme atteint d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie — kyste sans complications, indolent et gênant seulement en raison de son volume — par le procédé suivant : après incision de la paroi abdominale et mise à nu de la poche kystique, je ponctionnai cette dernière, puis, l'écoulement se faisant mal, je l'incisai, non sans avoir pris les précautions d'isolement les plus minutieuses, au moyen d'un lit de compresses; l'intervention fut terminée par l'ablation de la membrane mère, qui se détacha en bloc, la résection d'un segment de la paroi fibreuse et la réunion pure et simple, sans capitonnage. La première journée se passa fort bien, mais dès le soir du second jour mon opéré était pâle; le lendemain matin, sa pâleur et son abattement étaient considérables, son pouls battait à 120, et il avait un vomissement verdâtre. Ces accidents s'aggravèrent jusqu'au soir; le pansement ayant été enlevé, on constata que la plaie avait un aspect excellent, sans trace de suintement. Sous l'influence d'injections de sérum artificiel, l'état de cet homme ne tarda pas à s'améliorer et deux jours plus tard tout était rentré dans l'ordre.

Je crois qu'on ne peut attribuer ces phénomènes, si inquiétants mais passagers, qu'à l'intoxication hydatique.

M. Quénu. — On pourrait aussi songer à une hémorrhagie intra-kystique : j'en ai observé un cas chez un malade opéré par la méthode dont M. Lejars s'est servi; mais j'avais pris la précaution de fixer la poche à la paroi et de mettre un drain d'attente contre cette paroi, ce qui me permit de constater un suintement sanguin au niveau de l'incision; je rouvris la poche que je trouvai pleine de sang; j'eus beaucoup de peine à arrêter cette hémorrhagie.

M. Ricard. — Après une extirpation de kyste du foie sans capitonnage ni suture du kyste, j'ai observé des phénomènes bizarres rappelant une septicémie (élévation de température, pâleur des téguments, troubles digestifs, etc.); rien dans ce cas ne m'autorisant à incriminer une suppuration, il m'a paru s'agir d'une sorte d'infection sans urticaire, comme chez le malade de M. Lejars.

M. Potherat. — Je préfère l'hypothèse d'hémorrhagie, émise par M. Quénu, à celle d'intoxication que propose M. Lejars, car, dans tous les cas d'intoxication hydatique que j'ai observés, il s'est produit une élévation de la température avec urticaire secondaire.

M. Lejars. — C'est à l'hémorrhagie que j'ai pensé tout d'abord chez mon malade; mais l'absence de toute matité dans la zone sous-hépatique et les fosses iliaques m'a fait écarter ce diagnostic.

M. Quénu. — On pourrait encore admettre dans ce cas la rupture de canaux biliaires déversant dans la poche des produits septiques, comme j'en ai observé un exemple.

M. Delbet. — Je puis vous citer un fait superposable à celui de M. Lejars : une vieille femme que j'avais opérée d'un kyste du foie, par le capitonnage avec suture et réduction, tomba, le jour même de l'intervention, dans un état comateux avec pouls très faible; je portai le diagnostic d'intoxication, et, de fait, le lendemain les accidents avaient pris fin; de plus, l'absence d'hémorrhagie fut constatée à l'ouverture du ventre, que je dus faire cinq jours plus tard, cette femme ayant fait éclater sa suture abdominale dans une violente quinte de toux.

M. Tuffier. — J'ai observé deux fois des accidents graves d'intoxication après opération d'un kyste hydatique du foie; dans un de ces cas, j'avais fait la marsupialisation, de sorte que j'ai pu m'assurer *de visu*, en enlevant le pansement, qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie.

De l'appendicite gangreneuse.

M. Quénu. — A la suite de ma communication sur le diagnostic des formes gangreneuses de l'appendicite, M. Walther a relaté l'observation d'une fillette qui ne présentait qu'une douleur très localisée et pas très intense au niveau du point de McBurney, et chez laquelle la laparotomie a cependant révélé une gangrène de l'appendice (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 172). Je crois que ce fait n'infirme en rien la valeur de ceux que je vous ai fait connaître; en effet, la petite malade n'a été examinée par notre collègue que quarante-huit heures après le début de la crise, alors qu'elle était en proie à la stupeur. Or nous savons que, non seulement dans les septicémies péritonéales, mais encore dans les péritonites graves, dans les phlegmons gangreneux des membres, etc., à une période de douleur vive et diffuse, parfois très courte, succède un endolorissement général, voire même une sorte d'anesthésie; et dans le cas particulier de l'appendicite ce fait est bien connu : c'est l'« accalmie traîtresse » de M. Dieulafoy. Aussi suis-je d'avis que si le signe d'appendicite gangreneuse sur lequel je voulais attirer votre attention — à savoir la diffusion de la douleur — a une valeur sémiologique, ce ne peut être que dans les vingt ou vingt-quatre premières heures.

M. Broca. — J'ai opéré récemment un enfant qui avait peu souffert ; il avait pu venir à pied à l'hôpital trois jours auparavant; et cependant j'ai trouvé l'appendice gangrené baignant dans le pus d'un abcès pelvien supérieur.

M. Quénu. — Je n'ai jamais dit que la douleur dût être intense pour qu'on pût penser à l'appendicite gangreneuse, j'ai dit seulement qu'elle devait être diffuse et précoce.

Exstrophie acquise de la vessie, par les voies naturelles.

M. Picqué. — J'ai eu l'occasion d'observer une femme chez laquelle, une quinzaine de jours environ après que M. Guinard eût fait l'ablation d'un épithélioma du méat urinaire ayant intéressé le canal de l'urèthre, apparut une petite tumeur faisant saillie au niveau du vestibule. Cette tumeur augmenta rapidement de volume; d'abord réductible dans le décubitus horizontal, elle devint bientôt irréductible; l'incontinence d'urine était absolue.

Quand j'ai examiné cette malade, la tumeur en question avait presque le volume du poing; elle était constituée par la vessie tout entière retournée, saillante entre les lèvres; elle était rouge, tomenteuse et offrait des plis transversaux. Les orifices urétéraux se voyaient à sa partie inférieure.

Voici l'opération que j'ai pratiquée : après incision abdominale médiane et réduction de la vessie, j'ai fixé celle-ci par 6 fils de suture à la paroi antérieure de l'utérus, qui était rétroversé; puis j'ai fait l'hystéropexie et j'ai terminé en essayant de réduire la largeur de l'orifice de sortie de la vessie. Le prolapsus ne s'est pas reproduit, mais l'incontinence d'urine a persisté.

M. Guinard. — J'avais dû, chez cette malade, faire une large intervention, car il s'agissait d'un épithélioma de l'urèthre et du col de la vessie. Je crois que, à la suite d'une semblable opération, le prolapsus était en quelque sorte fatal.

M. Bazy. — Je ne crois pas que le prolapsus de la muqueuse se produise nécessairement après les opérations, même larges, portant sur l'urèthre et le col vésical. J'ai eu, pour ma part, plusieurs fois l'occasion de faire des interventions de ce genre, sans observer la moindre éversion consécutive de la muqueuse.

Kyste hydatique du rein traité par l'extirpation avec néphrectomie partielle.

M. Terrier. — La malade dont je désire vous entretenir est une femme âgée de trente-trois ans, qui présentait un kyste hydatique développé au-dessous de la face inférieure du foie. Je pensai à une tumeur du foie plutôt que du rein, et je fis une laparotomie latérale, qui me montra que le kyste, tout à fait indépendant du foie et situé en arrière du feuillet péritonéal postérieur, était en réalité implanté au niveau de l'extrémité inférieure du rein. Celui-ci put être libéré complètement et fut soigneusement suturé après la résection du pôle inférieur attenant au kyste.

Je tiens à dire que, au cours de cette opération, j'ai eu le tort de pratiquer une ponction du kyste sans prendre aucune précaution pour empêcher l'ensemencement des parties voisines avec le contenu de la poche; j'aurais dû injecter une solution de bichlorure de mercure dans le kyste, pour neutraliser ce contenu.

M. Bazy. — J'ai pratiqué également une néphrectomie partielle dans un cas de kyste hydatique. Je songeai un instant à enlever le rein tout entier, mais une partie de cet organe semblant saine, je me décidai à le conserver. L'opération a été suivie de guérison.

M. Ricard. — Dans un cas tout à fait superposable à celui que M. Terrier vient de nous communiquer, j'ai fait la même erreur de diagnostic : j'ai cru à une tumeur du foie, alors qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du rein. Je pus facilement, après ouverture de la poche, extirper la membrane hydatique; je me contentai ensuite de badigeonner la paroi fibreuse de la poche avec du formol, sans faire ni capitonnage ni suture.

M. Legueu. — J'ai opéré il y a un an environ un kyste hydatique du rein, en employant le

procédé du capitonnage; le résultat a été parfait.

M. Potherat. — Je crois que M. Terrier et M. Ricard auraient évité l'erreur de diagnostic qu'ils ont commise s'ils avaient fait la recherche des sels biliaires dans l'urine.

M. Routier. — Le signe indiqué par M. Potherat est quelquefois en défaut, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte à plusieurs reprises.

Etranglement intestinal par bride.

M. Rochard. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Gervais de Rouville (de Montpellier). Il s'agit d'un étranglement herniaire qui avait été réduit par le taxis; les vomissements fécaloïdes ayant continué après la réduction, le malade fut amené à l'hôpital, où notre confrère l'opéra d'urgence, pensant qu'il s'agissait d'une réduction en masse. La kélotomie montra que l'étranglement était déterminé non par le collet du sac, mais par une bride; malheureusement le malade était dans un état extrêmement grave au moment de l'intervention, et il succomba avant que le pansement fût terminé. M. de Rouville pratiqua sans succès la manœuvre du massage direct du cœur. L'autopsie a permis de constater que la cause de l'étranglement était bien une bride.

M. Bazy fait un rapport sur un travail de M. Chevalier, relatif à 2 cas de *perforation intestinale d'origine typhique*, traités avec succès par l'intervention précoce.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1902.

Sur un cas d'achondroplasie.

M. Méry présente, en son nom et au nom de M. Labbé, un enfant de douze ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui est atteint d'achondroplasie. La taille de ce petit malade, en effet, est à peine de 1 mètre et cependant les dimensions du tronc sont normales; le raccourcissement de la taille porte donc exclusivement sur les membres. Lorsque le bras de cet enfant est placé le long du corps, la main arrive à peine au niveau du grand trochanter. Les muscles des membres sont plus volumineux qu'à l'état normal, ce qui donne à ce sujet l'aspect d'un petit athlète. Il existe, en outre, une double scoliose de la colonne vertébrale, mais il s'agit là vraisemblablement d'une déformation rachitique indépendante de l'achondroplasie. Les radiographies qui ont été faites montrent que les cartilages épiphysaires sont conservés.

Bien que l'achondroplasie ne puisse pas être considérée comme une dystrophie d'origine thyroïdienne, le traitement thyroïdien auquel ce petit malade est soumis depuis quelque temps semble avoir eu une influence favorable sur son développement.

M. Comby rapproche de cette observation celle d'un enfant de cinq ans et demi dont la taille n'atteint que 85 centimètres, et chez lequel l'arrêt de développement porte également sur les membres à l'exclusion du tronc. Les muscles de ce petit malade, notamment les muscles fessiers, forment comme chez le précédent des saillies exagérées : il s'agit donc encore là d'un cas d'achondroplasie, affection qui, d'après l'orateur, n'aurait aucun rapport avec le rachitisme.

M. Marie dit avoir observé deux achondroplasiques, âgés l'un de quarante ans, l'autre de vingt; ce dernier seulement a été soumis à la médication thyroïdienne, et cela sans aucun résultat, peut-être en raison de son âge.

Les radiographies qui ont été faites de ces deux malades n'étaient pas assez nettes pour qu'on fût autorisé à affirmer que leurs cartilages épiphysaires étaient conservés; la chose paraît cependant probable. Quant aux relations qui, d'après quelques auteurs, existeraient entre le rachitisme et l'achondroplasie, l'orateur ne croit pas pouvoir les admettre.

M. Joffroy fait remarquer que la médication thyroïdienne ne donne de bons résultats dans les faits de cet ordre qu'à la condition d'être continuée longtemps et à doses élevées. L'orateur a soigné une jeune fille de dix-sept ans dont la taille ne dépassait pas 1 m. 09 et qui a augmenté de 11 centim. ½, dans l'espace d'une année, sous l'influence d'un traitement thyroïdien intensif; pendant cette longue période de temps, en effet, le pouls est toujours resté aux environs de 100 ou de 110 et, à diverses reprises, la malade a présenté un peu d'albuminurie, ce qui a obligé à suspendre la médication.

Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis, le tabes et la paralysie générale.

M. Dufour. — Sur près de 1,100 malades, adultes ou vieillards, atteints d'affections variées, j'ai recherché les relations existant entre la syphilis, le tabes, la paralysie générale et les troubles pupillaires.

De ces 1,100 sujets, 99 (80 hommes et 19 femmes) étaient des syphilitiques avérés. L'inégalité pupillaire, en tant que phénomène isolé, m'a paru être souvent indépendante de la syphilis ou des maladies nerveuses signalées plus haut; elle n'a donc qu'une valeur sémiologique médiocre. Au contraire, la déformation des pupilles suffit, dans un très grand nombre de cas, pour affirmer une infection syphilitique antérieure, ou pour déceler l'existence des maladies dites parasyphilitiques. Quant au signe d'Argyll-Robertson, je ne l'ai observé que chez des syphilitiques, des paralytiques généraux ou des tabétiques. En résumé, sur les 80 syphilitiques hommes dont je viens de parler, il y en a un quart environ dont le système nerveux ou pupillaire est adultéré par la syphilis ou la parasyphilis.

Ces résultats confirment donc l'opinion de M. Babinski sur les rapports existant entre la syphilis et le signe d'Argyll-Robertson (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 176), ainsi que les recherches de MM. Joffroy et Schrameck sur la fréquence des déformations pupillaires dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis.

M. Widal dit que, chez deux sujets ne présentant aucun autre phénomène morbide que le signe d'Argyll-Robertson, le cytodiagnostic a révélé l'existence d'une lymphocytose très nette; pour lui, le signe d'Argyll-Robertson n'existe jamais en dehors de la syphilis.

M. Marie fait remarquer qu'il suffit, pour que le signe d'Argyll-Robertson apparaisse, que la circulation lymphatique de la moelle — laquelle s'effectue surtout par les cordons postérieurs — soit troublée : toutes les lésions de ces cordons, quelle que soit leur nature, syphilitique ou autre, peuvent donc déterminer l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière avec conservation du réflexe à l'accommodation.

Exostoses multiples avec syndrome syringomyélique chez un hystérique.

M. Launois montre, en son nom et au nom de M. Roy, un jeune homme qui présente, au niveau de presque tous les os, des exostoses dont la distribution n'est ni tout à fait symétrique ni exactement juxta-épiphysaire : il ne s'agit donc pas d'exostoses ostéogéniques, d'autant plus que quelques-unes de ces productions ont suppuré et ont nécessité des interventions chirurgicales.

Une autre particularité offerte par ce malade, ce sont les amputations spontanées de l'index et du médius de la main gauche qui se sont produites il y a six mois et qui reproduisent actuellement le type de la main qu'on observe dans les panaris analgésiques de Morvan. La constatation d'une thermo-anesthésie totale et complète dans toute la moitié gauche du corps vient encore renforcer l'hypothèse de syringomyélie. Mais, bien que, dans certaines observations, la thermo-anesthésie syringomyélique ait été exactement limitée à une moitié du corps (Dejerine et Sottas, Hauser, etc.), bien que certains auteurs aient, en outre, observé des exostoses dans la syringomyélie (Dejerine) et que, d'après Tordeus, les exostoses multiples soient sous la dépendance de lésions des cornes antérieures de la moelle, il semble plus vraisemblable de mettre cette hémianesthésie thermique totale et complète — qui s'accompagnait de diminution de l'ouïe, de l'odorat, etc., qui intéressait la face, s'arrêtait régulièrement sur la ligne médiane et n'affectait aucune topographie radiculaire ou segmentaire — sur le compte de l'hystérie dont le malade présente d'indéniables stigmates (abolition des réflexes pharyngien, cornéen et nasal du côté gauche, diminution de l'acuité auditive et rétrécissement concentrique du champ visuel du même côté, zones hystérogènes, hémiplégie hystérique gauche ancienne).

Enfin, un dernier point à relever, c'est que ce patient a perdu sa mère et un frère de tuberculose pulmonaire et que lui-même est manifestement tuberculeux. Or, on sait que la présence d'antécédents héréditaires ou personnels de tuberculose a été signalée par plusieurs auteurs chez les sujets porteurs d'exostoses multiples : peut-être la suppuration de quelques-unes de ces exostoses est-elle directement liée, dans le présent cas, à l'évolution du processus tuberculeux.

Hépatite graisseuse latente des alcooliques.

M. P. Lereboullet. — Parmi les multiples conséquences de l'alcoolisme chronique sur le foie, il en est une particulièrement fréquente qui, compatible avec une santé en apparence satisfaisante, est communément méconnue. Cette complication, que nous avons étudiée, M. Gilbert et moi, mérite d'être décrite à part sous le nom d'hépatite graisseuse latente.

Lorsqu'on examine systématiquement le foie des alcooliques paraissant bien portants, on constate facilement, chez certains d'entre eux, des signes qui permettent de présumer l'existence de cette hépatite graisseuse latente (hypertrophie du foie sans augmentation de sa consistance, hypoazoturie, glycosurie digestive, etc., etc.). L'altération du foie est donc réelle, mais l'insuffisance hépatique qu'elle entraîne reste latente jusqu'au jour où, du fait d'une maladie intercurrente (pneumonie, érysipèle) ou d'un traumatisme, chirurgical ou accidentel, elle entraîne des accidents graves et souvent mortels.

A l'autopsie, le foie de ces malades est caractérisé à l'œil nu par son hypertrophie et son aspect jaunâtre, au microscope par la transformation graisseuse des cellules hépatiques, plus ou moins accusée suivant les cas, mais ne s'accompagnant pas, en général, de cirrhose bien nette.

Il s'agit donc d'un type assez bien spécifié par ses lésions anatomiques et son allure clinique; entrevue déjà par plusieurs auteurs, notamment par M. Lancereaux, cette complication est très importante à connaître en raison de sa fréquence et de sa haute gravité.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 4 juin 1902.

De l'interruption de la grossesse chez les femmes tuberculeuses.

M. C. Hamburger fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé combien les divers auteurs ont des opinions différentes sur ce point, il relate 10 observations recueillies depuis deux ans dans la population ouvrière du nord de Berlin et concernant des tuberculeuses devenues enceintes : de ces 10 femmes, 4 ont déjà succombé et une cinquième est dans un état des plus inquiétants; quant aux 5 autres, elles peuvent espérer une survie assez longue, à condition qu'il ne se produise pas de nouvelle conception.

En présence de ces chiffres, et étant donnée l'impossibilité d'appliquer, dans les classes pauvres, les mesures indiquées pour les phtisiques enceintes (air pur, nourriture substantielle, etc.), l'orateur estime que le seul moyen de sauver les tuberculeuses se trouvant dans ces conditions est d'interrompre la grossesse. Il lui paraît en effet légitime de sacrifier l'enfant à la mère, d'autant que les enfants qu'engendrent ces femmes ont une existence fort précaire : les 10 phtisiques observées par M. Hamburger ont eu en tout 51 enfants, dont 23 sont morts.

En ce qui concerne le choix de l'intervention, l'orateur déclare que l'avortement lui semble préférable à l'accouchement prématuré, d'abord parce qu'il interrompt plus tôt la grossesse, ensuite parce qu'il constitue une opération plus rapide.

M. Kaminer combat l'absolutisme des conclusions de M. Hamburger; toute tuberculose,

en effet, n'est pas fatalement aggravée par l'état de gravidité; et, d'autre part, il ne suffit pas toujours d'interrompre la grossesse pour enrayer les progrès de l'affection pulmonaire.

M. P. Jacob fait remarquer que M. Hamburger a fait ses observations dans un milieu où bien d'autres facteurs que la gestation pouvaient intervenir pour activer la marche de la maladie; pour se rendre compte de la véritable influence de la grossesse sur la tuberculose, ce n'est pas sur les classes les plus pauvres qu'il faut faire porter ses investigations. En outre, l'orateur pense, contrairement à M. Hamburger, qu'il y a lieu de préférer l'accouchement prématuré à l'avortement, toutes les fois que cela est possible, de façon à conserver la vie de l'enfant; aussi est-il d'avis qu'il y a lieu d'attendre jusqu'au quatrième ou au sixième mois, époque où l'on peut juger si la femme est capable d'atteindre le moment où l'accouchement prématuré sera réalisable.

M. Heimann propose d'établir une statistique comparative aussi étendue que possible, indiquant quelle est la durée moyenne de la tuberculose pulmonaire chez les femmes qui ont eu des enfants et chez celles qui n'en ont pas eu.

M. Dührssen se croit autorisé à admettre que la grossesse aggrave toujours la tuberculose pulmonaire. Chez les phtisiques, on peut avoir recours, avec quelques avantages, à la ligature des trompes, dans le but de prévenir la conception. Quant à la valeur comparée de l'avortement et de l'accouchement prématuré, l'orateur estime que, faites selon les règles, ces deux interventions sont également inoffensives; toutefois il ne saurait en étendre les indications aussi loin que M. Hamburger.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur un cas d'ulcérations urémiques de l'estomac et de l'intestin grêle, par MM. A. Mathieu et J.-Ch. Roux.

Si les troubles gastro-intestinaux sont fréquents dans l'urémie, dont ils caractérisent même une des formes cliniques, il est par contre fort rare qu'ils s'accompagnent de lésions matérielles du tractus digestif : la littérature médicale ne renfermerait guère plus d'une vingtaine de cas de ce genre, concernant presque tous des ulcérations de l'iléon; quant aux altérations de la muqueuse gastrique, elles seraient tout à fait exceptionnelles, car MM. Mathieu et J.-Ch. Roux n'en ont relevé que deux observations, l'une de MM. Lecorché et Talamon où est signalé « un pointillé hémorrhagique très serré de l'estomac », l'autre de M. Lancereaux qui trouva, près du pylore, « deux petits ulcères allongés superficiels ». Aussi nous paraît-il intéressant de résumer le fait relaté dans le présent travail, en raison des caractères très particuliers qu'y présentaient les lésions de l'estomac et de l'intestin.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans — soignée antérieurement par M. Achard pour une néphrite chronique — qui entra à l'hôpital dans un état des plus graves, avec céphalée, myosis, bruit de galop, dyspnée, albuminurie assez notable, etc., tous signes permettant de conclure à l'existence d'accidents urémiques. En outre, l'abdomen était excessivement douloureux, surtout du côté droit, mais sans ballonnement du ventre, sans vomissements ni diarrhée; au contraire, la malade n'aurait pas eu de selles depuis huit jours.

Cette femme ayant succombé le lendemain de son admission, l'autopsie permit de reconnaître — outre les altérations rénales prévues — des lésions très remarquables de l'estomac et de l'intestin. A la face interne de l'estomac, on remarquait six ulcérations dont les plus petites étaient punctiformes tandis que la plus grande, située à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la petite courbure, sur une ligne allant du cardia au pylore, avait une forme ovalaire et ne mesurait pas moins de 3 centimètres sur 4 : traversant toute l'épaisseur des tuniques stomacales, sauf la couche séreuse, elle offrait des bords taillés à pic et légèrement surélevés et un fond jaunâtre parcouru par des tractus veineux. Quant à l'intestin grêle, il présentait une longue traînée partant de 4 ou 5 centimètres de la valvule iléo-cæcale et remontant sur une longueur d'environ 75 centimètres; elle paraissait constituée par un exsudat diphtéroïde largement surélevé au-dessus de la muqueuse, mais, en réalité, il s'agissait d'une véritable perte de substance comblée par l'épaississement de la couche celluleuse sous-muqueuse. Le côlon n'offrait pas d'altération apparente.

Par l'examen histologique, on constata l'absence, au pourtour de ces diverses lésions, tant intestinales que gastriques, de tout processus inflammatoire susceptible d'en expliquer la production; il semblait qu'on eût affaire à un mécanisme analogue à celui de l'escarrification. En outre, il est à noter que l'ulcération gastrique rappelait absolument l'*ulcus simplex*, non seulement par son aspect extérieur, mais encore par la constitution microscopique de ses bords (zone de muqueuse épaissie renfermant des glandes hypertrophiées bordées de cellules géantes); et ce fait est intéressant en ce qu'il constitue un argument à l'appui de l'opinion qui considère l'urémie comme un des facteurs de l'ulcère rond de l'estomac. (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1902.) — F. F.

La clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, avec une statistique sur les causes de la cécité, basée sur 2,000 observations, par M. C. Golesceano. In-12, 270 p. avec fig. Paris, 1902.

De l'étude que consacre M. C. Golesceano à la clinique ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts, nous extrairons seulement quelques données statistiques relatives à la cécité, et notamment à la fréquence des divers facteurs susceptibles de déterminer la perte de la vision de l'un ou des deux yeux.

Dans le courant des années 1900 et 1901, il s'est présenté à ladite clinique 63,063 sujets atteints d'affections oculaires, soit pour y demander une consultation, soit pour s'y faire hospitaliser; sur ce nombre, 2,000 (soit un peu moins de 3 %) présentaient une cécité uni ou bilatérale, la première de ces variétés étant à peu près deux fois plus fréquente que la seconde; si l'on classe ces patients par sexe, on trouve que les hommes constituaient environ 61 % du total.

Les diverses lésions qui interviennent pour abolir les fonctions de l'un ou des deux yeux ne se rencontrent pas avec la même fréquence aux divers âges de l'existence; ce sont les adolescents et les adultes qui sont frappés le plus communément, car, dans 68 % des cas en question, la cécité s'était développée entre quinze et soixante ans; les sujets au-dessous de quinze ans ne fournissent que 12 % du total; ceux de plus de soixante en constituent 20 %.

En ce qui concerne la nature de l'affection causale, voici les principales données recueillies par l'auteur :

Les altérations cornéennes occupent la première place; elles furent incriminées 416 fois; il s'agissait surtout de leucomes complets, suites d'ophtalmie purulente (170 cas), de pannus consécutifs à des granulations (100 cas) ou de staphylomes d'origine diverse (78 cas). Au second rang, on trouve l'atrophie du nerf optique, cause de la cécité chez 319 malades; dans la majorité des cas (95) cette lésion était liée à une maladie infectieuse, notamment la syphilis (75 fois), ou à un tabes (90 fois), d'ordinaire spécifique lui aussi, de sorte que sur ces 319 malades, 165, soit plus de la moitié, devaient à la vérole la perte de l'un ou de leurs deux yeux. L'atrophie du globe a à son compte 251 cas; elle ressortissait à un traumatisme, à une iridocyclite, à une irido-choroïdite, etc. Le glaucome est signalé chez 191 patients, dont 119 avaient dépassé la soixantaine, les irido-choroïdites chez 188 (dont 75 rhumatisants), les décollements rétiniens chez 128, une myopie forte avec lésions choroïdiennes, hémorrhagies maculaires et staphylomes postérieurs chez 100. Viennent ensuite, par ordre décroissant de fréquence, la choroïdite exsudative (47 cas), la chorio-rétinite, les buphtalmies et la rétinite hémorrhagique (42 cas pour chacune de ces trois affections), l'iritis plastique (40 cas), les névro-rétinites, rétinites pigmentaires, irido-cyclites, etc., etc.

Enfin, il est une autre manière d'envisager ces chiffres, qui, au point de vue pratique, offre un intérêt capital : il s'agit de savoir chez combien de ces patients on aurait pu prévenir la perte des fonctions visuelles, par un traitement rationnel institué en temps opportun. Dans 657 de ces 2,000 cas, soit 32.5 %, la cécité était inévitable; dans 791, soit 39.5 %, elle aurait *peut-être* pu être évitée, sans qu'on puisse cependant être très affirmatif à cet égard; dans 552, enfin, soit 27.5 %, comprenant notamment les leucomes par ophtalmie purulente, on peut admettre que la curabilité était *absolue*. — F. F.

Un cas de grossesse dans une corne d'utérus cloisonné, par MM. O. Rapin et V. de Senarclens.

L'observation qui fait l'objet de ce travail concerne une femme de trente-cinq ans, ayant eu quatorze années auparavant une grossesse normale, et qui, lorsqu'elle entra à la Maternité de Lausanne, présentait tous les signes extérieurs d'une grossesse; celle-ci, d'après l'anamnèse, datait à ce moment de dix mois et demi à onze mois et demi.

La palpation révélait l'existence d'une tumeur ovoïde remplissant presque entièrement l'abdomen, s'enfonçant dans le petit bassin, et dans laquelle on ne percevait nulle part de parties fœtales; cette masse, de consistance fluctuante et fortement tendue, était très peu mobile. Au-devant d'elle, on trouvait une saillie allongée, partant de la symphyse et haute de 8 à 10 centimètres, dont les mouvements se communiquaient très nettement à un petit col ouvert dans le cul-de-sac vaginal antérieur, très profond : c'était donc là un utérus. Les culs-de-sac postérieur et latéraux étaient, au contraire, effacés.

L'hypothèse d'une grossesse prolongée semblant fort peu vraisemblable, on porta le diagnostic de probabilité de « kyste ovarique inclus dans le ligament large gauche, plongeant dans le cul-de-sac de Douglas et adhérent aux organes voisins ». Or, la laparotomie permit de reconnaître qu'il s'agissait en réalité d'une grossesse, mais que, l'utérus étant cloisonné, le fœtus occupait la corne gauche — dont le col était totalement atrésié —, et que la petite saillie perçue à la palpation du ventre, en avant de la tumeur principale, représentait la corne droite.

La poche utérine gravide ayant été incisée, on put extraire un fœtus macéré, paraissant âgé de huit mois; puis on décolla le placenta et on fit la marsupialisation de la cavité après drainage par le vagin. La malade guérit parfaitement; une petite opération secondaire assura définitivement la perméabilité du col gauche, dont le canal avait été rétabli pour laisser passer le drain : de la sorte se trouve écarté le danger d'une récidive.

Pour expliquer la possibilité de la conception dans cette corne privée de communication avec le vagin, les auteurs admettent qu'il devait exister un petit pertuis dans la cloison séparant les deux cornes; toutefois il ne serait pas impossible que des spermatozoïdes fussent passés de la corne droite dans la trompe du même côté, puis dans la cavité abdominale et de là dans la trompe gauche qu'ils auraient redescendue jusqu'à la corne gauche, où aurait eu lieu la fécondation. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janvier 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Mort par paralysie cardiaque à la suite de la chloroformisation, par M. L. Laqueur.

Le fait relaté par l'auteur a trait à un garçon de quatorze ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, qui, à la suite d'un coup de poing reçu dans l'œil gauche, perdit la vue du même côté par hémorrhagies intra-oculaires et glaucome secondaire. Dix mois plus tard, on constata, du côté droit, l'existence d'une névro-rétinite avec exagération de la pression intraoculaire, d'origine probablement sympathique. La vue devenant de plus en plus faible, on décida d'énucléer l'œil gauche sous la narcose chloroformique. Après avoir respiré, pendant une minute, le chloroforme versé goutte à goutte sur un masque habituellement employé à cet effet, le patient devint brusquement très excité; il se débattit pendant quelques dizaines de secondes, puis sa face prit tout d'un coup une pâleur cadavérique, en même temps que

le cœur cessait de battre. Les pupilles, déjà dilatées au maximum, restèrent sans subir de nouvelle modification. Durant une heure et quart, on mit tout en œuvre pour ramener le malade à la vie, en essayant, tour à tour et sans le moindre succès, de la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue, du massage du cœur et des injections sous-cutanées d'éther.

Le chloroforme dont on s'était servi était chimiquement pur; sa densité était de 1.486, son point d'ébullition oscillait entre 60 et 62°. On n'en avait, du reste, administré que 2 grammes, et cela sans que le masque entravât l'accès de l'air.

A l'autopsie, on ne trouva de lésion importante ni du côté du cœur ou de l'appareil respiratoire, ni dans le cerveau. Les seules altérations susceptibles d'être mises en rapport avec la mort subite étaient la persistance et l'hyperplasie du thymus, l'hypertrophie des glandes folliculaires de la base de la langue et une augmentation considérable du volume de la rate. Or, dans 12 cas de mort par chloroforme relatés par M. von Kundrat (dont 10 personnels), il existait également une hypertrophie du thymus; 8 fois on trouva, en outre, une tuméfaction des glandes folliculaires de la base de la langue (accompagnée ou non d'hypertrophie des amygdales, des ganglions bronchiques, des follicules clos de l'intestin et des plaques de Peyer); quant à la splénomégalie, elle fut constatée dans 7 cas.

Si l'on tient compte, d'autre part, que l'hypertrophie du thymus a aussi été signalée dans un cas de mort subite par éthérisation (Heusler), ainsi que dans d'autres faits où le décès est survenu à la suite de la simple introduction d'un abaisse-langue dans la cavité buccale (Pott), ou bien après un bain froid (von Recklinghausen, Nordmann), ou encore à la suite d'une injection de sérum antidiphtérique, etc., il devient évident qu'il existe un rapport de cause à effet entre cette altération anatomique et la mort par paralysie cardiaque. Malheureusement, on ne saurait être fixé sur le mécanisme suivant lequel agit ici l'hypertrophie du thymus, tant que la physiologie de cet organe restera aussi obscure qu'elle l'est aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, il importe de retenir que chez les enfants et les adolescents à thymus hypertrophié la narcose générale doit être évitée. Mais, comme il est souvent fort difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer l'hypertrophie du thymus en se basant sur la percussion, et que les rayons de Röntgen eux-mêmes ne sont, en pareille occurrence, d'aucun secours, on devra surtout tenir compte des phénomènes qui accompagnent habituellement cette anomalie, et rechercher avec soin l'hyperplasie des amygdales et des follicules de la base de la langue, ainsi que la splénomégalie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 février 1902.) — L. CH.

Die Physiologie und Pathologie der Coordination; eine Analyse der Bewegungsstörungen bei den Erkrankungen des Centralnervensystems und ihre rationelle Therapie. In-8°, 316 p. avec fig. Iéna, 1902. — **La physiologie et la pathologie de la coordination; étude des troubles du mouvement dans les maladies du système nerveux central; leur thérapeutique rationnelle,** par M. O. Förster.

Dans le présent ouvrage, l'auteur attribue à la coordination le mécanisme suivant :

Pour réaliser la coordination des mouvements, il faut que certains muscles déterminés soient innervés; ce sont les muscles *agonistes;* en règle générale, plusieurs groupes musculaires de ce genre entrent simultanément en action (*agonistes synergiques*). L'intensité de l'innervation des agonistes est appelée à se modifier sans cesse durant l'exécution du mouvement, suivant les variations de certains facteurs externes et internes. Pour régler d'une façon plus précise le degré de l'innervation, l'organisme dispose encore d'un autre moyen : l'innervation simultanée des *antagonistes.* Enfin, en vue d'assurer la direction du mouvement, entrent en jeu les muscles *synergiques collatéraux* et les muscles *synergiques des mouvements de rotation.* En résumé, la coordination consiste essentiellement dans l'innervation d'un nombre considérable de muscles, chacun d'eux devant être innervé avec une intensité déterminée : la faculté de coordination de l'organisme réside dans la mesure de l'intensité de cette innervation.

La coordination est assurée par divers départements de l'axe cérébro-spinal : moelle, cerveau, cervelet.

La substance grise de la moelle joue un rôle par l'*innervation spinale* des antagonistes, par le tonus musculaire spinal, par la résistance aux mouvements passifs, par la limitation de l'amplitude de ces derniers, par les réflexes tendineux. Ce mécanisme de coordination spinale peut être inhibé par le cerveau.

La *coordination cérébrale* s'exécute dans les conditions suivantes : une représentation motrice déterminée apparaît dans la conscience et tend à se réaliser; l'excitation, partie des cellules où siège la représentation, gagne les éléments cérébraux moteurs des muscles agonistes principaux, non sans irradier vers les éléments moteurs de muscles qui ne devraient pas intervenir; aux sensations qui résultent de ces phénomènes centrifuges revient le rôle de déterminer l'inhibition des mouvements inutiles. L'impulsion motrice qui actionne les agonistes principaux a une tendance à être trop intense : cette tendance est modérée par les renseignements que fournissent les sensations; tel est le rôle *négatif*, d'inhibition, de la sensibilité. L'innervation des muscles accessoires dont l'action est utile pour le but à atteindre (agonistes synergiques) est consécutive aux indications données par la sensibilité lors du commencement d'exécution du mouvement. De même, pour l'innervation des antagonistes, des synergiques collatéraux et de rotation, ce sont les sensations qui jouent un *rôle positif.* Le choix de l'innervation et de son intensité est donc commandé par le besoin de superposer, à la représentation psychique, des impressions venues de la périphérie : l'organisme veut éprouver une sensation adéquate à la représentation.

Ces sensations, plus ou moins conscientes, sont de diverse nature : optiques, vestibulaires, sensations de la sensibilité générale ou motrice (cutanées, articulaires, tendineuses, osseuses, musculaires). Coordination cérébrale et coordination spinale se complètent l'une l'autre. La première, plus lente, mais plus complexe, est susceptible d'adaptation; la seconde, plus prompte, mais automatique, est subordonnée à la première.

De la *coordination cérébelleuse* dépendent l'équilibre de tout le corps, la synergie des antagonistes (tonus musculaire d'origine cérébelleuse) et, peut-être, l'innervation des agonistes synergiques.

Les troubles de la coordination sont des troubles (objectifs ou subjectifs) de la motilité se manifestant dans l'exécution d'un acte adapté à un but déterminé : cette définition élimine certains troubles moteurs (crampes, tics) se produisant sans que les muscles aient à accomplir une tâche précise (statique ou locomotrice). En général, les divers mécanismes de coordination ne sont pas intéressés isolément, sauf dans certaines affections dégénératives systématiques comme le tabes (lésion isolée du mécanisme sensitivo-cérébelleux).

M. Förster étudie tout spécialement l'incoordination motrice tabétique. Le processus pathologique de cette affection détruit peu à peu, on le sait, tantôt simultanément, tantôt successivement, les collatérales qui se rendent aux cellules des cornes antérieures et aux colonnes de Clarke, ainsi que les fibres des cordons postérieurs; de la sorte sont interrompues les voies servant à transmettre les sensations périphériques aux centres médullaires, cérébelleux et cérébraux. Des diverses théories de l'ataxie tabétique, aucune ne peut être acceptée à l'exclusion des autres : chacune contient une part de vérité. Pour l'auteur, l'ataxie est due à des troubles des sensations tenant sous leur dépendance la coordination : sensations sous-corticales (spinales et cérébelleuses), sensations corticales (cérébrales). Ces troubles déterminent, les uns l'abolition des réflexes tendineux, des réflexes de coordination spinale et du tonus médullaire, les autres l'abolition des réflexes cérébelleux, les autres enfin les altérations des perceptions conscientes. M. Förster, de l'analyse très complète des troubles de coordination du tabes, étudiés au moyen de photographies représentant chaque mouvement chez l'homme normal et chez le tabétique, conclut que l'innervation d'un groupe musculaire déterminé peut être *insuffisante* (et même nulle) ou *excessive.* L'insuffisance, voire l'absence, de l'innervation peut se montrer : 1° dans l'état statique (quand il s'agit de conserver une position); 2° dans la contraction des muscles agonistes synergiques; 3° dans la fonction des antagonistes; 4° dans les mouvements des synergistes collatéraux et de rotation. L'exagération de l'innervation se rencontre presque exclusivement dans la contraction des agonistes principaux. Qu'il s'agisse d'insuffisance ou d'exagération de l'innervation, les troubles sont dus à l'absence des excitations centripètes, les résultats différant suivant que ces excitations ont un rôle positif ou négatif; d'impulsion ou d'inhibition. Les troubles sous-corticaux et corticaux de la sensibilité, qui tiennent sous leur dépendance l'incoordination, peuvent exister isolément. L'intervention du mécanisme cérébral ne semble pouvoir remédier qu'imparfaitement aux altérations du mécanisme sous-cortical. Assez souvent cette compensation, excessive, doit elle-même être corrigée.

En résumé, l'innervation dans le tabes est atteinte en plus ou en moins : si les sensations de la périphérie (optiques, vestibulaires, perceptions de la sensibilité générale encore conservées) n'en informent pas la conscience, les troubles de la coordination ne peuvent être corrigés. Dans le cas contraire intervient l'innervation de correction; celle-ci peut elle-même dépasser le but.

La compensation est la suppléance d'un mécanisme de coordination altéré par un autre : cette action vicariante s'exerce, par exemple, dans le cas d'une lésion ayant désorganisé le mécanisme des coordinations médullaire et cérébelleuse, à l'aide de la suppléance par la coordination cérébrale. C'est sur ces faits qu'est basé le traitement : il s'agit d'habituer le malade à suppléer à un mécanisme lésé (sensations motrices, etc.) par un autre (sensations optiques, etc., etc.). En outre de la compensation, l'exercice joue un rôle important, en perfectionnant par l'attention un mécanisme défectueux. La thérapeutique rationnelle des troubles de coordination est donc le traitement par la suppléance et l'exercice. C'est sur ces données qu'est basée la méthode de Frenkel (*compensatorische Uebungstherapie*), dont l'auteur donne un exposé détaillé sur lequel nous ne croyons pas devoir insister, cette méthode ayant été exposée dans ce journal par son promoteur lui-même (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 123-124). — P. S.

Grossesse gémellaire dans un utérus bicorne double, par M. Koslenko.

L'extrême rareté de la fécondation simultanée, ou à peu près simultanée, dans les deux cornes d'un utérus double nous engage à résumer l'observation relatée par M. Koslenko.

Elle concerne une femme enceinte pour la onzième fois, et dont toutes les grossesses antérieures — sauf deux terminées par un avortement — s'étaient normalement passées. L'utérus présentait sur sa face antérieure un sillon longitudinal, et les bruits du cœur s'entendaient aussi bien à droite qu'à gauche de la ligne blanche. Au toucher, le col paraissait épaissi du côté droit.

Les contractions étant énergiques, cette femme ne tarda pas à accoucher d'une petite fille. On s'aperçut alors que le ventre restait volumineux, notamment à droite; par le toucher, on constatait en outre qu'à côté du col par lequel venait de se faire le premier accouchement, il en existait un second : la portion épaissie, signalée précédemment, n'était autre que la cloison les séparant. Ce second col était en voie de dilatation et l'on sentait derrière lui bomber une poche des eaux. Après la rupture de celle-ci, les contractions se ralentirent et l'on dut achever l'accouchement au forceps; de plus, il se produisit avant la délivrance une assez grave hémorrhagie qui nécessita l'extraction manuelle du placenta : au cours de cette opération, on put se rendre compte que les deux cols utérins conduisaient dans deux cavités utérines distinctes.

La parturiente se rétablit sans complications. Les deux enfants appartenaient au sexe féminin; l'un pesait 2,000 grammes et ne tarda pas à succomber; l'autre, du poids de 2,500 grammes, se développa régulièrement. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 janvier 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Over interlobaire pleuritis. In-8°, 57 p. Amsterdam, 1902. — **De la pleurésie interlobaire,** par M. J. A. Voorthuis.

Les 3 observations relatées dans le présent travail sont une intéressante contribution à la symptomatologie et à la thérapeutique d'une affection considérée comme rare, mais qui, d'après M. Voorthuis, serait plus commune qu'on ne l'admet généralement.

Au point de vue clinique, l'auteur n'a pas retrouvé chez ses malades la «matité suspendue» signalée par M. Dieulafoy, car chez eux la zone mate s'étendait depuis la base du poumon jusqu'à un point plus ou moins élevé de la poitrine. La raison en est peut-être, pour 2 de ces cas, dans une étiologie particulière qui ne semble pas avoir encore été signalée : ces 2 patients étaient convalescents d'une pleurésie aiguë séro-fibrineuse.

La toux présente un caractère coquelucheux; elle revient par crises, et s'accompagne parfois de vomiques ou d'hémoptysies, habituellement peu abondantes. Ces quintes peuvent avoir un début brusque et comme foudroyant, avec cyanose, dyspnée, point de côté, symptômes qu'il faut sans doute attribuer à l'occlusion temporaire de la fistule faisant communiquer l'empyème interlobaire avec les bronches. La fièvre oscille autour de 38°; les crachats et l'haleine sont fétides. A l'auscultation, on ne trouve pas cependant les signes d'un épanchement, à moins de complication, et les ponctions aspiratrices ne donnent également que des résultats négatifs. Ces particularités, jointes à la brusquerie du début des troubles morbides, à l'absence de signes cavitaires, ainsi que de bacilles ou de débris de tissu pulmonaire dans les crachats, permettent d'éliminer l'empyème vulgaire, la bronchectasie, la tuberculose, la gangrène.

L'évolution de la maladie est assez variable. Chez la première malade, dont l'état de grossesse interdisait toute thérapeutique active, l'affection prit une allure plus ou moins chronique. Dans le second cas, après une vomique extrêmement abondante (1 litre 1/2), la guérison survint spontanément au bout d'un an environ. La troisième observation est la plus curieuse, de par son étiologie, la longue évolution de l'affection et l'intervention chirurgicale qui amena la guérison.

Un homme de trente-huit ans se trouvait aux Indes anglaises, quand, à la suite de l'ingestion d'un petit fragment d'os, long de 1 centim. 1/2, large de 1 à 2 millimètres, il fut pris de violents accès de toux, avec dyspnée, douleur, bruit respiratoire particulier et point de côté droit. Passé les premiers malaises, le malade reprit ses occupations, mais il dut, à partir de ce moment, les interrompre fréquemment par suite de la reproduction de crises analogues à la première; dans l'intervalle il toussait facilement, avait de la fièvre et gardait un point de côté dans la région hépatique. Au bout de quatre mois, l'expectoration, extraordinairement abondante, était devenue fétide et purulente; aussi cet homme se décida-t-il à rentrer en Europe. Il est bon de signaler que les crachats n'avaient jamais rien présenté d'anormal au microscope.

Le séjour en Hollande amena une légère amélioration, mais en mai 1901 (neuf mois après le début des accidents) se produisit une crise d'une intensité extraordinaire. Les symptômes stéthoscopiques semblaient indiquer un pyopneumothorax droit; le cœur était un peu refoulé à gauche, et cependant des ponctions exploratrices répétées n'arrivaient pas à faire découvrir le foyer purulent. Toutefois, vers la fin mai, une aiguille enfoncée dans le septième espace intercostal ramena une faible quantité d'ichor fétide : sur cette canule comme guide on fit la thoracotomie et il jaillit aussitôt 2 litres de pus extraordinairement fétide; le doigt introduit entre les côtes pénétrait dans une cavité pouvant avoir 100 centimètres cubes de capacité. Malgré cette intervention, l'amélioration obtenue fut très médiocre; elle ne se prononça que dix jours plus tard, quand on eut placé un drain dans un orifice fistuleux s'ouvrant au fond de la poche signalée plus haut, et dans lequel on pouvait glisser une sonde jusqu'à 31 centimètres de profondeur.

L'état du malade s'étant un peu amélioré, il vint en septembre à Paris où MM. Dieulafoy et Tuffier diagnostiquèrent un empyème interlobaire. L'opération, faite par M. Tuffier, confirma ce diagnostic : après résection de trois côtes, on trouva un foyer interlobaire gros comme le poing et un second foyer, plus petit, au voisinage du hile; quelques diverticules secondaires et deux bronches dilatées furent ouvertes; la plaie fut ensuite tamponnée. Les suites furent un peu fébriles, à cause d'un petit abcès cutané, puis l'état du malade se releva progressivement et, à l'heure qu'il est, on peut considérer la guérison comme complète. — R. de B.

Appendicite tuberculeuse, par M. R. de Josselin de Jong.

La tuberculose de l'appendice étant presque toujours associée à celle du cæcum, l'exemple d'appendicite tuberculeuse isolée, relaté dans le présent travail, mérite d'être signalé, d'autant plus que, suivant la remarque de M. de Jong, il est bien fait pour encourager à pratiquer, en pareille occurrence, l'opération précoce.

Un homme de trente-six ans, d'une excellente santé, mais dont la mère, les frères et les sœurs étaient tous morts tuberculeux, fut pris d'une attaque d'appendicite aiguë typique. Cinq mois auparavant il avait déjà présenté des accidents analogues, quoique d'une durée extrêmement courte (vingt-quatre heures) et qui s'étaient dissipés sans laisser de trace. La crise actuelle, après une semaine de repos et un traitement médical approprié, rétrocéda également : on ne constatait alors dans l'abdomen, à part le point douloureux de McBurney, plus rien d'anormal. Le seul fait de la récidive fit, toutefois, conseiller et accepter une intervention.

Le ventre ouvert, tout le champ opératoire visible, glandes mésentériques y comprises, parut absolument sain, sauf l'appendice qui était rigide, épaissi et légèrement adhérent à la fosse iliaque; il fut en conséquence réséqué. La guérison fut à peine retardée par la production d'une petite fistulette intestinale qui se ferma au quinzième jour.

Les parois de l'appendice enlevé étaient fort épaissies et de petites nodosités d'un rouge vif en soulevaient la muqueuse. Au microscope, on y rencontrait de nombreux tubercules, dont les plus superficiels, en voie de caséification, avaient déterminé des ulcérations; les plus profonds, d'aspect plus jeune, offraient une structure absolument typique; dans la sous-muqueuse, ces lésions étaient plus rares. Tous ces tubercules étaient entourés d'une abondante infiltration cellulaire qui se prolongeait, en s'atténuant, à travers la couche musculaire, où elle accompagnait les vaisseaux lymphatiques notablement dilatés, pour aboutir à la couche séreuse, de 6 à 10 fois plus épaisse qu'à l'état normal. Ajoutons qu'après de longues recherches, l'auteur finit par rencontrer un bacille tuberculeux au milieu d'une cellule géante. Ces diverses altérations étaient surtout manifestes au voisinage de l'extrémité cæcale de l'appendice, mais la zone où avait porté la section chirurgicale semblait libre de toute infiltration tuberculeuse. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 février 1902.) — R. de B.

PUBLICATIONS RUSSES

La syphilis binaire et l'hérédité syphilitique, par M. V. Tarnovsky.

Sous le nom de *syphilis binaire*, l'auteur entend la syphilis acquise par des sujets provenant de parents syphilitiques. On sait, en effet, que la loi de Profeta, suivant laquelle un enfant reconnu sain, né d'une mère syphilitique, posséderait une immunité absolue à l'égard de la vérole, comporte certaines restrictions et ne s'applique guère qu'aux premières années ou, peut-être même, qu'aux premiers mois de la vie extra-utérine : à l'âge de la puberté, cette immunité conférée par l'hérédité n'existe plus, de sorte que, malgré ses antécédents héréditaires, l'individu né de parents syphilitiques devient parfaitement susceptible de contracter, à son tour, la vérole. Cette nouvelle contagion réalise ce que M. Tarnovsky appelle la syphilis binaire, à laquelle il attache une importance considérable au point de vue du sort des descendants.

En se basant sur 30 observations personnelles, recueillies dans des familles aisées et intelligentes, où toutes les manifestions de la syphilis acquise ou héréditaire ont été soigneusement traitées par des préparations hydrargyriques ou iodées, le syphiligraphe russe s'applique tout d'abord à démontrer que la vérole offre, d'une façon générale, moins de danger pour le malade lui-même que pour sa descendance. Voici, par exemple, un homme qui contracte la syphilis et chez lequel les phénomènes morbides ne durent, en tout, que deux ans. Sa femme a eu treize grossesses; un de leurs fils, qui présente des manifestations hérédo-syphilitiques, se marie à son tour et son épouse devient enceinte onze fois. Or, sur ces 24 grossesses dans les deux générations, une seule a donné un enfant né à terme et qui s'est développé d'une façon plus ou moins normale, tandis que les 23 autres ont abouti soit à des avortements, soit à des accouchements d'enfants mort-nés ou présentant des dystrophies anatomiques, des anomalies fonctionnelles, des phénomènes d'hérédo-syphilis, etc.

Au total, les 30 cas de syphilis sur lesquels est basé le travail de M. Tarnovsky ont donné lieu, dans les deux premières générations, à 111 avortements ou accouchements d'enfants mort-nés, à 42 décès d'enfants âgés de moins de deux ans, à 17 faits de syphilis héréditaire et à 71 cas de dystrophies anatomiques ou d'anomalies fonctionnelles.

Toutefois, l'influence exercée par la syphilis sur les descendants va en diminuant d'une génération à l'autre. C'est ainsi que la proportion des avortements et des enfants mort-nés, qui est de 35.5 % dans la première génération, n'est plus que de 28.2 % dans la seconde. Parmi les descendants de la deuxième génération, on compte 50.4 % d'individus atteints de syphilis héréditaire ou de dystrophies, tandis que dans la génération suivante cette proportion se trouve abaissée jusqu'à 26.2 %. Contrairement à l'opinion admise par la plupart des syphiligraphes, M. Tarnovsky estime même que la transmission héréditaire de la vérole s'arrête à la deuxième génération : les cas où l'on observe l'hérédo-syphilis jusque dans la troisième génération seraient précisément dus à une nouvelle infection des représentants de la génération précédente ou, en d'autres termes, à la syphilis binaire. Celle-ci semble exercer une influence des plus néfastes sur la postérité : en effet, le nombre des avortons et des enfants mort-nés ou décédés à l'âge de moins de deux ans, qui est de 32.2 % dans les cas où la seconde génération reste exempte de toute nouvelle infection syphilitique, s'élève, sous l'influence de la syphilis binaire, jusqu'à 60 %. Il en est à peu près de même pour les diverses dystrophies, qui sont représentées par 15.6 % dans la première catégorie de faits et par 33.3 % dans la seconde. Quant à la syphilis héréditaire, elle ferait complètement défaut chez les petits-enfants des sujets du premier groupe, tandis que dans le second la troisième génération fournit encore 11.1 % d'hérédo-syphilitiques.

Ainsi donc, la syphilis binaire produirait sur la descendance immédiate des effets beaucoup plus désastreux que n'importe quelle autre forme ou complication de la vérole. A première vue, cette conclusion paraît d'autant plus difficile à accepter qu'on est généralement porté à attribuer un caractère bénin à la syphilis acquise par des sujets ayant déjà des antécédents héréditaires syphilitiques. D'après M. Tarnovsky, cette opinion serait complètement erronée, attendu qu'à côté des formes plus ou moins bénignes que revêt parfois la vérole dans ces conditions, on rencontre aussi des manifestations excessivement graves. Quelle que soit, d'ailleurs, la bénignité des symptômes morbides qu'on observe en pareille occurrence, il est incontestable que la nouvelle infection trouble profondément l'évolution normale de la maladie et retentit, en particulier, sur le pouvoir de procréation.

En terminant, l'auteur insiste principalement sur l'absence complète de parallélisme entre la durée de la syphilis et l'intensité de ses manifestations, d'une part, et le degré de son influence dystrophique, d'autre part. Une vérole tout à fait bénigne et qui disparaît rapidement, sans laisser aucune trace apparente dans l'économie, peut cependant se traduire de la façon la plus grave sur le sort des descendants du

malade, tandis que des lésions syphilitiques profondes et durables sont parfaitement compatibles avec la possibilité d'engendrer des enfants à peu près indemnes de troubles dystrophiques. Au point de vue pratique, il importe donc de ne pas confondre la guérison des manifestations syphilitiques avec le rétablissement du pouvoir normal de procréation. (*Prakt. Vratch*, 5 et 12 janvier 1902.) — L. CH.

Du sérodiagnostic de la tuberculose,
par M. A. Ivanov.

L'auteur a recherché la séroréaction de la tuberculose, d'après le procédé de MM. Arloing et Courmont, chez 38 individus, dont 5 étaient tout à fait bien portants, 12 malades, mais non tuberculeux, 21, enfin, atteints d'affections tuberculeuses.

Sur les 5 sujets du premier groupe, 3 (c'est-à-dire 60 %) ont donné un résultat positif avec une dilution à 1:10, voire même à 1:20; dans la seconde catégorie de faits, où il s'agissait de maladies tout autres que la tuberculose, la réaction a été obtenue 7 fois sur 12 (58.33 %).

En ce qui concerne le troisième groupe d'observations, il comprenait 6 cas de tuberculose pulmonaire à la première période (expiration rude et prolongée, submatité et quelques râles crépitants aux sommets), 11 de phtisie au second degré (matité et râles étendus à un ou deux lobes du poumon, avec expectoration abondante), 3 de phtisie très avancée (respiration bronchique et tympanisme) et, enfin, une spondylite de nature apparemment tuberculeuse, mais sans lésions pulmonaires. Pour les tuberculeux à la première période, la séroréaction a été obtenue 4 fois sur 6 (66.6 %); les 11 cas de la seconde période ont donné 8 résultats positifs (72.7 %), tandis que, sur les 3 malades porteurs de lésions plus avancées, 1 seul a présenté la séroréaction; celle-ci a également été obtenue dans la spondylite. Au total, sur les 21 cas d'affections tuberculeuses qui ont été soumis à l'examen, 14 seulement ont fourni un résultat positif, ce qui représente une proportion de 66.6 %, à peine supérieure à celle que M. Ivanov a notée pour les individus bien portants (60 %) ou malades mais non tuberculeux (58.33 %).

En se basant sur ces données, l'auteur arrive à conclure qu'on ne saurait, pour le moment, attribuer une valeur pratique à la séroréaction de la tuberculose. Il estime, d'ailleurs, que le procédé de *cultures homogènes*, préconisé par MM. Arloing et Courmont, laisse beaucoup à désirer, les cultures en question étant sujettes à se modifier à la longue, sans compter que, de l'aveu même de ses promoteurs, ce procédé est très délicat et difficile à réaliser. Aussi M. Ivanov recommande-t-il de recourir, de préférence, à la méthode proposée récemment par M. Behring et qui consiste, en principe, à employer, au lieu d'une culture de bacilles vivants, une émulsion de bacilles desséchés et triturés. (*Méd. obozr.*, déc. 1901.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Du traitement chirurgical des néphrites chroniques, la tuberculose rénale exceptée, par M. Th. Rovsing.

Dans le présent travail, M. Rovsing étudie les néphrites chroniques justiciables d'une intervention chirurgicale, en se basant sur les observations de 17 malades qu'il a opérés et dont un seul a succombé.

Au point de vue clinique et opératoire, il propose de distinguer deux groupes de néphrites — les unes non infectieuses, les autres infectieuses —, selon que les urines sont stériles ou contiennent des microbes.

Dans la première catégorie, il range 9 cas, dont un de néphrite parenchymateuse diffuse, un de glomérulo-néphrite, un de néphrite chronique double hémorrhagique, 4 de néphrite interstitielle d'origine goutteuse, un de néphrite chronique par compression; chez un dernier patient, atteint d'hématuries dues sans aucun doute à une des causes précédentes, le diagnostic ne put être précisé, comme dans les autres faits, par l'examen microscopique d'une parcelle de tissu rénal réséquée à l'opération.

La plupart de ces sujets (7 sur 9) présentaient simultanément de la périnéphrite fibreuse, causée selon toute apparence par l'extension du processus inflammatoire rénal à l'atmosphère celluleuse du rein; cette complication réagit à son tour sur le rein qu'elle comprime, d'où les douleurs, et dont elle gêne la circulation, d'où les hémorrhagies.

Pour ces 9 cas, l'intervention consista, selon les circonstances, en la libération et la résection de l'atmosphère celluleuse du rein (*néphrolyse*) avec ou sans néphrotomie. Cette dernière n'est pas sans gravité, surtout quand les deux reins sont intéressés; c'est ainsi que, dans l'observation, plus haut citée, de néphrite double hémorrhagique, la mort s'ensuivit par urémie. A moins d'indication spéciale, telle que la présence d'un hématome sous-cortical ou l'incertitude du diagnostic (tumeur ou calculs supposés), il faut donc s'en abstenir, d'autant que la néphrolyse, en supprimant la compression du rein, suffit à faire cesser les douleurs et les hémorrhagies; cette opération n'agit pas, il est vrai, sur la néphrite elle-même, mais le traitement médical reprend alors ses droits avec plus de chances de succès, surtout dans la néphrite goutteuse.

Les malades de la seconde catégorie (néphrites infectieuses) étaient au nombre de 8. Le diagnostic, par l'examen bactériologique des urines, est ici d'une extrême importance, car il détermine le mode d'intervention; le drainage est rigoureusement indiqué. Pour ces malades, les indications opératoires résultaient des douleurs, des hémorrhagies ou de crises périodiques plus ou moins fébriles. Dans ces sortes de néphrites l'on rencontre très souvent de petits abcès disséminés dans le rein; il peut exister en même temps de la périnéphrite fibreuse. La néphrotomie s'impose généralement, mais si, comme dans un cas de M. Rovsing, le rein atteint a déjà des tendances hémorrhagiques, il peut en résulter de nouvelles hématuries nécessitant une néphrectomie d'urgence. L'ablation du rein est donc parfois nécessaire : elle fut pratiquée 3 fois; toutefois, quand les lésions sont limitées, on peut se contenter d'une résection partielle, même très atypique, ainsi que le prouvent 2 des observations de l'auteur; si les altérations paraissent très avancées ou si l'on suppose une néphrite double, on se bornera à la néphrotomie. La néphrolyse seule est ici plus rarement indiquée que dans les néphrites non infectieuses (elle ne fut pratiquée qu'une fois) : elle convient aux patients atteints de périnéphrite fibreuse et dont les lésions rénales sont simplement d'ordre congestif.

Au point de vue bactériologique, M. Rovsing a rencontré 1 fois le staphylocoque doré, 1 fois le staphylocoque blanc, 2 fois le streptocoque, 1 fois le streptocoque associé au colibacille, 3 fois enfin ce dernier microbe seul. Les lésions produites par ces divers microorganismes sont assez variables et peuvent aller de la simple congestion à l'infiltration purulente circonscrite ou généralisée. Signalons que, dans les 3 cas où l'on trouva des streptocoques, les reins étaient petits et granuleux. Quant aux lésions suppurées produites par le *Bacterium coli*, elles paraissent être, malgré leur étendue, de nature bénigne et d'une guérison facile. (*Hospitalstidende*, 1, 8, 15 et 22 janvier 1902.) — R. DE B.

Des pesées journalières comme méthode diagnostique adjuvante dans les maladies du cœur, par M. H. Iacobæus.

Dans le sanatorium pour cardiaques fondé par M. Finsen, les malades sont systématiquement pesés tous les jours. On peut tirer des graphiques ainsi établis des indications d'une certaine utilité, qui permettent de recommander cette pratique comme moyen adjuvant de diagnostic dans les maladies du cœur.

Les poids sont évalués, après évacuation de la vessie, à l'aide d'une balance sensible à 10 grammes. D'un jour à l'autre, on rencontre souvent des écarts notables et d'apparence paradoxale; ils sont dus pour une bonne part au degré de réplétion du rectum, car on sait que le poids des fèces varie de 170 à 500 grammes par vingt-quatre heures, suivant les régimes : en cas de diarrhée, il peut même atteindre 1,200 ou 1,300 grammes. Ces réserves faites, la lecture des graphiques montre l'évolution du poids du malade, évolution qui est généralement liée à celle de l'œdème : à ce point de vue, la balance a l'avantage d'indiquer des variations qui bien souvent ne seraient pas perceptibles cliniquement (1).

En l'absence d'œdèmes progressifs, les pesées renseignent sur les effets du régime alimentaire prescrit; on sait que les cardiaques à tendances œdémateuses doivent limiter au strict nécessaire l'ingestion des liquides ou des aliments riches en eau; si donc, en pesant leurs boissons et leurs aliments, d'une part, leurs *excreta*, d'autre part, et en tenant compte de la perte moyenne de poids réalisée par le poumon et la peau (1,200 gr. environ par vingt-quatre heures), on s'aperçoit qu'il y a rétention aqueuse, on devra modifier le régime diététique dans la mesure exigée par chaque cas.

Par les pesées quotidiennes, il est également possible d'apprécier le fonctionnement du poumon et de la peau; il suffit pour cela de peser les *ingesta* et les *excreta*, puis de faire la différence. On peut, enfin, de la même manière, contrôler et graduer le traitement prescrit, soit médicamenteux, soit physico-mécanique : bains, drastiques, laxatifs, radiothérapie. (*Ugeskrift for Læger*, 24 et 31 janvier 1902.) — R. DE B.

De la leucocytose dans la pneumonie aiguë,
par M. K. J. Figenschau.

On sait que la pneumonie s'accompagne généralement de leucocytose; dans le présent travail, M. Figenschau s'applique à déterminer la fréquence et la signification de ce phénomène.

Ses recherches ont porté sur 50 pneumoniques : 42 d'entre eux présentaient de la leucocytose, portant principalement sur les polynucléaires neutrophiles; chez les 8 autres, au contraire, la teneur du sang en globules blancs était égale ou le plus souvent inférieure à la normale. Sur les 42 malades du premier groupe, 6 seulement ont succombé, tandis que des 8 autres 5 sont morts; il est donc évident que la leucocytose est d'un pronostic favorable, et d'ailleurs les 6 décès survenus parmi les malades offrant une augmentation du nombre des globules blancs confirment indirectement cette règle : tous ces cas, en effet, étaient compliqués (alcoolisme, pneumonies doubles, etc.). La leucocytose apparaît ainsi comme une manifestation de défense de l'organisme : plus la maladie est grave ou plus l'organisme est vigoureux, et plus cette réaction est énergique; mais, si elle est trop faible ou si les lésions sont trop profondes ou trop étendues, elle devient incapable de ramener l'équilibre physiologique.

Au moment de la défervescence, on voit apparaître une très forte proportion de leucocytes éosinophiles, alors que le sang n'en comptait auparavant qu'un très petit nombre, ou même pas du tout. Par suite, la présence des leucocytes éosinophiles est d'un heureux augure : leur absence, surtout quand la leucocytose a été faible ou nulle, doit faire craindre la terminaison fatale. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Emploi de la paraffine en guise de protective.

Afin d'éviter la formation d'adhérences entre la plaie et les matériaux de pansement, on se sert habituellement, surtout après les opérations plastiques, de diverses sortes de *protectives*, constitués par des étoffes de soie ou de coton enduites d'un vernis (mince couche liquide de caoutchouc) ou imprégnées de vaseline, d'huile, etc. Cette manière de procéder n'est, toutefois, pas exempte d'inconvénients : les étoffes en question s'altérant rapidement sous l'influence de la stérilisation par ébullition, on est obligé de les conserver constamment dans des solutions bactéricides, de sorte qu'on s'expose à mettre ces antiseptiques au contact d'une plaie qu'il serait préférable de traiter par l'asepsie pure. Pour remédier à cet état de choses, M. le docteur C. Springer, assistant de

(1) Nous devons rappeler à ce propos que M. A. Chauffard a publié dans ce journal même, l'an passé, un important travail sur « La méthode des pesées quotidiennes pour l'évaluation quantitative des épanchements du péritoine et de la plèvre », dans lequel il insistait sur la précision des renseignements fournis par la balance pour apprécier l'abondance des hydropisies des grandes séreuses thoracique et abdominale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 233-236). — N. D. L. R.

M. le docteur C. Bayer, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté allemande de médecine de Prague, s'est appliqué à utiliser la paraffine en guise de protective. Voici quel est le procédé qu'il a imaginé à cet effet :

On commence par verser dans un vase plat muni d'un couvercle de l'eau jusqu'à 3 ou 4 centimètres de hauteur; on chauffe ensuite ce liquide à 100° et, après y avoir projeté un morceau de paraffine dont le point de fusion est à 45° ou 47°, on laisse bouillir encore pendant une dizaine de minutes, puis on place le vase dans de l'eau froide, ce qui ne tarde pas à amener la solidification de la paraffine, laquelle se présente sous forme d'une mince pellicule recouvrant la surface du liquide. Il suffit alors de mettre le tout dans de l'eau à 40° pour communiquer à la couche de paraffine une souplesse remarquable. Au moyen d'une aiguille chauffée au rouge, on peut, au besoin, percer quelques orifices dans la pellicule qui surnage à la surface de l'eau, puis on y découpe, avec des ciseaux, un morceau des dimensions voulues et on l'applique à l'aide de deux pinces, en ayant soin de tourner vers la plaie la face qui était en contact avec l'eau.

Ainsi préparée, la paraffine répondrait parfaitement à toutes les conditions que doit remplir le pansement dont il s'agit : lisse et n'adhérant pas aux téguments, elle serait facile à enlever avec la gaze qu'on dispose par-dessus ; exempte d'antiseptiques, elle n'exercerait pas la moindre action irritante, tout en se laissant stériliser aussi complètement que possible par une ébullition prolongée. Elle offrirait, en outre, sur les graisses qui entrent dans la composition des protectives, l'avantage de se maintenir à l'état solide et, partant, de ne pas imbiber la gaze sus-jacente, qui conserverait ainsi tout son pouvoir d'absorption. Enfin, si l'on tient compte du prix élevé des protectives, on comprend qu'à ce point de vue encore la paraffine doive leur être préférée.

En ce qui concerne la fabrication de la pellicule de paraffine, il est facile, avec un peu d'habitude, d'obtenir l'épaisseur voulue, en employant 1 à 2 c.c. de paraffine pour 50 centimètres carrés de surface d'eau. Il faut seulement avoir soin de ne pas agiter le vase pendant la solidification, pour que la couche de paraffine soit d'une épaisseur uniforme.

L'anesthésie dentaire au moyen de l'extrait de capsules surrénales associé à la cocaïne.

S'il est une intervention de petite chirurgie pour laquelle l'anesthésie locale par la cocaïne paraisse indiquée, en raison de son innocuité habituelle et de la commodité de son emploi, c'est assurément l'avulsion d'une dent. Malheureusement, la cocaïne agit mal sur les tissus enflammés, et elle est également infidèle quand on l'injecte dans des tissus lâches; or, l'une et l'autre de ces conditions se trouvent fréquemment réalisées en chirurgie dentaire (périostite ou gingivite; laxité des tissus entourant la dent de sagesse du bas).

La cause de l'insuccès de la cocaïne, en pareille occurrence, devant être sans doute attribuée à sa trop rapide diffusion dans le torrent circulatoire, on a cherché à retarder cette diffusion en dissolvant l'analgésique non plus dans l'eau, mais dans un corps gras, comme l'huile d'amandes douces ou la vaseline liquide (Poinsot); mais ce procédé, s'il a l'avantage d'assurer une insensibilité parfaite, exposerait le patient à des douleurs consécutives assez violentes, sans compter qu'on verrait parfois se former, par la suite, des nodosités pouvant persister plusieurs mois.

Cela étant, M. le docteur Battier (de Kremlin-Bicêtre) a eu l'idée de mettre à profit les propriétés vaso-constrictives énergiques de l'extrait de capsules surrénales pour ischémier la région qu'il y a lieu d'anesthésier. Dans ce but, notre confrère fait préparer une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 %, et une solution d'extrait surrénal à 5 %; au moment d'opérer, il aspire dans une seringue de Pravaz ordinaire trois parties de la première solution, puis une partie de la seconde : il a ainsi un mélange renfermant, pour 1 c.c. d'eau, 0 gr. 0075 décimilligr. de chlorhydrate de cocaïne et 0 gr. 0125 décimilligrammes d'extrait de capsules surrénales. C'est avec cette mixture qu'on procède à l'insensibilisation; pour cela, il suffit de faire trois ou quatre piqûres intragingivales autour de la dent à extraire; on use ainsi un demi-centimètre cube environ du mélange ci-dessus indiqué, soit à peu près 0 gr. 004 milligr. de chlorhydrate de cocaïne et 0 gr. 006 milligr. d'extrait surrénal.

D'après M. Battier, ce procédé aurait non seulement l'avantage d'assurer l'anesthésie d'une façon parfaite, et avec de faibles doses de cocaïne, même en cas de périostite ou de gingivite, mais encore il permettrait d'opérer « à blanc » et, par suite, il faciliterait la recherche des racines; en outre, grâce à l'action de l'extrait de capsules surrénales sur la circulation générale — effet se traduisant par une accélération passagère des battements du cœur —, on n'aurait pas à redouter l'apparition d'accidents syncopaux.

Traitement des ulcères de la cornée par des applications d'acide phénique pur.

On sait que le moyen le plus énergique pour combattre le processus ulcératif de la cornée consiste dans la cautérisation ignée (thermo ou galvanocautère, crochet à strabisme rougi à la flamme). Malheureusement, cette méthode de traitement présente le grave inconvénient de détruire les tissus d'une façon irrémédiable et de laisser, par conséquent, des leucomes indélébiles, sans compter qu'elle expose à la perforation de la cornée. Aussi, M. le docteur S. Theobald, professeur de clinique ophtalmologique à Johns Hopkins University de Baltimore, recommande-t-il de substituer à la cautérisation ignée l'emploi de l'acide phénique pur, qui est généralement fort peu usité dans la pratique oculistique.

Notre confrère procède de la manière que voici : après avoir anesthésié l'œil malade à l'aide de la cocaïne, il cautérise l'ulcère au moyen d'un cure-dent pointu, à l'extrémité duquel on enroule du coton hydrophile imbibé d'acide phénique pur. Il faut avoir soin de fixer sur ce stylet improvisé aussi peu d'ouate que possible, afin d'éviter la diffusion du médicament sur les parties saines de la cornée. On applique le caustique en frottant quelque peu la surface de l'ulcère, de façon à pratiquer une sorte de curettage. Au besoin, si les bords de l'ulcère sont infiltrés par des produits de nécrose, on fait au préalable un nettoyage, soit à l'aide d'une petite curette, soit tout simplement au moyen du cure-dent chargé de coton hydrophile sec. On laisse l'acide phénique en contact avec l'ulcère pendant quelques instants, en ayant soin de maintenir les paupières écartées, puis on enlève l'excès de caustique en lavant la cornée à l'eau stérilisée ou à l'eau boriquée, ou encore avec une solution physiologique de chlorure de sodium. L'effet de la cocaïne une fois dissipé, le malade éprouve une sensation de cuisson, habituellement peu prononcée.

Ce procédé de traitement se montrerait très efficace contre l'ulcère à hypopyon (surtout dans ses premières phases), ainsi que contre les ulcérations suppurées d'origine traumatique, etc. M. le docteur J. Bordley l'a aussi employé, avec succès, dans les cas d'ulcère compliquant la conjonctivite blennorrhagique.

Il va de soi que certaines lésions ulcératives de la cornée ne sont pas justiciables de la méthode dont il s'agit : il en est ainsi, par exemple, de l'ulcère qui accompagne la kératite phlycténulaire et qui, étant dû à des microorganismes relativement peu virulents (staphylocoque doré), se laisse facilement influencer par l'oxyde jaune de mercure, associé ou non à l'acide borique. Par contre, l'acide phénique serait tout indiqué, en raison de son action bactéricide énergique, dans les cas d'ulcère serpigineux dont la formation semble être sous la dépendance du pneumocoque et du streptocoque.

L'antipyrine dans le traitement de la fièvre puerpérale.

Pour combattre l'hyperthermie due à la septicémie puerpérale, on a surtout recours aux sels de quinine, tandis que l'antipyrine n'est guère employée à cet effet, tout au moins d'une façon systématique. Or, d'après l'expérience, datant de plusieurs années, de MM. les docteurs H. Curschmann, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Leipzig, et P. Zweifel, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à ladite Faculté, l'antipyrine administrée à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes, divisée en plusieurs prises de 0 gr. 50 centigr., se montrerait particulièrement efficace contre la fièvre puerpérale, et cela en agissant non seulement sur l'élévation thermique, mais aussi sur le processus infectieux dans son ensemble. Sous l'influence de ce médicament, on verrait le nombre des pulsations et celui des respirations tomber parallèlement à la température, et on obtiendrait la guérison même dans les cas graves avec hyperpyrexie et frissons répétés. L'antipyrine serait donc très bien supportée, à la condition qu'on l'associe, chez les malades affaiblies, aux toniques, tels que l'alcool, la caféine, le camphre, etc. Suivant M. Curschmann, l'apparition d'un exanthème médicamenteux ne doit pas faire suspendre la médication, cet accident n'entraînant, en somme, aucune suite fâcheuse et pouvant, d'ailleurs, disparaître alors même qu'on continue l'usage de l'antipyrine.

Solution alcoolique de tannin pour la prophylaxie de la mastite puerpérale.

Pour éviter, pendant les suites de couches, les complications du côté des seins, M. le docteur F. Ahlfeld, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Marbourg, recommande le traitement prophylactique que voici : tous les deux jours, on lave soigneusement l'aréole et le mamelon à l'eau, puis, après les avoir asséchés, on les touche légèrement avec un tampon de coton imbibé d'une solution de tannin à 10 % dans l'alcool à 96°. On laisse ensuite sécher les surfaces humectées, avant de remettre les vêtements.

Notre confrère emploie ce procédé depuis deux ans et durant ce laps de temps il n'a pas vu survenir, dans son service, une seule suppuration du sein chez les femmes qui, pendant leur grossesse, avaient suivi le traitement en question.

La faradisation contre les dermatoses prurigineuses.

M. le docteur Bouveyron (de Lyon) a été à même de constater que la faradisation est susceptible d'exercer sur le prurit une action calmante analogue à celle qu'on obtient avec l'électricité statique, tout en présentant l'avantage de ne pas nécessiter une installation coûteuse et compliquée : le petit appareil à induction dont on se sert habituellement dans la pratique médicale et les électrodes qui l'accompagnent sont en effet suffisants.

Notre confrère s'est servi du courant faradique dans les dermatoses prurigineuses les plus diverses (eczéma, lichen, miliaire sudorale, pityriasis rosé, morphée) avec des résultats à peu près identiques; ce traitement a, toutefois, échoué dans deux cas de prurigo sénile.

En supprimant le prurit, la faradisation favoriserait la guérison de l'affection, sans jamais exercer une action nocive. Ajoutons que le pôle positif semble produire des effets sédatifs quelque peu plus marqués que le pôle négatif.

Traitement de la glossite chronique par des applications de nitrate d'argent ou d'acide chromique, associées à l'électricité.

Un médecin américain, M. le docteur M. L. Ravitch (de Lexington) traite avec succès les diverses formes de glossite chronique (leucoplasie, glossite disséquante, etc.), qui, comme on le sait, se montrent souvent fort rebelles, par des cautérisations au nitrate d'argent ou à l'acide chromique, associées à l'action du courant galvanique. Voici quelle est la manière de procéder adoptée par notre confrère : on commence par badigeonner la langue avec une solution d'azotate d'argent à 15 % ou bien avec une solution d'acide chromique à 5 %; puis on recommande au patient de tenir dans une main l'électrode positive, pendant qu'on promène l'électrode négative sur les parties qui viennent d'être cautérisées. La séance d'électrisation dure de dix à quinze minutes. Il se produit une salivation abondante à laquelle il est, du reste, facile de remédier en maintenant un gros tampon d'ouate hydrophile à la bouche.

Sous l'influence de ces applications galvanochimiques, les douleurs se calmeraient, en même temps que la langue se détergerait pour revenir peu à peu à l'état normal. La guérison ne nécessiterait que de vingt à trente séances, même dans les cas les plus graves.

TRAVAUX ORIGINAUX

Existe-t-il en clinique des localisations dans la capsule interne?

Quand on examine des coupes microscopiques horizontales de la région thalamique moyenne et inférieure du cerveau, on aperçoit entre les noyaux gris centraux la zone décrite par les anatomistes sous le nom de *capsule interne*. Cette dernière affecte la forme d'un angle obtus ouvert en dehors; le sommet de cet angle constitue le genou de la capsule; en avant de lui est le segment lenticulo-caudé; en arrière sont le segment lenticulo-optique et le segment rétro-lenticulaire de Dejerine.

La coloration des gaines de myéline avec la méthode de Weigert ou de Pal permet de constater que les fibres constitutives du segment antérieur de la capsule interne ont une direction horizontale et pénètrent dans le thalamus. Le genou et le segment lenticulo-optique sont constitués par des fibres à direction verticale. Quant aux fibres du segment rétro-lenticulaire, elles affectent une direction horizontale.

Sur les coupes de la région thalamique supérieure, les segments antérieur et postérieur de la capsule interne formant un angle très obtus, le genou n'est pas visible. Dans la région hypothalamique le segment antérieur de la capsule interne a disparu et le faisceau de Türck se voit en arrière des fibres constituant plus haut le segment lenticulo-optique.

Ces quelques notions d'anatomie normale étaient indispensables à rappeler pour la compréhension de notre étude.

La région de la capsule interne est très importante en neurologie, et depuis longtemps les physiologistes et les cliniciens ont cherché à y localiser les différents conducteurs qui viennent de la corticalité ou qui, au contraire, issus des parties sous-jacentes, se dirigent vers le télencéphale.

Avant d'exposer les résultats de nos propres recherches sur les localisations capsulaires, nous croyons nécessaire de schématiser brièvement les différentes conceptions des auteurs sur la systématisation de la capsule interne chez l'homme. Quant aux multiples expériences faites sur les animaux, on en trouvera la relation dans une revue récente très documentée de M. Abadie (1).

I

Dans ses leçons de la Salpêtrière, Charcot (2) spécifia que le faisceau pyramidal, faisceau moteur, occupait les deux tiers antérieurs du segment postérieur de la capsule interne et qu'en arrière de lui existaient, ainsi que l'avait déjà signalé Türck, les différents faisceaux de sensibilité générale et spéciale. « Les lésions, dit Charcot, portant sur la région postérieure lenticulo-optique de la capsule interne ont pour conséquence obligatoire la forme d'hémianesthésie que j'appelle cérébrale et dans laquelle les sens auxquels président les nerfs cérébraux proprement dits, nerfs optiques et nerfs olfactifs, sont intéressés, de manière à reproduire fidèlement l'hémianesthésie des hystériques. » M. Gilbert Ballet (3) développa dans sa thèse les idées de Charcot sur la localisation du faisceau sensitif et créa le carrefour sensitif.

M. Brissaud (4), qui étudia plus spécialement le faisceau géniculé, indiqua que ce faisceau renfermait des fibres motrices se distribuant aux noyaux du bulbe pour donner le mouvement à la face, à la langue, en un mot à toutes les parties du visage pouvant être actionnées par la volonté. Dans ce faisceau géniculé on a dissocié les fibres destinées au noyau de l'hypoglosse (Raymond et Artaud), les fibres de la branche motrice du trijumeau (Lépine), les fibres du spinal (Garel et Dor).

(1) Abadie. Les localisations fonctionnelles de la capsule interne. (*Thèse de Bordeaux*, 1900.)

(2) J.-M. Charcot. Œuvres complètes. T. IV : Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière, p. 113. Paris, 1887-1890.

(3) G. Ballet. Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau. (*Thèse de Paris*, 1881.)

(4) E. Brissaud. Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques. (*Thèse de Paris*, 1880.)

Charcot décrivit aussi le faisceau de l'hémichorée. S'appuyant sur trois autopsies d'hémichorée post-hémiplégique, il disait : « A côté et en avant des fibres qui, dans la couronne rayonnante, servent de voies aux impressions sensitives, il est des faisceaux de fibres douées de propriétés motrices particulières et dont l'altération déterminerait l'hémichorée. » Cette conception du faisceau de l'hémichorée fut longuement développée par M. Raymond (1). A l'hémiathétose, à l'hémiparalysie agitante, à l'hémisclérose en plaques, à l'hémiataxie des hémiplégiques, on fixa une localisation capsulaire semblable.

Dans le segment antérieur de la capsule interne, M. Brissaud signala le faisceau psychique. Comme le dit cet auteur, dans une de ses leçons cliniques, le « faisceau dit psychique n'est qu'un trait d'union entre certains centres où la pensée prend naissance et d'autres moins nobles qui en projettent automatiquement le reflet : il est l'instrument indispensable des mouvements qu'on qualifie à tort ou à raison de psycho-réflexes. A ce titre seulement, et eu égard à cette concession, le faisceau psychique n'a pas tout à fait démérité son nom » (2).

Ainsi, pour résumer la conception des localisations capsulaires, on voit que l'école de Charcot admettait dans la capsule interne des faisceaux distincts : faisceau psychique dans le segment antérieur, faisceau de l'aphasie et faisceau géniculé dans le segment moyen, faisceau pyramidal, faisceau de l'hémichorée, faisceau sensitif dans le segment postérieur. Tous ces faisceaux divers sont figurés dans les livres classiques.

Les auteurs poursuivirent spécialement l'étude des localisations motrices capsulaires et arrivèrent sur ce sujet à des conclusions plus précises. MM. François Franck et Pitres (3) reconnurent chez le chien, par la méthode expérimentale, des faisceaux moteurs distincts, mais les recherches de MM. Beevor et Horsley (4) nous intéressent particulièrement, puisque les résultats par eux obtenus chez les singes ont été généralisés à l'homme. Ils montrèrent que l'excitation de la capsule interne du *Macacus simius* amène successivement des mouvements des yeux, de la tête, de la face, de la langue, du membre supérieur, du tronc, du membre inférieur. Dans les figures qui accompagnent leurs mémoires, on peut voir que c'est vers le genou et la portion du segment antérieur de la capsule adjacente au genou que sont situées les fibres destinées aux mouvements des yeux et de la tête. Les fibres destinées au membre supérieur, au tronc, au membre inférieur, sont situées dans le segment postérieur. MM. Beevor et Horsley spécifient, dans leurs schémas, la position des fibres destinées aux mouvements des diverses articulations du membre supérieur ou du membre inférieur, et ils ont dissocié ainsi les zones capsulaires amenant les mouvements de l'épaule, du coude, du poignet, des doigts, de la hanche, du genou, du cou-de-pied, des gros et des petits orteils. Pour eux, il y aurait une concordance absolue, un parallélisme parfait entre les localisations corticales et les localisations capsulaires. Nous croyons inutile d'insister sur l'importance de ces conclusions, tant au point de vue de l'anatomie que de la physiologie de la voie pyramidale.

(1) F. Raymond. Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques. (*Thèse de Paris*, 1876.)

(2) E. Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses faites à la Salpêtrière, 1893-1894, p. 467. Paris, 1894.

(3) François Franck et Pitres. Recherches expérimentales et critiques sur l'excitabilité des hémisphères cérébraux. (*Arch. de physiol.*, 1885.) — Article : « Encéphale » *in* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre.

(4) Beevor et Horsley. The experimental investigation in the arrangement of the excitable fibres of the internal capsule of the Bonnet Monkey (Macacus simius). (*Philosoph. Transact. of the Royal Soc. of London*, 1890, CLXXXI, p. 49-88.) — A record of the results obtained by electrical excitation of the so-called motor cortex and internal capsule in an Orang outang. (*Philosoph. Transact. of the Royal Soc. of London*, 1890, CLXXXI, p. 129-158 et *Semaine Médicale*, 1890, p. 310.)

Dans les traités d'anatomie les plus récents, les auteurs admettent la systématisation des différents faisceaux de la voie motrice.

M. von Monakow (1) écrit que chez l'homme les localisations capsulaires motrices sont assez semblables à celles qu'ont décrites MM. Beevor et Horsley; il spécifie que les fibres destinées au membre supérieur sont en avant des fibres destinées au membre inférieur.

M. de Bechterev (2) admet pour l'homme les conclusions de MM. Beevor et Horsley. Pour M. Van Gehuchten (3), dans la capsule interne les fibres destinées à la moelle cervicale sont entre les fibres du facial et de l'hypoglosse, qui passent par le genou, et les fibres corticales pour le membre inférieur, qui sont en arrière. Les fibres motrices, dit M. Van Gehuchten, sont situées dans la capsule interne entre les fibres sensitives, qui occupent le segment rétro-lenticulaire, et les fibres cortico-thalamiques, qui forment la substance blanche du bras antérieur.

M. Obersteiner (4), dans la dernière édition de son traité d'anatomie, parue au mois de mai 1901, donne un schéma de la capsule interne où est notée la systématisation suivante (*fig. 1*) :

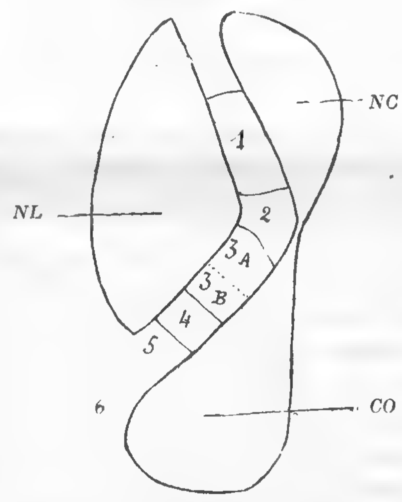


Fig. 1. — Schéma de la capsule interne, d'après Obersteiner.

NC, noyau caudé; *NL*, noyau lenticulaire; *CO*, couche optique; *1*, faisceau fronto-protubérantiel; *2*, faisceau cortico-bulbaire; *3 A*, faisceau cortico-cervical; *3 B*, faisceau cortico-lombaire; *4*, faisceau du sens musculaire; *5*, faisceau temporo-protubérantiel; *6*, radiations optiques (partie rétro-lenticulaire de la capsule interne).

la moitié antérieure du segment antérieur de la capsule est formée par le pédoncule antérieur de la couche optique et par une partie du tractus strio-thalamique; en arrière de ces faisceaux se trouve le faisceau fronto-protubérantiel; au voisinage du genou est la voie des nerfs crâniens moteurs. Dans le segment postérieur, il place le faisceau pyramidal, divisé en plusieurs territoires qui sont, d'avant en arrière, le territoire cortico-cervical, le territoire cortico-brachial, le territoire cortico-lombaire et

(1) C. von Monakow. Gehirnpathologie, p. 38. Vienne, 1897.

(2) V. de Bechterev. Les voies de conduction du cerveau et de la moelle (traduit de l'allemand par C. Bonne), p. 561. Paris, 1900.

(3) Van Gehuchten. Contribution à l'étude du faisceau pyramidal. (*Journ. de neurol.*, 5 et 20 août 1896.) — Anatomie du système nerveux de l'homme. 3e éd., T. II, p. 426. Louvain, 1900.

(4) Obersteiner. Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. 4e éd., p. 396 (fig. 179). Vienne, 1901.

le territoire cortico-crural. Il figure en arrière un territoire spécial pour les fibres conductrices du sens musculaire, ce territoire étant lui-même subdivisé en une zone pour le sens musculaire des extrémités supérieures et une zone pour le sens musculaire des extrémités inférieures. Il parle aussi du carrefour sensitif au niveau du segment rétro-lenticulaire de la capsule.

M. et Mme Dejerine (1) disent, dans leur traité d'anatomie : « Chez l'homme, les neurones de projection de la corticalité motrice occupent dans le segment postérieur de la capsule interne une situation d'autant plus en arrière du genou qu'ils proviennent de régions plus supérieures de la zone rolandique. » C'est ce qu'ils spécifient dans la figure 49 du tome II de leur traité, dont nous donnons ici une schématisation (*fig. 2*). Ils ajoutent, d'ailleurs : « Ceci est tout à

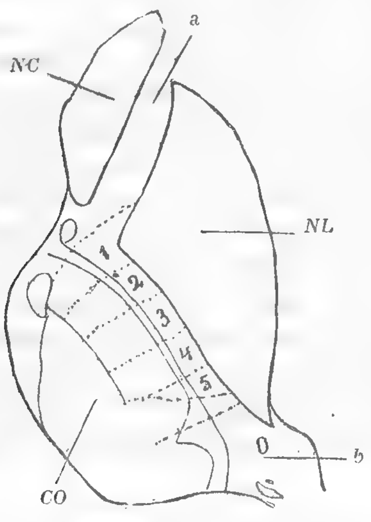


Fig. 2. — Schéma de la capsule interne, d'après M. et Mme Dejerine.

NC, noyau caudé; *NL*, noyau lenticulaire; *CO*, couche optique; *a*, segment antérieur de la capsule interne; *b*, segment rétro-lenticulaire de la capsule interne. Les chiffres, de *1* à *5*, qui désignent les divers segments de la capsule interne, correspondent de bas en haut à des territoires spéciaux de la zone corticale motrice.

fait confirmatif des faits observés par Beevor et Horsley dans la capsule interne du singe ». Si donc on admet les localisations corticales, on voit, d'après le schéma de M. et Mme Dejerine, qu'une lésion limitée d'un territoire capsulaire devrait être susceptible de déterminer une symptomatologie de déficit localisée soit au membre supérieur, soit au membre inférieur, soit à la face. Quant aux conclusions de M. et Mme Dejerine sur les localisations sensitives, nous aurons l'occasion de les signaler plus loin.

II

Il résulte donc de cette étude historique que les neurologistes ont une opinion concordante sur la systématisation motrice de la capsule interne. Nous savons, d'ailleurs, par l'anatomie normale, que le segment postérieur de la capsule interne est *assez étendu* pour que l'on puisse y rencontrer des lésions localisées. Nous sommes donc en droit de supposer que l'on doit observer en clinique des malades avec des paralysies limitées correspondant à des lésions capsulaires localisées, nous sommes en droit de supposer que la symptomatologie clinique est adéquate à la localisation des lésions. C'est ce que nous nous sommes proposés de vérifier dans de nombreuses autopsies, recherchant ainsi les différentes localisations capsulaires motrices et sensitives.

Cette étude a porté uniquement sur les localisations capsulaires de l'homme. Nous insistons sur ce point, car nous ne nions aucunement les résultats obtenus par les auteurs sur les animaux. Si intéressantes, si importantes que soient les conclusions de la physiologie et de l'anatomie comparée, nous pensons toutefois que ces conclusions ne sont applicables qu'à la seule espèce animale en expérimentation et qu'on ne peut en aucun cas les généraliser à l'homme. Or, dans l'anatomie du névraxe, c'est avec une fréquence grande, et à tort suivant nous, que l'on voit les descriptions humaines être basées seulement sur des recherches faites chez les animaux les plus différents.

Notre méthode est donc la *méthode anatomo-clinique*, mais pour l'usage de cette méthode quelques points sont encore à préciser. Il est d'une nécessité absolue de faire, pour chaque cas étudié, des coupes microscopiques de tout le névraxe. Quand on cherche, en effet, à déterminer une localisation par la méthode anatomo-clinique, il faut être assuré qu'il n'existe pas des lésions multiples ou des lésions étendues. C'est ainsi que, pour les localisations corticales, il est incontestable que, bien souvent, les auteurs, autrefois, ont eu le tort de ne pas faire des coupes sériées, microscopiques ou non. Il arrive trop fréquemment qu'à des lésions corticales minimes, bien aptes en apparence à la détermination d'une localisation, correspondent des lésions centrales considérables qui viennent rendre ce cerveau inutilisable pour le but que l'on se proposait. Si l'on veut déterminer une localisation capsulaire, il est nécessaire aussi d'examiner sur des coupes microscopiques les centres nerveux sous-jacents, car très souvent on rencontre dans la protubérance de petits foyers de désintégration lacunaire, qui ne permettent plus de considérer la lésion capsulaire comme ayant seule entraîné la symptomatologie constatée.

Les anciens auteurs n'ont pas utilisé la méthode des coupes sériées; aussi peut-on dire, sans exagération aucune, que la plupart des observations publiées avant ces dernières années sont inutilisables pour la recherche des localisations corticales ou capsulaires. Dans toutes les autopsies que nous mentionnons, des coupes microscopiques ont été faites sur tout le névraxe; nous n'avons conservé pour notre étude que les seules lésions pures.

III

Parmi les faisceaux anciennement figurés dans la capsule interne, le faisceau de l'hémichorée et celui de l'hémiathétose doivent disparaître en tant que faisceaux distincts. Cette opinion a déjà été formulée par MM. Kahler et Pick, M. Brissaud, M. Dejerine et beaucoup d'autres auteurs. M. Raymond (1) lui-même pense aujourd'hui que l'hémichorée et l'hémiathétose peuvent être produites par une irritation du faisceau pyramidal, siégeant en un endroit quelconque. Pour nous, bien que nous ayons vu réalisées les lésions et les dégénérations capsulaires les plus différentes quant à leur siège, nous n'avons jamais observé chez nos malades ni hémichorée, ni hémiathétose; ce fait tient sans doute à ce que nous avons examiné principalement le système nerveux d'individus ayant eu leurs lésions cérébrales à un âge plus ou moins avancé de la vie; l'hémichorée et l'hémiathétose paraissent appartenir surtout aux lésions infantiles.

IV

Nous avons rappelé plus haut la théorie de Charcot et de ses élèves sur le *carrefour sensitif*. Pour ces auteurs, la lésion de la zone sensitive de la capsule interne produirait en clinique une hémianesthésie sensitivo-sensorielle semblable à celle des hystériques. M. von Monakow (2) a déjà insisté sur ce point que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle par lésion capsulaire n'a pas encore été démontrée par un fait anatomique certain. M. Dejerine (1), de même, a prouvé par l'anatomie et par la clinique que l'hémianesthésie capsulaire organique peut s'accompagner d'hémianopsie, mais non d'hémianesthésie sensorielle. Pour cet auteur, d'ailleurs, et pour son élève Long (2), lorsqu'une altération de la partie postérieure du segment postérieur de la capsule interne s'est traduite pendant la vie par une hémiplégie accompagnée d'hémianesthésie, la couche optique participe à la lésion capsulaire. Il est nécessaire pour eux que cette lésion du thalamus siège dans une région spéciale, en avant du pulvinar, dans la partie postérieure et inférieure du noyau externe.

La plupart des auteurs modernes admettent que la zone corticale motrice est en même temps sensitive, sans que d'ailleurs ils puissent préciser avec exactitude quelle est l'étendue de cette zone sensitive. Aussi, l'on s'explique les conclusions de MM. Dejerine et Long, à savoir que l'hémianesthésie de la sensibilité générale se rencontre, chez les sujets porteurs de lésions centrales des hémisphères, dans deux conditions : « 1° dans le cas de lésion thalamique détruisant et les fibres terminales du ruban de Reil et les fibres du neurone thalamo-cortical; 2° lorsque, le thalamus étant intact, ses connexions avec la corticalité sensitivo-motrice sont plus ou moins détruites. Dans ce dernier cas, la lésion est du reste toujours très étendue. » C'est une conclusion analogue qu'adopte M. Grasset (3).

Nous ne pouvons ici discuter complètement la question de l'hémianesthésie par lésion centrale. Toutefois, il nous paraît utile de rappeler que, au point de vue clinique, cette hémianesthésie, quand elle existe, se présente bien souvent avec une apparence très spéciale.

Les malades, même examinés peu de temps après l'ictus, ne sont pas à proprement parler des hémianesthésiques. S'ils ne perçoivent pas les sensations tactiles légères, ils ressentent, au contraire, les sensations douloureuses (piqûre, pincement, etc.), surtout si ces excitations douloureuses sont répétées un certain nombre de fois; il semble qu'il soit souvent nécessaire de créer une sommation des excitations pour que celles-ci apparaissent dans le champ de la conscience ou soient capables d'amener des mouvements réflexes inconscients. Mais, si l'hémiplégique hémianesthésique perçoit les sensations douloureuses et témoigne de cette perception par des phénomènes moteurs, par une agitation incessante, il ne paraît pas interpréter avec exactitude les sensations perçues. C'est ce défaut d'interprétation qui empêche les malades de dire quelle est la cause de leur agitation, qui les empêche de porter leur main saine vers les endroits du corps douloureusement excités, contrairement à ce que l'on constate du côté non hémiplégié, quand on y provoque une excitation semblable. Ajoutons que les troubles sensitifs des hémiplégiques sont surtout accentués dans le segment ectromélique des membres, et nous verrons par ces caractères combien diffèrent l'hémianesthésie des hystériques et l'hémianesthésie des hémiplégiques organiques. Cette hémianesthésie (en faisant d'ailleurs sur le mot lui-même toutes les réserves que comportent les modalités que nous venons de signaler) n'est presque jamais persistante.

Dans ce travail, nous nous sommes proposé de rechercher les *localisations capsulaires*; par conséquent nous n'envisagerons ici que les faits où l'autopsie nous a permis de constater des lésions de la *zone sensitive de la capsule interne*. Dans 10 cas nous avons observé, sur

(1) M. et Mme Dejerine. Anatomie des centres nerveux. T. II, p. 253 (fig. 49). Paris, 1901.

(1) F. Raymond. De l'hémichorée préparalytique. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 23 juillet 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 244.)

(2) Von Monakow. (*Loc. cit.*, p. 367.)

(1) Dejerine. De l'hémianesthésie d'origine cérébrale. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 249.)

(2) E. Long. Les voies centrales de la sensibilité générale (étude anatomo-clinique). (*Thèse de Paris*, 1899.)

(3) Grasset. Diagnostic des maladies de l'encéphale (siège des lésions), p. 18. Paris, 1901.

des coupes microscopiques, des lésions de la zone dite sensitive de la capsule interne, lésions soit isolées, soit concomitantes avec des lésions ou des dégénérations de la zone capsulaire motrice. Ces 10 malades étaient hémiplégiques, mais ne présentaient au moment de l'examen aucun trouble de la sensibilité. Notre examen a été fait, d'ailleurs, pour certains d'entre eux, plusieurs mois ou plusieurs années après le début de l'hémiplégie. La *figure 3* montre la schématisation des lésions telles que nous les observâmes sur les coupes microscopiques de la capsule interne d'un malade hémiplégique depuis huit années et qui n'offrait aucune altération sensitive. Sur ces coupes, on voit une lésion destructive du noyau lenticulaire, du genou et de tout le segment postérieur de la capsule interne. Nous donnons cette figure comme un exemple que nous pourrions multiplier d'une lésion de la zone sensitive de la capsule n'ayant pas déterminé en clinique d'hémianesthésie.

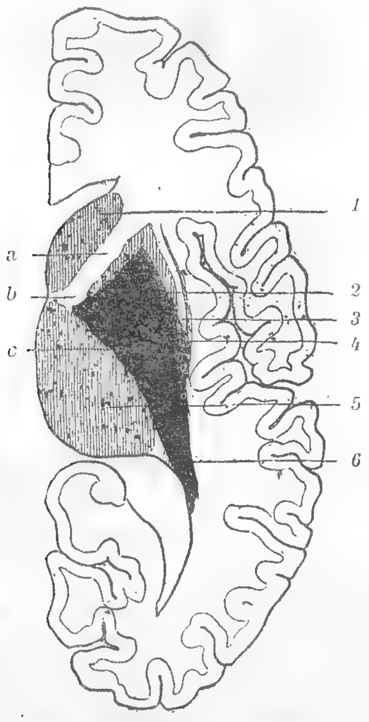


Fig. 3.

1, noyau caudé; *3*, capsule externe; *4*, avant-mur; *5*, couche optique; *a*, segment antérieur de la capsule interne; *b*, genou de la capsule interne; *2*, *c*, *6*, gros foyer ancien ayant détruit la plus grande partie du noyau lenticulaire et le segment postérieur de la capsule interne.

Dans 3 cas, nous avons constaté des troubles de la sensibilité dans les membres hémiplégiés. Pour un de ces faits, l'hémianesthésie fut transitoire, ne dura que trois semaines. L'autopsie permit de reconnaître un ramollissement cortical de la zone rolandique et un ramollissement central intéressant le noyau lenticulaire et la zone sensitive de la capsule interne. Chez un second malade, il s'agissait d'un très vaste ramollissement cortical et central de la sylvienne. Les différentes circonvolutions irriguées par la sylvienne, le noyau lenticulaire, la capsule interne, le quart externe du thalamus participaient à ce ramollissement. Dans le troisième cas, où cliniquement l'on observa, huit années après l'attaque d'hémiplégie, une hypoesthésie, l'autopsie montra, d'une part, un ramollissement cortical de l'extrémité supérieure de la zone rolandique et de la première circonvolution pariétale; de l'autre, un kyste, reliquat d'une hémorrhagie, situé au-dessous des circonvolutions de l'insula. Sur les coupes microscopiques, on remarquait que, par suite des lésions profondes haut situées, il y avait une démyélinisation de tout le segment postérieur de la capsule interne en arrière du genou; on constatait, de plus, des dégénérations dans le thalamus, sur lesquelles nous ne pouvons insister ici.

Aux observations que nous avons mentionnées plus haut, et qui prouvent que des lésions de la zone sensitive de la capsule interne peuvent exister sans que le malade offre de l'anesthésie, nous pourrions ajouter plus de trente cas où nous avons vu des dégénérations des différentes parties du segment lenticulo-optique sans hémianesthésie.

Nous signalerons encore deux faits très remarquables aussi par l'absence des troubles de la sensibilité. Il s'agit de lésions considérables par leur étendue, dans le domaine de la sylvienne.

Le premier concerne un malade devenu hémiplégique à l'âge de vingt et un ans à la suite d'une fièvre typhoïde. Quand nous l'avons examiné trente ans plus tard, il présentait une hémiplégie avec contracture modérée, sans aucune hémianesthésie. L'autopsie révéla une lésion considérable d'un hémisphère. Toute la zone rolandique, l'extrémité antérieure des circonvolutions temporales étaient ramollies. De plus, les coupes du cerveau montrèrent que dans la profondeur l'intensité des lésions destructives avait été très grande, puisque l'insula, la capsule externe, l'avant-mur, tout le noyau lenticulaire, toute la capsule interne et la partie externe du thalamus étaient ramollis (*fig. 4*).



Fig. 4.

Foyer de ramollissement ayant détruit l'insula, la capsule externe, le noyau lenticulaire, la capsule interne et la partie externe de la couche optique. *LL'*, limites du ramollissement.

Les coupes du pédoncule cérébral permirent de voir, d'ailleurs, une dégénération totale du faisceau interne, du faisceau moyen du pied du pédoncule et du faisceau de Türck, en un mot une dégénération absolue de tout le pied du pédoncule.

Voici donc un cas où, malgré la destruction de la zone sensitive de la capsule interne, malgré la destruction de la zone corticale sensitive admise par les auteurs actuels et malgré la destruction des fibres reliant le thalamus à cette zone sensitive, il n'y avait pas de troubles de la sensibilité.

La seconde observation offre avec la précédente de multiples analogies. Un homme de trente-neuf ans est atteint, en 1887, d'une hémiplégie gauche. Quand nous l'examinons, treize ans plus tard, il présente une hémiplégie avec contracture, sans aucune hémianesthésie. A l'autopsie, nous avons trouvé un ramollissement ancien dans le domaine de la sylvienne; ce ramollissement était tellement profond qu'il avait détruit toute la face externe de l'hémisphère. La troisième frontale et la moitié antérieure de la seconde, les circonvolutions frontale et pariétale acendantes, le *gyrus supramarginalis* avaient totalement disparu, ainsi que la première et la seconde temporale et une assez grande partie de la troisième temporale, le pli courbe et la plus grande partie du lobe occipital. A la face interne du cerveau, le lobule paracentral était complètement détruit. Sur les coupes de l'hémisphère, on constatait que le noyau caudé et le noyau lenticulaire avaient entièrement disparu. La couche optique était conservée, mais très atrophiée. Toutes les fibres constitutives de la capsule étaient détruites et, comme dans le cas précédent, les coupes microscopiques de la région sous-optique et du pédoncule cérébral nous montrèrent la dégénération totale du faisceau de Türck et des fibres descendantes de la capsule interne. L'intensité de la destruction de l'hémisphère par ce ramollissement était tout à fait extraordinaire. Il est vraiment surprenant que, malgré les lésions destructives de la corticalité, malgré les lésions de la capsule interne et des fibres du centre ovale, on n'ait constaté aucune hémianesthésie persistante.

Si aux faits que nous venons de mentionner nous ajoutons d'autres cas que l'un de nous a rapportés dans un travail récent (1) et où l'on voit l'hémianesthésie coexister avec des lésions très différentes du cerveau, on s'explique bien pourquoi nous pensons que l'on ne peut actuellement répondre avec précision à cette question: en présence de l'hémianesthésie des hémiplégiques, peut-on affirmer qu'il existe une lésion en tel ou tel point du cerveau? Un fait cependant nous paraît acquis, c'est qu'on peut constater des lésions destructives de la zone dite sensitive de la capsule interne sans qu'il s'ensuive une hémianesthésie persistante. Nous ignorons si, par ce point de la capsule interne individualisé par Türck et par Charcot, passent des fibres sensitives, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que cette zone étant lésée, la sensibilité peut suivre d'autres voies pour arriver dans le champ de la conscience, partant qu'il n'y a pas dans la capsule interne des voies de conduction seules préposées à la transmission des impressions sensitives. Nous ne pensons pas non plus qu'il existe dans la capsule interne des zones spéciales, telles que celles qui sont indiquées par Redlich et figurées par M. Obersteiner, pour la conduction du sens musculaire.

V

Nous devons étudier maintenant les *localisations motrices capsulaires*. Nous avons vu que les auteurs admettent qu'au niveau du genou de la capsule passent les fibres du facial, de l'hypoglosse, qu'en arrière descendent les fibres destinées au membre supérieur et au membre inférieur. D'après les très nombreux cas qu'il nous a été possible d'observer, nous croyons pouvoir affirmer qu'une lésion quelconque, si petite soit-elle, intéressant le segment postérieur de la capsule interne, amène toujours en clinique le syndrome hémiplégie, et que jamais à une lésion capsulaire limitée ne correspond une paralysie limitée à un membre. Nous ne pouvons dans ce travail rapporter en détail toutes nos observations anatomiques et cliniques. Une telle énumération, d'ailleurs, serait fastidieuse et sans aucune utilité. Qu'il nous suffise de relater succinctement quelques faits.

(1) P. Marie. Article « Hémiplégie » *in* Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert. T. VIII, p. 494. Paris, 1901.

La *figure 5* nous montre une petite cicatrice

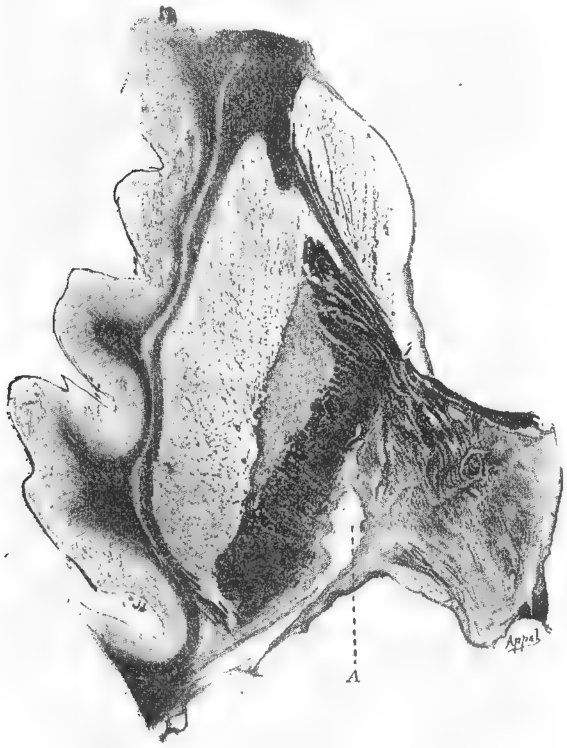


Fig. 5.

A, cavité provenant d'une ancienne hémorrhagie dans la région postéro-externe de la couche optique. Cette lésion intéresse très légèrement le bord postéro-interne du segment postérieur de la capsule interne. (Coupe microscopique, coloration de Weigert.)

linéaire dans la couche optique, cicatrice résultant d'une ancienne hémorrhagie. Sur les coupes microscopiques de la capsule interne colorées avec la méthode de Weigert et de Pal, on voit que celle-ci n'a été intéressée que sur une zone de 6 ou 7 millimètres à la partie postérieure de son segment postérieur. Le malade était un grand hémiplégique.

Sur la *figure 6*, dessinée d'après une coupe

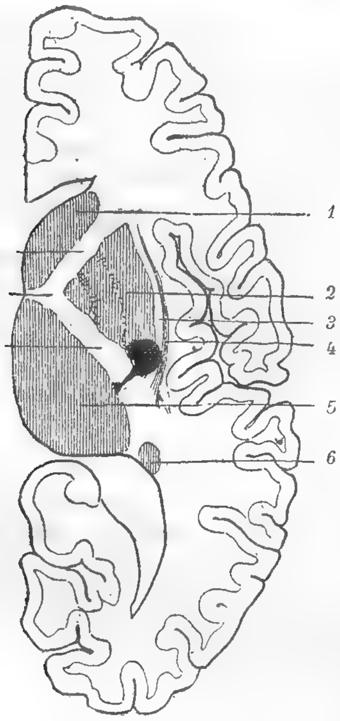


Fig. 6.

1, tête du noyau caudé; *2*, noyau lenticulaire; *3*, capsule externe; *4*, avant-mur; *5*, couche optique; *6*, queue du noyau caudé; *a*, segment antérieur de la capsule interne; *b*, genou de la capsule interne; *c*, segment postérieur de la capsule interne (1).

Dans la queue du noyau lenticulaire, la tache noire indique un petit foyer qui coupe linéairement la capsule interne à ce niveau.

microscopique, on remarque un petit foyer de désintégration lacunaire de l'angle postérieur du noyau lenticulaire. Cette lacune détruit sur une étendue de 1 ou 2 millimètres les fibres du segment postérieur de la capsule interne. Le genou et tout le segment postérieur de la capsule sont absolument normaux. Le malade était hémiplégique.

Hémiplégique aussi le malade dont la lésion se réduisait à une petite lacune du centre ovale de l'hémisphère droit ayant déterminé seulement la petite zone de dégénération capsulaire indiquée dans la *figure 7*. Hémiplégique le ma-

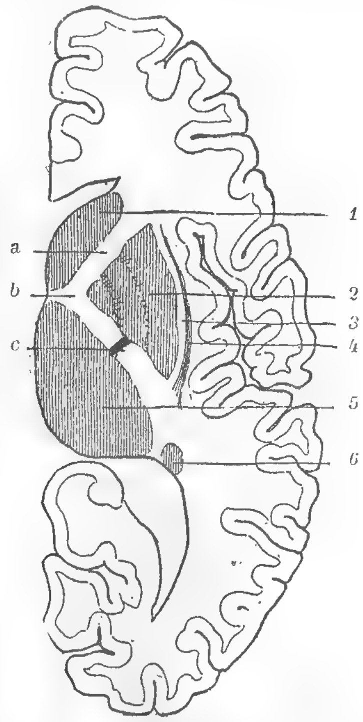


Fig. 7.

La tache noire indique une petite zone de dégénération dans le segment postérieur de la capsule interne.

lade dont la lésion (*fig. 8*) consistait en une hémorrhagie ancienne du noyau lenticulaire

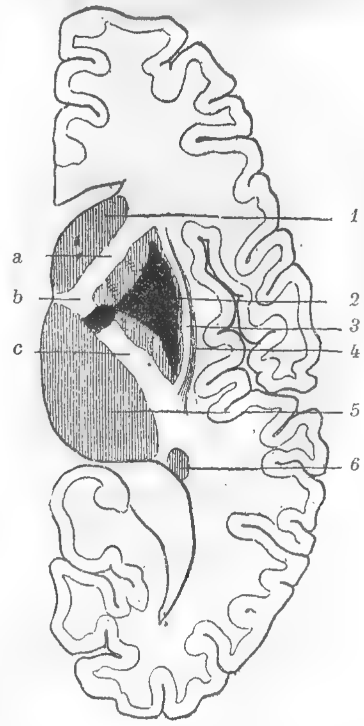


Fig. 8.

Dégénération limitée de la capsule interne consécutivement à un foyer dans le segment externe du noyau lenticulaire.

ayant entraîné aussi une dégénération très limitée de la capsule interne.

La petite lacune de l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire, que montre la *figure 9*, lacune n'intéressant que très légèrement l'extrémité postérieure du segment postérieur de la capsule interne, avait, elle encore, déterminé une hémiplégie.

Il nous serait facile de multiplier de tels exemples de lésions limitées de la capsule interne, lésions par lesquelles les malades étaient devenus des hémiplégiques.

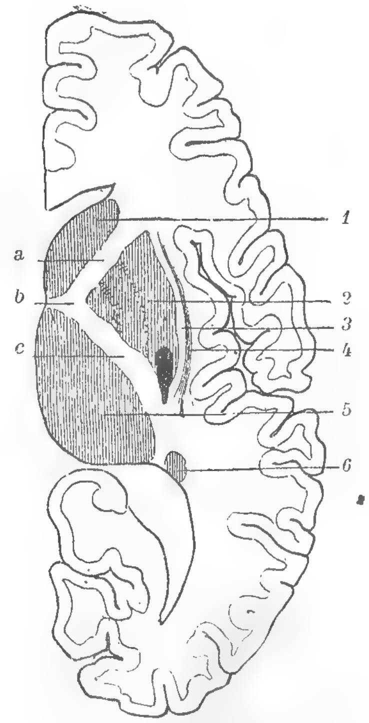


Fig. 9.

Lacune de la queue du noyau lenticulaire intéressant à peine la capsule interne dans son segment postérieur.

VI

Quant aux *lésions du genou de la capsule interne*, nous avons pu de même en observer de nombreux cas. Nous avons constaté, comme M. Dejerine, que cette lésion déterminait la dégénération descendante du faisceau interne du pied du pédoncule. Au point de vue clinique, cependant, il ne nous a pas semblé qu'elle amenât du côté des nerfs crâniens une symptomatologie de déficit beaucoup plus accentuée que les lésions du segment postérieur de la capsule interne. Sans doute, dans la plupart de nos observations où le genou de la capsule interne était lésé, nous avons relevé une déviation de la langue et de la face, mais nous avons fait la même constatation dans les lésions de la capsule interne ne siégeant pas au niveau du genou. La déviation de la langue, la paralysie de la face se rencontrent dans bon nombre de cas d'hémiplégie d'origine hémisphérique. D'ailleurs, cette déviation de la face et de langue s'améliore souvent rapidement, et nous pourrions citer le cas d'un malade chez lequel l'on constata une lésion très nette du genou de la capsule interne (*fig. 10*)

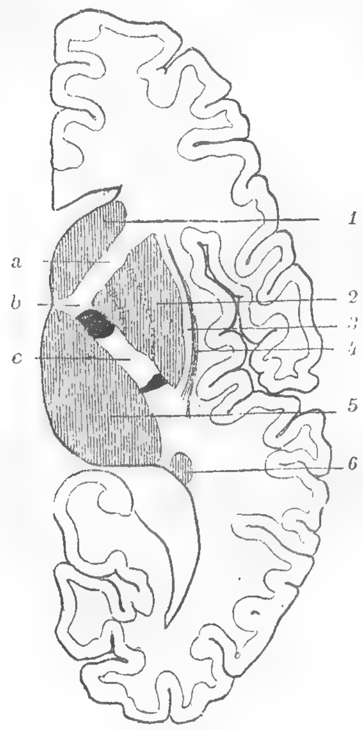


Fig. 10.

Lésion dans la région du genou de la capsule interne; une autre petite lésion de cette capsule au voisinage de la queue du noyau lenticulaire.

(1) La même légende s'applique aux figures 7, 8, 9 et 10.

ayant déterminé une dégénération dans le faisceau interne du pied du pédoncule; et cependant, cliniquement, il n'y avait pas de paralysie faciale apparente : il n'existait qu'une très légère déviation de la langue.

Si les fibres destinées aux noyaux des nerfs crâniens suivaient le seul trajet du genou de la capsule interne, si les incitations motrices volontaires ne pouvaient passer que par cette seule voie, on devrait observer en clinique des paralysies faciales, des paralysies de la langue très prononcées, absolues, dans les cas de lésion de genou de la capsule, dans les cas de dégénération du faisceau interne du pédoncule. Or, ces paralysies des nerfs crâniens par lésion unilatérale cérébrale sont toujours peu accentuées et s'améliorent rapidement.

VII

Nous avons dit plus haut qu'une lésion limitée du segment postérieur de la capsule interne détermine, contrairement à ce que feraient supposer les schémas des auteurs, non une monoplégie, mais une hémiplégie. Cette notion clinique a un corollaire anatomique. Quand on examine, en effet, les coupes microscopiques de toutes les hauteurs du névraxe sous-jacentes à la capsule interne, on peut constater que la dégénération secondaire consécutive à une lésion *limitée* de cette capsule ne reste pas localisée en un point de la voie pyramidale. Sur des coupes de la protubérance, du bulbe, de la moelle, on voit, même consécutivement aux lésions localisées, la dégénération occuper *toute l'aire du faisceau pyramidal;* cette dégénération se constate également dans toute *la hauteur* de la voie pyramidale. Il convient d'ajouter que l'intensité de la dégénération est proportionnelle à l'étendue de la lésion, qu'elle est fonction de cette étendue, fonction de la quantité de fibres détruites. Jamais, à une altération localisée d'un segment du territoire lenticulo-optique de la capsule interne, ne succèdent des dégénérations localisées à un segment du faisceau pyramidal. D'ailleurs, nous avons observé aussi que, consécutivement à des lésions corticales limitées de la zone motrice, on retrouvait, avec le procédé de Marchi, déjà dans la capsule interne, une diffusion des fibres dégénérées plus grande que ne l'indiquent les auteurs; dans le pédoncule les corps granuleux occupent toute l'étendue du faisceau pyramidal, et même quelques corps granuleux se voient dans le faisceau interne. Telle était la constatation que nous avons pu faire dans un ramollissement limité de l'extrémité toute supérieure de la zone rolandique et du lobule paracentral. Dans une observation récemment publiée par M. Bikeles (1), on put également constater la diffusion des dégénérations secondaires dans toute l'étendue de la zone motrice, malgré une lésion corticale localisée.

VIII

Somme toute, nous croyons pouvoir conclure qu'il n'y a pas possibilité chez l'homme d'individualiser dans le segment postérieur de la capsule interne des faisceaux pour l'innervation du bras, de la main, des doigts, de la jambe, du pied. Toutes les fibres motrices sont en corrélation intime les unes avec les autres, si bien qu'une lésion interrompant cette voie capsulaire détermine non une monoplégie, mais une hémiplégie. Cela est si vrai que M. et Mme Dejerine, bien que leur schéma montre une systématisation étroite des fibres nerveuses de la capsule interne, se trouvent cependant amenés à reconnaître « que les lésions du segment postérieur de la capsule interne occupant le deuxième ou le troisième quart de cette capsule, ne donnent que très exceptionnellement lieu à des monoplégies ».

(1) G. Bikeles. Ein Fall von oberflächlicher Erweichung des Gesammtgebietes einer Arteria fossae Sylvii. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril 1901, p. 296.)

L'hémiplégie, somme toute, est le symptôme clinique banal dans le cas de lésion du segment postérieur de la capsule interne. C'est un symptôme déterminé par les grosses lésions et aussi par ces petites lacunes de désintégration si fréquentes dans les cerveaux des vieillards. Combien souvent ne voit-on pas les vieillards hémiplégiques présenter, comme seule lésion, de petites lacunes du noyau lenticulaire, du centre ovale, du thalamus, intéressant à peine la grande voie cortico-médullaire ! L'hémiplégie est un symptôme banal, parce que, à côté de la lésion des fibres, il faut considérer les lésions de ces multiples centres ganglionnaires sous-corticaux dont le rôle précis ne nous est pas connu.

IX

Dans un précédent chapitre, en considérant l'absence de troubles de la sensibilité dans les vastes lésions corticales ou capsulaires, nous avons été amenés à nous demander si la sensibilité ne pouvait emprunter des voies de conduction multiples, et une réponse positive nous a semblé devoir être faite à cette question. Si, maintenant, nous envisageons les fonctions motrices, le même problème se pose. Nous avons observé des malades qui présentaient à la fois des lésions détruisant toutes les voies motrices capsulaires, des lésions corticales très vastes, des dégénérations intenses de la voie pyramidale; cependant ces malades n'avaient pas perdu toute possibilité de mouvement volontaire. Si l'on fait abstraction de l'incapacité des mouvements due aux phénomènes de contracture qui créent un obstacle au déplacement des segments des membres atteints, on peut dire que les hémiplégiques peuvent faire encore un certain nombre de mouvements. Ces malades, d'ailleurs, au point de vue moteur, s'améliorent presque tous. Quand on considère l'évolution de leur paralysie après l'ictus, on voit que la motilité de la langue redevient facile, que la déviation de la face diminue, que les membres peuvent être soulevés, que les doigts peuvent être de nouveau remués. Sans doute l'hémiplégique conservera de son affection une certaine maladresse, sans doute il coordonnera moins bien ses mouvements qu'un individu normal, sans doute il aura une certaine difficulté dans les actes nécessitant la mise en jeu, dans un but fonctionnel, de groupes musculaires distincts, mais il est rare qu'il reste à jamais paralysé au sens absolu du mot dans toute une moitié de son corps. Le fait tient vraisemblablement à ce que, si la motilité volontaire suit normalement la voie du faisceau pyramidal, elle peut suivre d'autres voies. Les localisations dans le système nerveux sont capables de suppléances faciles : nous savons que des plaies de la zone motrice du cerveau avec perte de substance nerveuse peuvent guérir sans que des paralysies persistent, et M. P. Duval (1) en a montré encore récemment à la Société de neurologie un exemple très probant; les chirurgiens nous ont appris que l'on pouvait enlever de la substance corticale du cerveau sans que des paralysies persistantes fussent constatées. Ces faits, qui sont de toute évidence pour les localisations cérébrales, permettent de comprendre les suppléances qui se produisent dans le cas de lésions centrales.

X

Pour nous résumer, nous croyons avoir montré au cours de ce travail que dans la capsule interne de l'homme on ne saurait décrire un territoire exclusivement sensitif et que, même avec des lésions capsulaires et corticales intenses, l'hémianesthésie pouvait faire défaut. La voie motrice occupe tout le segment postérieur de la capsule interne jusqu'au niveau de l'angle postérieur du noyau lenticulaire. Dans ce territoire lenticulo-optique où descendent les fibres motrices, il est impossible, cliniquement, chez l'homme, contrairement à MM. Beevor et Horsley, contrairement à tous les anatomistes actuels, de spécifier des territoires distincts pour les différents faisceaux du bras, de la jambe, du pied, etc. Toutes les fibres descendantes de la motilité sont dépendantes les unes des autres par leurs multiples collatérales. En nous basant sur les cas par nous observés, nous ne pensons pas qu'une lésion, si petite soit-elle, puisse dissocier ces divers faisceaux. Qu'une lacune miliaire, qu'une hémorrhagie, qu'un ramollissement existent en un point quelconque du territoire lenticulo-optique de la capsule interne, alors sera constitué en clinique le syndrome hémiplégie. Ce fait a un corollaire anatomique. Nous avons en effet montré, au cours de ce travail, qu'une lésion limitée de la capsule interne amène la dégénération dans toute l'aire du faisceau pyramidal au niveau du bulbe et de la moelle.

Nous insistons sur ce point, que les conclusions précédentes ont trait seulement à ce qui s'observe chez l'homme et qu'elles sont uniquement déduites de l'étude des lésions destructives par la méthode anatomo-clinique. Certes il y a lieu de tenir grand compte de toutes les expériences des physiologistes, de toutes les localisations corticales et capsulaires obtenues par l'expérimentation, mais quand, laissant à l'écart le côté expérimental de la question des localisations, on étudie les phénomènes uniquement chez l'homme avec la méthode anatomo-clinique, quand on envisage les lésions destructives du névraxe, on est forcé de conclure qu'il y a un désaccord absolu entre ces faits et les résultats enregistrés par les anatomistes et par les physiologistes : *en clinique on ne peut constater dans la capsule interne aucune localisation segmentaire persistante.*

Pierre Marie, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Georges Guillain, Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(1) P. Duval. Plaie du cerveau par balle de revolver dans la fosse temporale; trépanation; drainage; guérison. (*Rev. neurol.*, janv. 1902, p. 62.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1902.

Sur un cas de mycétome à grains noirs.

M. Laveran communique l'observation d'un Soudanais âgé de vingt-deux ans, traité à l'hôpital de Djibouti par M. Bouffard (médecin des colonies) pour une tumeur qui faisait saillie à la plante du pied gauche. Ce néoplasme était le siège de plusieurs fistules qui laissaient sourdre un pus ichoreux contenant de petits grains noirs. L'amputation de la jambe gauche fut pratiquée, mais le malade, dont l'état général était très mauvais, succomba.

La dissection montra qu'il existait au niveau de la plante du pied deux tumeurs, dont la plus volumineuse communiquait seule avec l'extérieur. L'orateur ayant pu examiner ces néoplasmes a constaté qu'ils étaient en grande partie constitués par un feutrage de filaments mycéliens composés de petits articles de dimensions très variables; leur largeur est de 3 ou 4 μ. Il n'y a pas de spores. Ce sont ces petits articles épaissis, indurés et sclérosés qui se trouvent dans le pus sous la forme de granulations noirâtres. Pour savoir à quelle espèce de champignons appartiennent ces filaments mycéliens, il sera nécessaire d'en obtenir des cultures pures, ce qui jusqu'ici n'a pu être réalisé; on peut cependant affirmer qu'il ne s'agit pas d'un *Actinomyces;* il serait plus vraisemblable d'admettre qu'on est en présence d'un *Streptothrix*. Il résulte de ces diverses constatations que l'affection dont a été atteint le malade de M. Bouffard est celle qui est communément désignée sous le nom de « pied de Madura ». A cette appellation tout à fait impropre — car les

tumeurs qui caractérisent l'affection peuvent se localiser ailleurs qu'au pied et s'observer dans d'autres localités que Madura —, il convient de substituer celle de mycétome, dont on connait actuellement deux variétés : le mycétome à grains noirs et le mycétome à grains pâles, qui sont vraisemblablement dus à deux champignons différents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1902.

Traitement des ankyloses osseuses de la hanche au moyen de l'interposition d'un lambeau musculaire.

M. Nélaton. — Chez 2 sujets atteints d'ankylose osseuse de la hanche, j'ai eu recours à une méthode de traitement qui n'est pas nouvelle, mais qui n'a pas été encore très souvent employée; je veux parler de l'interposition musculaire. Le premier cas concerne une femme ayant une ankylose osseuse de la hanche gauche, consécutive à un rhumatisme articulaire datant de dix-huit mois; après avoir libéré la tête fémorale et agrandi la cavité cotyloïde, j'interposai un lambeau musculaire prélevé sur le tenseur du fascia lata. Six semaines après l'intervention, la malade commençait à marcher avec des béquilles, ce qu'elle n'avait pu faire depuis dix-huit mois; actuellement elle marche à peu près comme si elle était atteinte d'une luxation congénitale de la hanche. Dans le deuxième fait, j'ai pratiqué la même opération; malheureusement, par suite d'une faute dans l'application d'appareil consécutive à l'intervention, le malade a une paralysie des extenseurs du pied, et finalement il marche tout aussi mal qu'avant l'opération, bien qu'il ait recouvré la mobilité de son articulation coxo-fémorale.

Péritonite consécutive à une perforation vaginale avec injection de sublimé dans le péritoine.

M. Weiss (de Nancy). — L'observation que je viens vous communiquer concerne un cas de péritonite aiguë, consécutive à une perforation vaginale suivie d'une injection de sublimé, chez une femme enceinte de trois mois et demi. Je fus appelé quarante-huit heures après le début des accidents, et je pratiquai immédiatement une laparotomie, qui me permit de constater des lésions péritonitiques diffuses. La perforation siégeait au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Je me suis borné à établir un drainage et à prescrire des injections de sérum; la malade a fini par guérir, après avoir présenté un état extrêmement grave. L'avortement s'est produit deux jours après mon intervention.

Du mécanisme de certains cas d'occlusion intestinale au niveau de l'angle gauche du côlon.

M. Quénu. — M. Terrier, dans une communication récente, a attiré notre attention sur certains cas de coudure exagérée de l'angle gauche du côlon (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 142). Or, il n'y a rien de spécial dans la dilatation colique développée en amont de l'angle splénique du gros intestin, car on observe une dilatation analogue sur toutes les parties de l'intestin situées au-dessus d'une coudure. D'autre part, j'ai pu constater expérimentalement que les exagérations de coudure de l'angle gauche du côlon, produites par des tractions exercées dans différents sens, ne créent jamais le moindre obstacle à l'écoulement du contenu de l'intestin. Ces résultats sont contraires à l'opinion de M. Adenot (de Lyon) qui considère l'exagération de coudure de l'angle splénique comme pouvant être une cause d'occlusion.

Du reste, dans l'observation de M. Terrier, je dois faire remarquer qu'il n'est pas question d'une véritable occlusion. Pour ce fait, en particulier, je crois qu'on peut substituer à l'hypothèse de notre collègue une autre théorie plus vraisemblable. Je pense, en effet, que les petites brides qu'on trouve souvent assez développées autour du côlon, surtout au niveau de la terminaison de sa portion transverse, peuvent, sous l'influence d'une traction, suffire à déterminer des accidents d'occlusion; j'ai, d'ailleurs, observé un fait clinique qui concordait entièrement avec cette interprétation. Quant à l'origine de ces brides péricoliques, on doit peut-être la chercher dans l'existence antérieure de lésions péritonitiques minimes.

Kyste hydatique du rein.

M. Gérard-Marchant. — J'ai fait, au sujet d'un kyste hydatique du rein, une erreur de diagnostic analogue à celles qui ont été signalées dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 202). Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, chez laquelle j'avais porté à tort le diagnostic de kyste hydatique de la rate. La laparotomie que j'ai pratiquée avant-hier m'a montré que la tumeur, située en arrière du feuillet postérieur du péritoine, était en réalité développée aux dépens du rein gauche. Après ouverture du kyste, j'ai enlevé la membrane hydatique, réséqué la partie exubérante du kyste et fait le capitonnage de la poche, puis j'ai suturé complètement celle-ci et j'ai terminé mon opération en fixant à la paroi postérieure de l'abdomen le rein, dont j'avais constaté la mobilité.

M. Ricard relate deux cas de *perforation de l'intestin au cours d'une fièvre typhoïde*, traités avec succès par l'intervention précoce, dont l'un lui est personnel, et l'autre lui a été adressé par M. Hagopov (de Constantinople).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juin 1902.

Crises chloruriques et dosage des chlorures urinaires.

M. Achard. — Dans les maladies aiguës, l'hypochlorurie est habituelle ; elle est due, non pas à l'insuffisance des chlorures ingérés, mais à leur rétention dans l'organisme. J'ai constaté en effet, avec M. Laubry, que, d'une part, l'introduction supplémentaire de chlorures par ingestion ou par injection sous la peau ne modifie pas l'hypochlorurie, et d'autre part que celle-ci prend fin au moment de la guérison, alors même que le régime des malades n'a pas changé.

L'hypochlorurie peut s'établir graduellement ou brusquement au début de la maladie; elle peut être très prononcée et le taux des chlorures s'abaisser jusqu'à 0 gr. 25 centigr. en vingt-quatre heures. Elle cesse de façons variables : il peut se produire une brusque crise chlorurique, ou bien plusieurs décharges successives; dans d'autres cas, particulièrement lorsque la résolution de la maladie se fait lentement, la courbe des chlorures se relève d'une façon graduelle et continue. S'il survient une rechute ou une complication, la crise chlorurique manque ou est incomplète.

Les crises chloruriques ne coïncident pas exactement avec les crises thermiques : dans la pneumonie, par exemple, l'ascension des chlorures est postérieure à la défervescence; chez les dothiénentériques, c'est ordinairement dans les premiers jours de la convalescence qu'elle a lieu, mais parfois on observe de brusques décharges avant la chute complète de la température.

Il n'y a pas de parallélisme entre les décharges de chlorures et celles de phosphates et d'urée. Le volume des urines ne suit pas non plus le taux des chlorures, et l'on peut observer une polyurie notable alors même que l'hypochlorurie reste très prononcée, s'il y a à ce moment des décharges d'urée et de phosphates, par exemple. Les variations des chlorures ont donc plus de valeur que celles du volume de l'urine pour apprécier la marche générale des maladies.

Pour tirer partie, en clinique, des courbes chloruriques, on peut, d'après les recherches que j'ai faites avec M. L. Thomas, se contenter d'un dosage approximatif pratiqué suivant une technique comparable à celle du dosage de l'albumine par le tube d'Esbach.

Pour cela, on introduit, dans un tube spécialement gradué, 5 c.c. d'une solution de nitrate d'argent à 29.075 ‰ et l'on ajoute 3 ou 4 gouttes d'une solution de chromate de potasse à 20 % ; il se forme du chromate d'argent, de couleur rouge brun. On verse ensuite dans le tube l'urine à examiner, par petites portions et en agitant chaque fois. Quand la teinte brune disparaît pour virer au jaune, c'est qu'on a ajouté avec l'urine assez de chlorures pour décomposer tout le chromate : il suffit de lire alors le chiffre atteint sur l'échelle graduée pour connaître le taux approximatif des chlorures.

Comme le dosage est d'autant plus exact qu'il y a moins de chlorures (l'écart entre les degrés de l'échelle étant plus grand à la partie supérieure du tube), il y a avantage, lorsque l'urine est assez riche en chlorures, à faire un second essai en diluant l'urine : si le premier essai a donné plus de 15 grammes, on dilue à 1 pour 6; s'il a donné plus de 10 grammes, à 1 pour 4; s'il a donné plus de 5 grammes, à 1 pour 2. On rectifie ensuite le chiffre trouvé sur la graduation, en multipliant par 6, 4 ou 2, suivant la dilution employée.

Hématuries d'origine hystéro-traumatique.

M. R. Bernard (médecin militaire) présente un soldat qui a été atteint d'hématurie. La première crise s'est manifestée à la suite d'une rétention d'urine qui durait depuis quinze jours, et qui était elle-même survenue brusquement, avec perte de connaissance, après un effort. L'origine hystéro-traumatique de ces accidents, que l'on attribua tout d'abord à une affection organique, n'a été reconnue que dans ces derniers temps, grâce à la constatation des stigmates habituels de la névrose (hémianesthésie gauche en caleçon, rétrécissement concentrique du champ visuel, etc.). Ces stigmates, qui n'existaient pas autrefois, sont apparus récemment à la suite d'une ébauche de crise d'hystérie à forme vertigineuse et syncopale. D'autre part, les renseignements recueillis sur cet homme ont appris qu'avant d'entrer au régiment, il avait été frappé d'un coup de soleil, et que, consécutivement à cet accident, il avait eu une attaque convulsive caractérisée par de grands mouvements cloniques.

M. Joffroy fait remarquer que les phénomènes présentés par ce malade peuvent être rapprochés de ceux qu'on observe chez les sujets qui ont subi une violente commotion physique ou morale (collision de chemins de fer), troubles qui donnent si souvent lieu à des actions en justice.

Or, tant que ces instances restent pendantes devant les tribunaux, les malades ne guérissent pas; lorsque, au contraire, elles sont définitivement tranchées, la guérison ne tarde pas à se manifester. Il faut donc, en pareil cas, informer les intéressés que la guérison du malade est subordonnée à la rapidité de la décision à intervenir; en ce qui concerne, en particulier, le soldat présenté par M. Bernard, il est certain que sa mise en réforme sera suivie de son complet rétablissement.

M. Touche montre les cerveaux de trois malades chez lesquels des foyers hémorrhagiques, occupant la zone rolandique ou la face externe de la corne occipitale du ventricule latéral, ont donné lieu à des accidents paralytiques suivis d'attaques épileptiformes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 14 et 21 juin 1902.

Du microbisme normal des voies biliaires extra-hépatiques.

MM. Gilbert et **Lipmann.** — Nous avons fait des recherches, au point de vue de la flore microbienne, sur les voies biliaires du chien. La bile recueillie en différents points (vésicule, tiers supérieur et tiers moyen du canal cholédoque) avec toutes les précautions aseptiques était ensemencée sur milieux aérobies et anaérobies. Les cultures aérobies se montrèrent presque dans tous les cas stériles, alors que les ensemencements en milieux anaérobies donnèrent des résultats positifs constants.

Nos recherches concordent donc jusqu'à un certain point avec les travaux antérieurs, en ce qui concerne l'étude bactériologique *aérobie* des voies biliaires; par contre, dès que l'on fait entrer en ligne de compte les germes *anaérobies*, nos résultats sont en opposition absolue avec les idées actuellement en cours sur la stérilité normale des voies biliaires extra-hépatiques supérieures, puisque ces dernières se sont trouvées constamment habitées par des germes anaérobies divers.

Régénération de la capsule du rein après décapsulation de l'organe.

MM. Albarran et **Bernard**. — Après avoir pratiqué l'ablation de la capsule fibreuse du rein chez des lapins, nous avons observé la régénération rapide de cette capsule. Quinze jours après l'opération, cette néoformation est déjà achevée; au bout de deux mois, son épaisseur est plus considérable que celle de la capsule normale du rein; la glande rénale, revêtue de sa nouvelle capsule, est plongée dans une gangue fibro-adipeuse qui la fait adhérer à la paroi. Son parenchyme ne présente au microscope que de légères lésions des tubes les plus superficiels.

Il semble donc, d'après ces expériences, que les effets décongestionnants de la décapsulation du rein, que quelques auteurs ont proposé d'utiliser dans le traitement de certaines affections rénales, ne peuvent être qu'éphémères, puisque cette opération est suivie de la régénération rapide d'une enveloppe fibreuse plus résistante que la première.

Mode d'action des lécithines.

MM. A. Desgrez et **A. Zaky**. — Nos recherches antérieures ayant démontré que la lécithine présente une action analogue à celle de l'acide glycérophosphorique, augmentée toutefois d'une influence en quelque sorte spécifique sur la rétention du phosphore, nous avons pensé que cette dernière propriété était due à la présence d'une base organique dans la molécule lécithique. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons expérimenté avec les deux bases le plus généralement engagées dans les lécithines : la choline et la bétaïne. Nous avons d'abord constaté que ces bases exercent aussi, à petites doses, une influence favorable sur les échanges nutritifs; mais tandis que l'acide glycérophosphorique ne produit pas une rétention de phosphore comparable à celle que détermine la lécithine, la base organique, au contraire, provoque une rétention très marquée de cet élément, ainsi qu'il résulte des analyses que nous avons faites. Le rôle prépondérant de chaque partie de la molécule de lécithine se trouve ainsi précisé.

Modifications de la circulation capillaire de la peau sous diverses influences pathologiques.

MM. Hallion et **Laignel-Lavastine**. — Nous avons recherché, chez des sujets sains ou atteints d'affections diverses, la rapidité avec laquelle s'efface la tache blanche provoquée sur la peau par une compression passagère : nous avons observé que le laps de temps pendant lequel persiste la tache est plus considérable chez les sujets âgés, artérioscléreux, ainsi que dans le syndrome de Raynaud, l'asthénie cardiaque, etc. : cette tache disparaît au contraire plus rapidement chez les sujets atteints d'affections fébriles (pneumonie, fièvre typhoïde), de même que chez les basedowiens, les érythromélalgiques, etc.

Leucocytose liée à l'injection de sérum antidiphtérique.

M. Lortat-Jacob. — L'examen du sang d'un certain nombre d'enfants atteints d'angines non diphtériques m'a fourni des résultats différents, suivant que ces angines avaient été ou non traitées par le sérum antidiphtérique.

Dans le premier cas, en effet, j'ai toujours trouvé, dans les cinquante ou soixante heures qui suivent l'injection de sérum, une augmentation du nombre des lymphocytes, laquelle faisait défaut dans le sang des enfants non traités par le sérum.

De la psycho-physiologie de la vessie.

MM. Vurpas et **Buvat**. — Il résulte des recherches que nous avons faites sur un certain nombre de sujets, normaux ou aliénés, que la vessie réagit à toutes les influences psychiques. Il semble y avoir un certain rapport, d'une part, entre le temps de réaction, l'intensité de la réaction et l'activité psychique; d'autre part, entre la nature de l'excitation psychique et la réaction vésicale.

Une série d'expériences nous a montré que des excitations portant sur les diverses sensibilités (générale, thermique, principalement au froid) provoquent une élévation de la pression intravésicale. Il en est de même des sensations auditives, gustatives, etc., ainsi que des émotions tristes et pénibles.

Plus l'activité psychique des sujets est développée, plus la réaction vésicale est marquée; elle décroît lorsque l'on descend les divers degrés de l'échelle intellectuelle.

Sur la variabilité des troubles de la sensibilité.

M. Egger communique les résultats de recherches cliniques et expérimentales sur les modifications de la sensibilité dans diverses maladies, démontrant que l'anesthésie ne se manifeste jamais d'une façon constante et invariable, qu'elle subit des oscillations, en plus ou en moins, très accusées et, par conséquent, que le degré d'anesthésie d'un malade ne peut jamais servir à mesurer l'intensité des altérations organiques ou dynamiques liées à cette anesthésie.

M. Thomas relate l'observation d'une femme de trente-cinq ans, qui présentait des troubles de l'équilibre avec mouvements de manège, diminution de l'ouïe, etc., et à l'autopsie de laquelle on a trouvé une volumineuse tumeur du rocher, ayant déterminé des lésions du nerf vestibulaire.

M. Maurel adresse une note sur l'identité de nature des lymphocytes immobiles et mobiles du canal thoracique à l'état normal.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 16 juin 1902.

Le traitement mécanique de l'hydropisie.

M. H. Citron relate l'observation d'une jeune fille de quinze ans, albuminurique et présentant de l'œdème des jambes et du visage, ainsi que de l'ascite. L'état de cette malade étant des plus graves, et la médication habituelle n'ayant pas donné de résultat, l'orateur pratiqua des scarifications sur les jambes de la patiente, mais sans grand succès, car l'écoulement de liquide fut très faible. Il eut alors recours à une sorte de ventouse exerçant une aspiration énergique, qu'on appliqua sur une incision cruciale assez profonde; ce moyen réussit pleinement : en quelques mois, on put extraire environ 50 litres de sérosité.

M. Fürbringer rappelle qu'il a préconisé jadis un moyen analogue, mais dont l'emploi lui paraît indiqué seulement d'une façon exceptionnelle.

M. Litten est d'avis que, de toutes les méthodes de traitement mécanique de l'anasarque, la plus efficace est celle des scarifications, dont le seul inconvénient est que l'écoulement continuel du liquide laisse la peau constamment mouillée, d'où sensation de froid pour le malade. L'orateur pratique d'ordinaire de multiples piqûres avec la pointe d'une lancette, ce qui permet de retirer en peu de temps des quantités considérables de sérosité. Ces scarifications sont à peu près sans danger, si l'on prend, pour les faire, toutes les précautions voulues : M. Litten ne les a vues qu'une fois déterminer de l'érysipèle.

M. Fuchs déclare avoir obtenu un très beau succès chez un homme de cinquante ans, atteint d'insuffisance et de rétrécissement aortique : quelques jours après qu'on lui eut fait 6 scarifications aux jambes, l'œdème et l'ascite que présentait ce patient avaient disparu, au point que, trois semaines plus tard, il put partir en voyage.

Sur l'étiologie de la maladie de Barlow.

M. H. Neumann fait une communication basée sur 18 cas de maladie de Barlow qu'il a eu l'occasion d'observer dans ces dernières années.

En ce qui concerne les prétendus rapports de cette affection avec le rachitisme, l'orateur ne croit pas pouvoir les admettre, car, des 18 enfants en question, 4 seulement étaient rachitiques.

Au point de vue de l'étiologie du scorbut infantile, M. Neumann est d'avis, avec M. Heubner, que l'emploi d'un lait soumis à une stérilisation prolongée joue un rôle important. En effet, sur les 18 faits qu'il a observés, 4 sont antérieurs à 1901 : de ces 4 enfants, 2 étaient nourris avec des laits stérilisés industriellement; les 2 autres recevaient du lait stérilisé dans de bonnes conditions (pendant dix à quinze minutes seulement), mais on relevait chez eux des altérations intestinales préexistantes qui constituaient une cause prédisposante pour le développement de la maladie. Les 14 autres observations ont été recueillies en 1901 : toutes se rapportent à des enfants nourris avec le lait stérilisé fourni par un même établissement industriel. C'est en moyenne de sept à huit mois après le début de l'alimentation défectueuse qu'éclate la maladie.

On ne peut faire que des hypothèses sur la nature des modifications que la stérilisation prolongée fait subir au lait. Des diverses opinions qui ont été émises à cet égard, M. Neumann croit que la plus vraisemblable est celle qui invoque la production de peptone.

M. Cassel, sur 16 cas de maladie de Barlow, en a vu 7 concernant des enfants qui recevaient du lait stérilisé industriellement. Il n'a jamais observé cette affection chez les nourrissons élevés avec du lait dont la stérilisation n'était pas prolongée plus de dix minutes.

M. A. Baginsky fait observer qu'en France, où l'emploi du lait stérilisé est très répandu, la maladie de Barlow est à peu près inconnue. Il faut donc admettre que la stérilisation du lait n'est pas la seule cause de l'affection dont il s'agit.

M. Bendix présente un *Bothriocephalus latus* expulsé par un enfant de cinq ans, chez lequel il avait déterminé une anémie assez prononcée.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 21 juin 1902.

Hémorrhagie méningée diagnostiquée pendant la vie grâce à la ponction lombaire.

Dans la séance du 19 juin de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. Nothnagel** a relaté l'observation d'un homme de trente-cinq ans, syphilitique depuis douze ans et tabétique depuis trois, qui, à la suite d'une anesthésie pour cure radicale de hernie, eut une attaque d'apoplexie accompagnée de secousses toniques et cloniques dans les membres; il persista une parésie du facial et du moteur oculaire externe gauches, du trismus, de la contracture de la nuque, etc. — tous signes permettant de songer à une méningite —, puis le malade tomba dans le coma et mourut. La ponction lombaire, pratiquée à diverses reprises, fournit un liquide sanguinolent, sans aucun caractère qui confirmât l'hypothèse de méningite. Pour ce motif — et le faible degré de la paralysie permettant d'éliminer l'hémorrhagie centrale —, on diagnostiqua une hémorrhagie méningée due à la rupture d'un anévrysme. A l'autopsie, on trouva, en effet, une rupture de l'artère basilaire et de l'artère du corps calleux, rupture qui avait été favorisée par la préexistence d'une endartérite syphilitique.

Cancer de la langue ayant nécessité trois interventions successives.

Dans la séance du 13 juin de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Gersuny** a montré un homme qu'il a opéré trois fois pour un cancer de la langue : en avril 1901, il a pratiqué une excision cunéiforme de la pointe de la langue avec ablation des ganglions sous-maxillaires; quelque temps après, une première récidive l'obligeait à enlever toute la moitié antérieure de la langue et une partie du plancher de la bouche; enfin, il y a trois mois, il a dû réséquer le maxillaire inférieur, le reste de la langue et les muscles du plancher de la bouche jusqu'à l'os hyoïde. Cet homme parle d'une façon assez intelligible; seule la prononciation des consonnes linguales est défectueuse.

Des variations de la pression sanguine dans les différents vaisseaux.

M. S. Federn communique le résultat de ses recherches sur la pression sanguine. La limite inférieure de cette pression, dans l'artère radiale, serait, d'après l'orateur, de 50 à 60 millimètres de mercure chez l'adulte; quant à sa limite supérieure, elle est trop variable suivant les individus pour qu'on puisse l'indiquer par un chiffre.

M. Federn a constaté, en outre, des différences de plus de 30 millimètres entre les déterminations de la pression à l'aide du sphygmomanomètre et celles que l'on obtient au moyen d'un manomètre placé dans l'artère.

En recherchant la cause de ces différences, on constata qu'une très petite incision de la peau (0 cm. 5 de longueur) donnait lieu à une élévation de la pression sanguine de 10 à 15 millimètres. De même, chez un cheval chloroformé, l'introduction d'un trocart dans le tissu sous-cutané détermine une élévation de la pression de 20 à 30 millimètres. Chez les sujets atteints de panaris, la pression augmente dans les mêmes proportions; dans un cas d'autoplastie de la main, son élévation, à la radiale du côté intéressé, atteignait même 50 millimètres. Les chiffres obtenus expérimentalement par les physiologistes n'expriment donc pas les variations de la pression artérielle normale, mais celles de la pression modifiée par des processus pathologiques.

La physiologie enseigne également que la pression artérielle est la même dans tous les vaisseaux, y compris les artérioles. D'après l'orateur, au contraire, il existe des différences très accusées, d'abord d'un côté du corps à l'autre (30 à 40 millimètres), ensuite du même côté du corps entre les diverses artères. Pendant la menstruation, la pression s'élève au niveau des extrémités inférieures, et s'abaisse au niveau de la radiale.

Traitement du lupus par la résorcine.

M. Ehrmann a présenté un malade qui était atteint d'un lupus du nez, des joues et du pourtour de la bouche. De 1892 à 1896, ce patient a été traité tous les hivers par des applications d'une pommade contenant 33 % de résorcine. Sous l'influence de ce moyen, les nodules se sont peu à peu transformés en surfaces blanchâtres cicatricielles; la guérison se maintient depuis cinq ans.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

Section complète de la moelle épinière et myélorrhaphie avec rétablissement partiel des fonctions, par M. F. T. Stewart.

On sait que les nerfs sectionnés peuvent récupérer leurs fonctions, si l'on a soin de réparer la lésion par une suture. A en juger d'après le fait publié par M. Stewart, il en serait de même pour le système nerveux central et, en particulier, pour la moelle épinière, qui, elle aussi, serait susceptible de se régénérer après avoir été sectionnée.

Il s'agissait, dans cette observation, d'une femme âgée de vingt-six ans, qui reçut deux balles de revolver, dont l'une pénétra dans le canal rachidien, au niveau de la septième vertèbre dorsale, et dont l'autre se logea sous les téguments de la région lombaire droite. La patiente fut admise dans le service de M. Th. G. Morton, au Pennsylvania Hospital, où l'on constata une abolition complète de la motilité et de la sensibilité dans la partie inférieure du corps. L'anesthésie était nettement limitée par une ligne correspondant, en arrière, à la dixième vertèbre dorsale et passant, en avant, à 8 centimètres environ au-dessus de l'ombilic et à 4 centim. 1/2 au-dessous de l'appendice xiphoïde. Dans la région sus-jacente à cette ligne on notait, au contraire, une hyperesthésie, qui ne tarda pas, toutefois, à faire place à de l'insensibilité. Les réflexes superficiels et profonds des membres inférieurs paraissaient complètement abolis.

Trois heures après l'accident, M. Stewart procéda à l'opération. La patiente ayant été anesthésiée au moyen de l'éther, on fit, au niveau du rachis, une incision longitudinale d'environ 12 centimètres, dont le milieu correspondait à la huitième vertèbre dorsale. Les muscles une fois rabattus de chaque côté, on fut à même de constater que la lame droite de la septième vertèbre dorsale était écrasée et qu'il existait, en outre, une fracture de la base de la lame gauche de la même vertèbre. Après avoir enlevé les esquilles, ainsi que le projectile logé entre les deux bouts de la moelle sectionnée, on lava la plaie avec une solution saline et on procéda au rapprochement des fragments médullaires, qui se trouvaient séparés l'un de l'autre par une distance de 19 millimètres. A l'aide d'une petite aiguille à staphylorrhaphie, on plaça un point de catgut (préparé à l'acide chromique) dans le sens antéro-postérieur, en lui faisant traverser toute l'épaisseur de la moelle, en même temps qu'on mit deux autres points de suture transversalement. Au cours de cette partie de l'intervention, on se heurta à des difficultés multiples dues à l'étroitesse du champ opératoire, au défaut de consistance de la moelle épinière et, enfin, à la distance considérable qui séparait les deux bouts médullaires. Il fut impossible de réunir les bords de la plaie dure-mérienne. On institua un drainage à la gaze et on sutura les muscles par des points profonds au catgut; la plaie cutanée fut ensuite fermée par quelques sutures à la soie.

L'état de la patiente fut notablement amélioré par l'opération, et peu à peu l'anesthésie disparut, en même temps que se dissipaient, tout au moins en partie, les troubles moteurs. Seize mois après l'intervention, l'opérée était à même de fléchir spontanément les orteils, de fléchir et d'étendre les jambes et les cuisses, et d'exécuter des mouvements de rotation de la cuisse. Le sphincter de l'anus fonctionnait d'une manière parfaite, mais de temps à autre on notait de l'incontinence nocturne d'urine. La patiente avait récupéré la sensibilité au toucher, à la douleur et à la température; toutefois, elle ne distinguait pas très bien les corps chauds d'avec les corps froids quand l'expérience portait sur des points limités des téguments, et elle ne localisait pas tout à fait exactement les sensations douloureuses. Le réflexe rotulien et celui du tendon d'Achille étaient conservés. Il n'existait ni réaction de dégénérescence, ni troubles trophiques.

En présence de ce succès, M. Stewart estime que la myélorrhaphie — qui ne paraît pas avoir encore été pratiquée chez l'homme — mérite de prendre place dans la chirurgie médullaire. Elle serait particulièrement indiquée dans les cas de section de la moelle par instrument tranchant ou par arme à feu. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 juin 1902.) — L. Ch.

Brûlures par vomissements biliaires pendant la narcose, par M. F. Griffith.

A une époque où la technique de la narcose chirurgicale laissait encore beaucoup à désirer et où les anesthésiques étaient administrés *larga manu*, il n'était pas rare d'observer à la suite de la chloroformisation ou de l'éthérisation des brûlures plus ou moins étendues de la face. Cet accident est devenu moins fréquent depuis qu'on procède à la narcose avec plus de précautions et qu'on a soin de protéger le visage du patient contre l'action caustique des agents anesthésiques par une couche de vaseline. Néanmoins, on voit encore survenir parfois des brûlures et on est alors porté à invoquer une faute de technique de la part de l'aide chargé de l'anesthésie. Or, d'après M. Griffith, les brûlures en question seraient souvent dues tout simplement à des vomissements biliaires qui se produisent pendant la narcose. Sous l'influence de l'acide chlorhydrique contenu dans le suc gastrique, les sels biliaires, notamment le taurocholate et le glycocholate de soude, subiraient une décomposition qui mettrait en liberté des acides susceptibles, lorsqu'ils sont rejetés dans un effort de vomissement, d'exercer une action caustique sur les téguments, et cela même dans les cas où la peau est enduite de vaseline, la bile saponifiant les graisses.

L'auteur a observé une femme atteinte de gastrite aiguë et chez laquelle un vomissement biliaire a eu pour conséquence de provoquer, dans l'espace de six heures, des phlyctènes multiples au niveau des parties découvertes des épaules et des bras, sur lesquelles avait été projeté le liquide vomi. Depuis lors, il a eu l'occasion de constater des brûlures analogues à la suite des vomissements survenus pendant l'anesthésie chirurgicale pratiquée avec toutes les précautions d'usage. Pour remédier à l'action irritante des liquides rejetés par la bouche, M. Griffith recommande à l'assistant chargé de la narcose de se munir d'une compresse imbibée d'une solution faible de soude et d'essuyer, immédiatement après le vomissement, la face et les autres parties du corps exposées au contact des liquides en question. (*Med. Record*, 19 avril 1902.) — L. Ch.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'eau oxygénée dans le traitement de la diphtérie.

Il y a environ trois ans, M. le docteur E. Riegler, professeur à la Faculté de médecine de Jassy, a préconisé contre la diphtérie des pulvérisations d'eau oxygénée associées à des insufflations d'acide iodique (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 408). D'après l'expérience d'un médecin militaire russe, M. le docteur N. Novikov, le peroxyde d'hydrogène, employé à l'exclusion de toute autre médication, donnerait, dans les cas de diphtérie, des résultats tout aussi encourageants que la sérothérapie, en ce qui concerne, du moins, le nombre des guérisons. Les fausses membranes se détacheraient, il est vrai, moins rapidement que sous l'influence des injections de sérum antidiphtérique, mais, en revanche, l'action dépressive de la toxine diphtérique se trouverait, dans une certaine mesure, paralysée par l'eau oxygénée, qui favorise les oxydations.

Notre confrère recommande habituellement aux malades de se gargariser, nuit et jour, avec du peroxyde d'hydrogène à 3 % étendu d'eau (2 ou 3 cuillerées à bouche pour un verre d'eau). Dans les cas où il s'agit de tout petits enfants qui ne savent pas se gargariser, M. Novikov prescrit de l'eau oxygénée à l'intérieur, en formulant ainsi qu'il suit :

Peroxyde d'hydrogène.....	5 à 7 grammes.
Eau distillée...............	85 —
Sirop simple...............	15 —

A prendre : une cuillerée à café ou une cuillerée à dessert toutes les heures ou toutes les deux heures.

Afin d'activer le décollement des pseudo-membranes, il est bon de pratiquer, deux ou trois fois par jour, des badigeonnages de la gorge avec de l'eau oxygénée à 3 %. Ces applications, qui ne seraient point douloureuses, ne doivent pas, cependant, être répétées trop souvent, car elles pourraient déterminer, à la longue, de l'œdème du voile du palais.

Ajoutons que les gargarismes à l'eau oxygénée ont aussi donné, entre les mains de M. Novikov, d'excellents résultats contre les angines non diphtériques et dans diverses stomatites, surtout d'origine mercurielle.

Traitement de la coqueluche par l'iodure d'éthyle.

Partant de ce fait que la coqueluche présente une certaine analogie avec l'asthme, M. le docteur Bardet (de Paris) a engagé M. le docteur Ch. Amat à essayer, dans cette affection, l'iodure d'éthyle, usité surtout à titre d'antiasthmatique. Dans deux cas rebelles de coqueluche, M. Amat procéda de la façon que voici : au moment même où se produisait la quinte de toux, on plaçait sous le nez du petit malade un flacon à large goulot, contenant quelques grammes d'éther iodhydrique, de manière à faire inhaler les vapeurs du médicament. Sous l'influence de ce procédé, les accès ne tardèrent pas à diminuer de fréquence et d'intensité, en même temps que les sécrétions bronchiques devenaient plus fluides. Les effets de la médication, très marqués au début, semblèrent s'atténuer dans la suite; mais l'évolution de la maladie n'en fut pas moins abrégée, et au bout d'une huitaine de jours le nombre des quintes était tombé de quarante à six dans les vingt-quatre heures.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des médicaments inermes.

Les praticiens n'ignorent point que l'administration de certains médicaments actifs est parfois suivie d'effets inattendus, plus ou moins nuisibles. Dans des cas, d'ailleurs exceptionnels, ces effets sont absolument opposés à ceux que le médecin voulait obtenir : ainsi, un médicament antipyrétique élèvera la température! C'est, comme on l'a dit, une véritable « action contraire » (1). Mais de tels faits sont extrêmement rares; et, le plus souvent, il se produit seulement une exagération anomale de l'action ordinaire du médicament. Par exemple, l'iodure de potassium, au lieu de se borner à congestionner la pituitaire, comme il le fait d'habitude, amènera chez certains sujets, même à dose très modérée, une fluxion tellement intense des voies aériennes qu'il en résultera des accès de suffocation, etc.

Quoi qu'il en soit, puisqu'un médicament, en raison de susceptibilités individuelles, si fréquentes chez les sujets nerveux, risque de provoquer une action *contraire*, ou bien simplement trop *accentuée*, il est prudent de ne pas l'employer et de recourir plutôt, au moins chez certains malades, à un de ses *dérivés*, dont l'énergie sera moindre. On peut donner le nom de médicaments *artificiellement inermes* aux dérivés à énergie atténuée.

I

Les moyens auxquels les chimistes ont recours pour diminuer l'activité d'un agent médicamenteux ou toxique sont nombreux et variés. Parmi ces moyens, la *sulfo-conjugaison* est un des plus efficaces. On sait, depuis trente ans au moins, qu'une substance sulfo-conjuguée (c'est-à-dire un résidu d'hydrocarbure uni à SO^3H) est très peu active, relativement au corps dont elle dérive. Les exemples abondent. En voici un, pris parmi les colorants que le professeur Cazeneuve et moi avons autrefois étudiés :

Si l'on infuse dans les veines d'un chien, en solution dans de l'eau salée physiologique, par kilogramme de poids vif, de 0 gr. 03 à 0 gr. 04 centigrammes de jaune, dit de Martius ou de Manchester (jaune de binitronaphtol), on observe, en moins d'une demi-heure, une respiration haletante (sans diminution de l'oxygène contenu dans le sang), une élévation colossale de la température, qui peut monter à 42°, 43° C., et même davantage, enfin la mort, au bout d'une heure environ. Injectons à un chien semblable la même dose du même jaune, mais *sulfo-conjugué :* l'animal supportera parfaitement, et sans en paraître incommodé, l'introduction dans ses veines de cette nouvelle substance (2). D'autres colorants sulfo-conjugés nous ont paru également dénués de toute propriété toxique (3); aussi peuvent-ils être introduits en grande masse dans l'économie sans inconvénient sensible. Ils semblent même beaucoup moins nocifs qu'un poids égal de chlorure de sodium (4).

On sait que des acides sulfo-conjugués existent dans l'urine. La sulfo-conjugaison est, en effet, un des principaux moyens auxquels l'économie a recours pour annihiler quelques-uns des toxiques qu'elle engendre.

II

Revenons à la thérapeutique; et, parmi les nombreux sulfo-conjugués qui sont utilisés par elle, prenons, comme exemples, ceux du mercure et du gaïacol.

En raison de la toxicité de la plupart des sels de mercure, on a cherché des combinaisons hydrargyriques inermes, et on en a trouvé un assez grand nombre. Parmi elles, une des plus récentes est le phénol-disulfonate de sodium et de mercure.

Cette substance, très soluble dans l'eau, renferme 40 % de mercure. Sa solution ne présente pas les réactions des sels d'hydrargyre et sa toxicité est très faible : il en faut, chez le chien et le lapin, par kilogramme de poids vif, 0 gr. 125 milligrammes en injection sous-cutanée, et, chez le cobaye, 0 gr. 20 centigr. en ingestion, pour amener la mort. Une solution à 4 % n'est nullement irritante pour les plaies et les muqueuses, et, au taux de 2 ‰, elle peut être injectée sous la peau ou dans les muscles.

J'ignore les résultats que peut donner cette substance dans la cure de la syphilis; je n'ai eu l'occasion de l'employer que dans la pneumonie. Je l'ai injectée à la dose de 0 gr. 06 centigr. dans les muscles, et, dans plusieurs cas de pneumonie aiguë avec température élevée, j'ai constaté que cette injection était suivie d'un abaissement notable de la température du rectum. Si l'injection, à la même dose, est répétée plusieurs jours de suite, la température descend « en escalier », et la fièvre se termine par lysis et non par crise. Il m'a paru que dans ces cas la résolution ne marchait pas de pair avec la défervescence. Je ne sais si ces injections atténuent la gravité de la maladie; mais elles ont une influence, qui me paraît réelle, sur la *fièvre* pneumonique.

La créosote et le gaïacol exercent, comme on sait, une action irritante sur les premières voies, et, à dose un peu élevée, une action toxique générale, qui se manifeste par de l'albuminurie avec cylindres, un exanthème, du rétrécissement de la pupille, etc.; parfois même par une symptomatologie plus complexe, capable de simuler, à s'y méprendre, la méningite tuberculeuse (1). Une intéressante discussion à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en 1896, a bien mis en lumière les inconvénients — on peut même dire les dangers — de l'administration de la créosote et du gaïacol à haute dose. Aussi les chimistes se sont-ils ingéniés à découvrir des dérivés inermes du gaïacol; parmi eux, le sel potassique de gaïacol sulfoné a joui d'une certaine réputation.

III

Tandis que la sulfo-conjugaison consiste dans la combinaison de SO^3H avec un résidu d'hydrocarbure, l'éthérification, méthode encore plus générale, est la combinaison d'un acide quelconque avec un résidu d'alcool ou de phénol. Elle produit très souvent, mais pas toujours, une atténuation de la toxicité des constituants. Ainsi le salol est moins toxique que le phénol et que l'acide salicylique.

Il existe un nombre considérable de médicaments appartenant à la classe des éthers. Avec le gaïacol, dont je parlais tout à l'heure, on a fabriqué plusieurs éthers inermes, par exemple le carbonate, le phosphite, le phosphate de gaïacol, le dibromogaïacol de quinine, le diéthyl-glycocolle gaïacol, etc.

La dernière venue de ces combinaisons gaïacolées est l'éther monoglycérique du gaïacol. Il se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, finement grenue, ayant 77° pour point de fusion, et soluble dans 40 parties d'eau froide. Je l'ai administré, dans du sirop, à des doses variant entre 1 gramme et 10 grammes par jour. Ces fortes doses ont été, en général, parfaitement supportées, même par des phtisiques présentant des lésions avancées; quelques-uns seulement ont accusé des sensations légères à l'épigastre ou dans l'abdomen. L'expectoration a été, chez la plupart, sensiblement diminuée. En somme, j'ai observé les effets, *atténués*, de petites doses de créosote ou de gaïacol. Cette substance me semble, pour ce motif, particulièrement appropriée à la thérapeutique infantile et aux phtisiques adultes qui ne supportent pas les préparations actives de créosote.

On sait que plusieurs des éthers du gaïacol sont mal résorbés, ainsi que le montre la petite quantité de gaïacol que l'on peut déceler dans l'urine. M. Fonzes-Diacon n'a pu en retrouver que des traces dans sa propre urine après avoir ingéré 1 gramme de phosphate de gaïacol (1). A la suite de l'ingestion de doses de carbonate ou de phosphite variant entre 0 gr. 50 et 1 gr. 50 centigr. la quantité de gaïacol qui passe dans l'urine est assez considérable. Elle n'augmente pas beaucoup si les doses sont fortes (2).

En suivant exactement le procédé indiqué par M. Fonzes-Diacon, et qui n'est autre que celui de Jaillet, légèrement modifié, M. Maltet, chef des travaux de mon laboratoire, a dosé environ 0 gr. 15 centigr. de gaïacol dans l'urine d'un de mes malades qui ingérait plusieurs grammes de l'éther monoglycérique. Cette proportion est faible; il résulte, en conséquence, de ce dosage, que cette substance tient le milieu entre les éthers de gaïacol bien résorbés, et ceux qui le sont mal.

IV

Nous venons de voir qu'on modifie profondément la toxicité d'un corps, soit en le conjugant avec SO^3H, soit en le transformant en un éther. Bien d'autres combinaisons peuvent également atténuer sa toxicité, par un mécanisme analogue, c'est-à-dire en satisfaisant ses affinités libres. On en jugera par le fait que M. Fiquet a atténué la toxicité de certains nitriles en les combinant avec le phénol (3), toxique lui-même, et par cet autre fait qu'en remplaçant, dans la molécule d'acide arsénieux, l'atome d'hydrogène, dit alcoolique, par le groupe méthyle (CH^3), on obtient l'acide méthylarsinique qui est bien un type de substance inerme. Remarquons d'ailleurs que ce n'est pas la simple addition du groupe méthyle, mais bien sa *position* qui importe; car, dans l'acide cacodylique il existe deux groupes méthyles; et cependant, au point de vue de son innocuité, ce corps ne vaut pas l'acide méthylarsinique. La raison de ce fait, c'est que la position des deux groupes méthyles dans l'acide cacodylique permet la formation dans le tube digestif d'oxyde de cacodyle, substance qui n'est pas dépourvue de toxicité. Je ne fais que rappeler ces faits que M. A. Gautier a si bien mis en lumière.

D'autres combinaisons organiques atténuent la toxicité de l'arsenic : on peut, par exemple, faire un glycéro-arséniate de chaux, analogue au glycéro-phosphate de chaux (4). On peut aussi faire une anilide méta-arsinique qui, bien

(1) Voir, sur les actions contraires : R. Lépine. De l'action « contraire » ou paradoxale des médicaments antipyrétiques. (*Semaine Médicale*, 1888, p. 149.) — Action contraire de l'ergotine. (*Semaine Médicale*, 1891, p. 465.) — « Action contraire » du salicylate de soude, de l'acétanilide, etc. (*Semaine Médicale*, 1892, p. 21.) — Sur les accidents produits par l'antipyrine. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 121.)

(2) Cazeneuve et Lépine. Sur les effets produits par l'ingestion et l'infusion intraveineuse de trois colorants jaunes dérivés de la houille. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 7 déc. 1885 et *Semaine Médicale*, 1885, p. 413.)

(3) Cazeneuve et Lépine. Sur l'action physiologique du sulfo-conjugué sodique de la roccelline. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 26 oct. 1885 et *Semaine Médicale*, 1885, p. 362.) — Action physiologique du sulfo de fuchsine et de la safranine. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 16 nov. 1885, et *Semaine Médicale*, 1885, p. 389.)

(4) Tel est le rouge que j'emploie pour apprécier, à l'exemple de MM. Achard et Castaigne, la perméabilité rénale (rosaniline trisulfonate de soude).

(1) Faisans. Intoxication par la créosote. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 janv. 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 38.)

(1) Fonzes-Diacon. Etude expérimentale du gaïacol et de quelques-uns de ses éthers. (*Thèse de Montpellier*, 1897, p. 30.)

(2) Eschle. Ueber die Wirkungsweise des Guajakolcarbonats gegen die tuberkulöse Infection. (*Therap. Monatshefte*, juillet 1899, p. 368.)

(3) Fiquet. Relations entre la constitution chimique d'un médicament et ses propriétés thérapeutiques. (*Treizième Congrès internat. des sciences méd.*, Section de thérapeutique, p. 162. Paris, 1900.)

(4) Pagel. (*Journ. de pharmacie et de chimie*, 1901, p. 449.)

que contenant plus de 37 % de son poids d'arsenic, c'est-à-dire environ la moitié de ce qu'en renferme l'acide arsénieux, serait vingt fois moins toxique que ce dernier. A cet égard, cette combinaison est d'autant plus intéressante que l'aniline est, comme on sait, toxique. Mais nous venons de voir que le phénol, bien que toxique, diminue la toxicité de certains nitriles.

Nous n'en finirions pas si nous voulions passer en revue toutes les combinaisons susceptibles d'atténuer l'activité d'une substance toxique. Rappelons seulement le fait connu qu'un grand nombre de substances aromatiques perdent une grande partie de leur toxicité si on introduit le groupe carboxyle (CO.OH) dans leur molécule. Comme exemple, je citerai le benzol, qui est assez toxique, tandis que l'acide benzoïque (C^6H^5. CO.OH) l'est beaucoup moins. Il serait facile de multiplier les cas de ce genre d'atténuation.

V

Ainsi, bien des combinaisons diverses annihilent plus ou moins l'action de substances médicamenteuses ou toxiques. Si celles-ci, dans le milieu organique, ne se dégagent pas suffisamment de ces combinaisons, elles restent *inertes*. Voilà le gros inconvénient des médicaments rendus artificiellement inermes. Un autre inconvénient, mais il est plutôt théorique, c'est que le dégagement ait lieu d'une manière trop brusque et trop complète. Dans ce cas l'intoxication serait inévitable, vu la masse de la substance à énergie virtuelle introduite dans l'économie. Mais je ne connais guère d'exemple de cette redoutable éventualité.

En résumé, les tentatives faites pour atténuer les effets toxiques ou simplement fâcheux de certains médicaments sont des plus louables; mais l'expérience seule permettra de se prononcer sur la valeur thérapeutique des dérivés inermes dont le nombre, déjà considérable, s'accroît chaque jour. A un certain point de vue, d'ailleurs, les médicaments artificiellement inermes ne sont pas parfaits : on ne peut doser exactement leur action, parce que chez eux le dégagement de la substance active est soumis à des aléas, et que trop souvent ils restent *inertes*. Théoriquement, des médicaments naturellement inermes semblent préférables.

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

MÉDECINE PRATIQUE

Un mode nouveau de vaccination.

Jusqu'à l'heure actuelle, les inoculations vaccinales positives pratiquées chez l'adulte ne représentaient qu'un pourcentage restreint et variable d'une statistique à une autre. Les insuccès étaient attribués à une immunité individuelle antérieurement conférée au sujet par une inoculation précédente, si lointaine d'ailleurs qu'elle pût être. Le vaccin ne prenait pas, disait-on, parce que le sujet était réfractaire, donc encore immunisé et à l'abri de la variole. Dans quelques cas exceptionnels, on mettait l'échec sur le compte de la qualité défectueuse du vaccin, soit qu'il fût avarié ou trop ancien, soit qu'il fût imparfaitement mélangé à la glycérine qui lui sert ordinairement d'excipient.

Depuis quelques années, cependant, des médecins d'enfants avaient remarqué et fait connaître que même des sujets très jeunes et non encore vaccinés restaient réfractaires à l'inoculation vaccinale. Certains auteurs expliquèrent ces faits par une immunité transmise de la mère à l'enfant. Mais, outre que cette explication n'était qu'hypothétique, elle fut démontrée inexacte et sans fondement par des observations qui prouvèrent que, tandis que certains enfants étaient réfractaires à l'inoculation vaccinale, leurs parents ne l'étaient pas. Le père et la mère n'étant pas immunisés ne pouvaient donc pas conférer l'immunité au produit de la conception. Il fallait chercher ailleurs la raison de cette immunité infantile.

Quelques médecins émirent alors des doutes sur l'efficacité du produit qu'ils inoculaient, mais ce produit suspect donna des résultats positifs sur d'autres sujets : la pulpe vaccinale dont ils se servaient avait par conséquent toutes les qualités requises. Ces mêmes observateurs songèrent enfin à modifier les procédés d'inoculation et ceux-ci varièrent bientôt avec chaque opérateur. Les grattages et les scarifications, combinés ou séparément utilisés, se généralisèrent en peu de temps et restent encore les modes opératoires d'inoculation les plus répandus.

I

Chaque jour, cependant, des observations s'accumulent, qui prouvent les imperfections d'une telle méthode. C'est ainsi qu'au cours de la récente épidémie variolique de Lyon (1899-1900), j'ai eu l'occasion d'observer plus d'une centaine d'atteintes, dont quelques-unes très graves, ayant entraîné la mort du sujet, qui ont porté sur des individus vaccinés quelques mois ou quelques semaines, voire quelques jours auparavant, « sans succès », ce qui voulait dire qu'ils devaient être logiquement considérés comme réfractaires au virus vaccinal et épargnés par la variole. Il n'en a rien été, et cela pour la raison très simple que l'inoculation qu'on leur avait faite n'avait eu d'une véritable inoculation que le nom. L'imperfection du procédé employé — qui, d'ailleurs, était le procédé courant — n'avait pas permis au virus d'entrer dans les lacunes lymphatiques du derme, et de se diffuser dans l'organisme pour y accomplir son rôle préservateur et bienfaisant.

Des exemples analogues se sont encore multipliés pendant l'épidémie de Londres de 1901-1902. Quelles précautions ne prend-on pas dans les laboratoires pour faire des inoculations aux animaux d'expérience qui sont, au surplus, des milieux vivants choisis entre vingt autres, parce qu'on les sait particulièrement favorables au développement d'un germe déterminé ! L'expérimentateur s'entoure de toutes les garanties pour la réussite de son expérience, et quand il s'agit d'une inoculation vaccinale chez l'homme, nous négligeons même les précautions les plus élémentaires et nous ouvrons au virus vaccinal des portes si étroites qu'il ne peut les franchir !

II

Frappé de l'imperfection des procédés d'inoculation vaccinale tels qu'ils sont ordinairement pratiqués, et convaincu de leur inefficacité dans la majorité des cas, surtout chez les adultes, j'ai cherché un autre mode opératoire aussi pratique que les précédents et ouvrant avec une absolue certitude l'organisme à l'invasion du virus vaccinal.

Je n'ai fait qu'une seule fois une injection hypodermique de quelques centigrammes de pulpe vaccinale; il se produisit un gonflement œdémateux et très douloureux du segment de membre sur lequel avait porté l'inoculation, accompagné d'une légère poussée fébrile qui dura plusieurs jours. Je n'ai, d'ailleurs, pas renouvelé cette expérience qui nécessite trop de précautions pour pouvoir entrer dans la pratique courante et qui, au surplus, est infiniment douloureuse et susceptible de provoquer des accidents inflammatoires sérieux.

J'ai pensé alors à perfectionner l'ancien système des scarifications multipliées et j'obtins cinq inoculations positives sur cinq individus dont un avait été revacciné « sans succès » deux mois auparavant et les quatre autres « avec succès » l'année précédente. Les scarifications étaient très rapprochées et au nombre d'une dizaine environ. Mais l'opération ainsi pratiquée est beaucoup trop longue pour pouvoir être faite en grand, dans les dispensaires ou les lieux d'assistance, par exemple. Cette expérience me confirma dans cette idée qu'une inoculation bien faite doit fatalement entraîner l'apparition des symptômes de la maladie dont le germe ou le virus ont été inoculés, et cela aussi souvent qu'on pratiquera les inoculations, pourvu, toutefois, que ces dernières ne soient ni assez multipliées, ni surtout assez rapprochées pour créer une accoutumance du sujet, telle que celui-ci ne réagisse plus au virus vaccinal.

Délaissant alors la lancette et le vaccinostyle qui, maniés rapidement, n'ouvrent que des passages incertains au virus vaccinal, j'ai cherché à offrir à ce dernier une surface d'absorption étendue et je songeai à utiliser une sorte de marteau de Mayor minuscule que je fis construire dans ce but. Il est essentiellement constitué par un petit cylindre de cuivre dont les surfaces de frappe offrent une très légère convexité (1). Cette petite masse est reliée au manche de l'instrument par l'intermédiaire d'une tige métallique rigide de 18 centimètres.

Les temps de l'opération pratiquée à l'aide du *marteau à vacciner* sont extrêmement simples. Le premier de tous consiste à porter l'instrument à une température voisine de 100° C. et on obtient aisément ce résultat en maintenant le petit cube de cuivre, pendant trois minutes, dans l'eau en ébullition. La zone cutanée sur laquelle on veut pratiquer l'inoculation étant mise à nu, on applique alors sur elle une des faces du marteau et on maintient intimement le contact durant à peu près une seconde. La peau rougit et au bout de très peu de temps l'épiderme se soulève sur une étendue d'un demi-centimètre carré environ, tandis qu'au-dessous de lui s'accumule une mince couche de sérosité. On a, en somme, artificiellement provoqué les lésions d'une brûlure légère. Chargeant alors le vaccin sur une aiguille ordinaire ou sur le vaccinostyle, ou même sur le triangle d'une aiguille à cataracte, on pratique une brèche minuscule dans l'épiderme mortifié, et on dépose le virus vaccinal en pleine sérosité. Celle-ci représente le bouillon de culture le plus favorable au développement des lésions vaccinales. Ces dernières surviennent, d'ailleurs, avec une constance et une régularité presque mathématiques, ce qui prouve que la pénétration du germe a lieu dans tous les cas au même moment, c'est-à-dire à l'instant même où l'opération est pratiquée.

Trois jours après l'inoculation, une teinte rouge, inflammatoire, apparaît au niveau du point inoculé. A la fin de la première semaine, une vésicule se forme sous l'épiderme très fragile; elle s'ombilique bientôt d'une façon absolument caractéristique. Le liquide qu'elle contient, d'abord clair et filant, ne tarde pas à devenir purulent. La zone inflammatoire, qui seule apparaissait au début, a persisté autour de la vésicule. Celle-ci se vide bientôt, et la dessiccation est terminée quinze jours après l'inoculation.

Du quatrième au douzième jour, on note une fièvre modérée, un peu d'agitation, un malaise général très sensible, parfois un peu d'engorgement des ganglions axillaires, puis tout rentre dans l'ordre. J'ai remarqué que ces symptômes généraux sont généralement mieux caractérisés à la suite d'une vaccination au marteau qu'à la suite d'une vaccination à la lancette ou au vaccinostyle. On s'explique aisément cette particularité si l'on songe que la surface d'absorption offerte au virus est plus étendue, et qu'il pénètre dans l'organisme en plus grande quantité à la fois.

(1) J'avais primitivement donné à l'instrument une forme sphérique, mais les surfaces de contact et de frappe n'étaient pas suffisamment étendues et on n'obtenait de cette façon qu'un décollement presque insignifiant de l'épiderme; de plus, celui-ci était souvent détruit au niveau du sommet du cône de dépression que le marteau produisait en s'appliquant sur les téguments.

III

Le procédé que je préconise est surtout utile lorsqu'il s'agit de vacciner successivement un grand nombre de personnes : il suffit d'avoir plusieurs marteaux à portée de sa main dans un vase d'eau maintenue en ébullition. On fait défiler les sujets un à un en les plaçant en file indienne, pour appliquer le marteau. L'accumulation de sérosité sous l'épiderme se fait très rapidement et ils se représentent ensuite dans le même ordre pour être inoculés.

J'ajoute que la douleur éprouvée par le patient au contact du marteau porté à une température élevée n'est pas supérieure à la sensation désagréable produite par le vaccinostyle ou la lancette créant une brèche épidermique.

Par ce procédé, on obtient presque toujours une éruption vaccinale typique et rarement une vaccine sans éruption, uniquement caractérisée par l'apparition de phénomènes généraux (fièvre, agitation, insomnie) sans vésico-pustules, telle que j'en avais constaté les symptômes dans le cas rapporté plus haut en injectant la pulpe glycérinée sous la peau. Sydenham et Chauveau avaient observé ces mêmes symptômes sur les génisses, après avoir pratiqué sur elles une inoculation dans le tissu cellulaire; ils avaient constaté que cette opération conférait l'immunité, bien que les pustules vaccinales fissent totalement défaut. Par contre, je n'ai jamais vu survenir ni les croûtelles, ni les cicatrices, ni les vésicules non ombiliquées de la fausse vaccine.

Toutes mes inoculations, à l'exception de trois, ont été suivies d'une éruption vaccinale typique, quelles que fussent d'ailleurs les conditions de réceptivité ou d'immunité dans lesquelles se trouvaient les sujets en face desquels le hasard m'avait placé. Voici, du reste, quelques détails sur les résultats que j'ai obtenus :

Du 25 novembre 1901 au 29 mars 1902, j'ai pratiqué 18 inoculations. J'ai enregistré un seul insuccès (chez un jeune homme de seize ans, vacciné avec succès trois mois auparavant); 2 sujets n'ont eu que des phénomènes généraux (réaction fébrile, insomnie, agitation) sans éruption. Les 15 autres ont présenté une éruption bien caractérisée : parmi eux, 5 avaient été précédemment vaccinés avec un résultat positif (de quatre mois à onze ans plus tôt), les 10 autres avec un résultat négatif (de onze mois à neuf ans).

Je termine ici ce bref exposé d'une méthode nouvelle d'inoculation vaccinale qui présente sur l'ancienne manière l'avantage d'ouvrir avec une certitude presque absolue l'organisme à l'envahissement du virus vaccinal, et permet d'obtenir des résultats positifs là où l'on échouait autrefois. Elle est parfaitement utilisable dans les collectivités et offre toutes les garanties de réussite désirables, en particulier entre les mains d'un opérateur qui n'est pas talonné par le temps et se préoccupe moins d'ajouter des unités nouvelles aux statistiques épidémiologiques officielles que de pratiquer une véritable opération immunisante contre la variole.

Dr Maurice Boigey,
Médecin aide-major.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1902.

La diphtérie à l'hospice général de Rouen.

M. Brunon (de Rouen). — Pendant les vingt années qui se sont écoulées de 1882 à 1901, la diphtérie a suivi, à l'hospice général de Rouen, une marche dans laquelle on peut distinguer quatre étapes : 1° pendant onze ans (1882-1892) le nombre des cas varie de 50 à 100 chaque année; 2° pendant les trois années suivantes (1893, 1894 et 1895), ce nombre s'élève graduellement à 175, 230 et 400 cas; 3° en 1896-1897 il descend en suivant la même marche que pour l'ascension; 4° enfin, de 1898 à 1901, il est redevenu à peu près ce qu'il était il y a dix ans : il oscille entre 85 et 110.

Le point culminant de la courbe correspond à 1895. Deux ans avant et deux ans après, elle s'abaisse dans des proportions considérables.

Ces faits, rapprochés de ceux qui ont été signalés déjà pour un certain nombre de grandes villes (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 401-406), semblent prouver que la diphtérie procède par épidémies successives. Tout à coup la morbidité et la mortalité prennent une marche presque verticalement ascendante. En deux ou trois ans, elles atteignent leur maximum, puis la chute se fait en lysis, graduellement et moins rapidement que la montée.

Le sérum antidiphtérique a-t-il une influence sur le nombre des cas de diphtérie?

Les faits que nous avons rapportés répondent négativement. Le point culminant de la courbe, à Rouen, correspond à l'année 1895, pendant laquelle le sérum a été employé couramment. Avec le mode d'administration actuel du sérum, il ne saurait en être autrement. Pour qu'une épidémie de diphtérie pût être enrayée, il faudrait que la pratique des injections préventives se généralisât; alors son action thérapeutique deviendrait collective, tandis qu'actuellement, elle est purement individuelle.

Avant l'emploi du sérum, de 1882 à 1894, la proportion des guérisons était de 46 % en moyenne; depuis 1895, elle atteint 80 %.

Ces chiffres montrent l'efficacité du traitement par le sérum à l'hospice général de Rouen. Les doses administrées ont été surélevées depuis deux ans. Actuellement, on injecte souvent 20 c.c. aux enfants ayant moins de deux ans; de 30 à 40 c.c. au-dessus de cet âge. Si les fausses membranes tardent à se détacher, on répète l'injection au bout de douze heures.

Les bains chauds sont un des adjuvants les plus puissants du traitement par le sérum; dans l'intervalle des bains à 35°, qui sont renouvelés toutes les trois ou quatre heures, on fait des applications froides sur le thorax.

Les tubages commencés à Rouen en 1896 ont remplacé à peu près complètement la trachéotomie et ont donné des résultats très remarquables.

Sur les phénomènes consécutifs à la résection du sympathique cervical.

M. Fr. Franck lit, à l'occasion d'un travail de MM. Jonnesco et Floresco (de Bucharest), un rapport que nous résumons ainsi :

Parmi les troubles consécutifs à la résection du sympathique cervical, les uns sont persistants, les autres passagers. Au nombre des premiers nous signalerons le resserrement de la pupille, la chute de la paupière supérieure, la congestion de la conjonctive palpébrale et bulbaire, celle des gencives, du cerveau, etc. Ces phénomènes congestifs peuvent se maintenir jusqu'à trois années après l'opération.

Au contraire, la diminution de la tension oculaire, la suppression de la fonction sudorale, la gêne dans la mastication et dans la déglutition, l'influence nutritive et l'hyperesthésie tendent à disparaître ou disparaissent complètement après un temps généralement assez court.

La résection du sympathique cervical ne donne lieu à aucun trouble trophique. Quant au développement physique ou intellectuel de l'opéré, quel que soit son âge, il n'est nullement modifié du fait de l'intervention chirurgicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1902.

Traitement des ankyloses par l'interposition de parties molles.

M. Quénu. — La communication que M. Nélaton nous a faite dans la dernière séance me fournit l'occasion de vous relater un cas dans lequel j'ai eu recours à l'interposition d'un lambeau de parties molles pour éviter l'ankylose, après une résection du coude. Il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'une ankylose du coude à angle droit, consécutive à une fracture. M. Tuffier fit une résection insuffisante, portant principalement sur l'olécrâne, et le résultat fut nul. Je pratiquai à mon tour une résection large, et j'interposai entre les surfaces osseuses le ligament antérieur désinséré à la rugine, que je fixai en arrière avec quelques points de suture. Les fonctions du membre, depuis cette opération, s'accomplissent d'une manière satisfaisante.

M. Routier. — Je suis tout disposé à essayer l'interposition d'un fragment de parties molles entre les surfaces osseuses, pour prévenir la récidive de l'ankylose, car les interventions usuelles, en pareil cas, donnent souvent des mécomptes. C'est ainsi que chez un malade atteint de double ankylose de la hanche, j'ai réséqué d'un côté la tête du fémur, et de l'autre côté j'ai pratiqué une ostéotomie sous-trochantérienne : l'ankylose s'est reproduite, en rectitude, il est vrai, et non plus en flexion, ce qui constitue un certain avantage. Dans un autre fait, relatif à une ankylose du coude, j'ai observé également une réankylose consécutive à une résection.

M. Lucas-Championnière. — L'observation de M. Nélaton m'a beaucoup intéressé, parce qu'elle a trait à un cas d'ankylose de la hanche, et que pour cette région il importe de ménager le squelette. Mais pour le coude je crois qu'on peut se passer de l'interposition des parties molles : il suffit de faire une résection assez large, et d'appliquer un traitement consécutif efficace, basé surtout sur la mobilisation très précoce.

M. Tuffier. — Pour l'extrémité supérieure de l'humérus, j'ai cherché à empêcher l'ankylose, après la résection de la tête, en conservant la surface cartilagineuse que je fixe sur l'extrémité osseuse avec quelques points de catgut, après l'avoir détachée de la tête humérale.

Coxa vara traumatique.

M. Kirmisson. — M. Coville (d'Orléans) nous a adressé une observation de coxa vara, au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Ce fait concerne un jeune homme de seize ans qui, quatre années auparavant, avait subi un traumatisme de la hanche. Bien qu'il n'y eût pas le moindre déplacement de la tête fémorale, ainsi que la radiographie l'a démontré, notre confrère constata un raccourcissement du membre inférieur, avec élévation du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton; de plus, il existait une ankylose de l'articulation coxo-fémorale, avec rotation du membre en dehors. Au point de vue de la pathogénie de cette coxa vara, M. Coville pense qu'il s'est produit, lors du traumatisme incriminé, un décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur; et les différentes radiographies prises par notre confrère semblent rendre cette hypothèse tout à fait vraisemblable, car elles nous montrent que l'axe du col ne se continue pas avec celui de la tête fémorale.

Au total, il importe, à mon avis, de séparer la coxa vara de la première enfance, imputable au rachitisme, d'avec celle des adolescents, qui survient comme déformation isolée et qui me paraît beaucoup plus rare.

M. Berger. — Je crois aussi qu'il faut distinguer les coxa vara symptomatiques, pour lesquelles le rachitisme exerce évidemment une influence prédominante, et la coxa vara primitive ou essentielle, comparable au genu valgum. Or, la vraie coxa vara, celle des adolescents, me semble assez rare en France. J'en ai observé un cas chez un jeune garçon qui avait commencé à boiter après avoir fait un saut exagéré; lorsque je l'ai examiné, le raccourcissement du membre atteignait 4 centimètres; on notait une ascension très notable du grand trochanter et toutes les manifestations caractéristiques de la coxa vara; le malade ne présentait aucune trace de rachitisme. On aurait pu à son sujet se demander s'il n'y avait pas eu une fracture du col du fémur, avec pénétration du fragment supérieur dans la région trochantérienne; toutefois, je dois dire que ce jeune homme n'avait pas fait de chute.

Du mécanisme de certains cas d'occlusion intestinale.

M. Walther. — Dans la dernière séance, M. Quénu a étudié le rôle qui pouvait être attribué, pour la production de certains cas d'occlusion intestinale, à l'existence de petites

brides particulièrement développées au niveau de la partie terminale du côlon transverse. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois des brides de ce genre, et mes constatations viennent à l'appui de l'interprétation admise par M. Quénu. Ces brides semblaient être consécutives à l'épiploïte chronique qui coïncide si fréquemment avec les lésions appendiculaires.

Pour le cas de M. Terrier, cependant (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 142), je pense qu'il s'agissait tout simplement d'un rétrécissement, car les brides dont je parle sont assez faciles à voir, et s'il y avait eu une bride chez la malade opérée par notre collègue, elle n'aurait certainement pas échappé à son attention.

M. Terrier. — L'angle gauche du côlon était tellement élevé, chez ma malade, que je ne pouvais pas rechercher l'existence d'une bride. Je crois qu'il y avait un rétrécissement, mais je n'en ai pas élucidé la cause, me contentant de faire une colo-colostomie pour rétablir le cours des matières.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1902.

Sur un syndrome simulant le rétrécissement de l'œsophage et dû à la rétraction atrophique de l'estomac.

M. Soupault. — Après avoir souffert pendant une période de temps variable de troubles gastriques, les malades sur lesquels je désire appeler l'attention présentent une gêne de la déglutition qui s'exagère rapidement et aboutit bientôt à une dysphagie complète. D'abord les aliments solides passent difficilement, puis les liquides eux-mêmes sont mal supportés et sont souvent rejetés par régurgitation et vomissements.

A la longue, cette dysphagie entraîne la dénutrition; les patients s'affaiblissent, maigrissent d'une façon considérable et deviennent peu à peu cachectiques.

Ce tableau morbide rappelle à s'y méprendre celui des rétrécissements de l'œsophage; mais le cathétérisme révèle que ce conduit est perméable dans toute sa longueur : la sonde ne rencontre en aucun point d'obstacle, ni même de résistance. Par contre, si, à l'aide de la sonde, on essaye de faire pénétrer dans l'estomac des aliments liquides, on ne peut en introduire qu'une quantité minime, à peine un demi-verre; quand on en verse davantage, on provoque des efforts de vomissement et les liquides ressortent le long de la sonde.

D'autre part, la percussion et la palpation de la région épigastrique ne permettent pas de circonscrire l'aire de l'estomac. Enfin, les aliments rejetés plus ou moins tardivement sont neutres au tournesol et ne présentent aucune des réactions habituelles des substances ayant subi l'action du suc gastrique.

Dans les 4 cas où j'ai observé les phénomènes ci-dessus relatés, j'ai pu constater, à l'autopsie, la rétraction de l'estomac. Cette altération était due 3 fois à une infiltration cancéreuse et une fois à une sclérose cicatricielle provenant de l'ingestion d'un liquide caustique. Dans 5 faits de même ordre qui ont été publiés par divers auteurs, 4 fois il s'agissait d'un cancer infiltré et une fois d'une linite plastique généralisée.

Le diagnostic de cet état morbide doit être fait d'avec les rétrécissements de l'œsophage et d'avec l'œsophagisme grave; il suffira pour cela d'avoir recours au cathétérisme, car dans ces deux dernières affections la sonde rencontre toujours un obstacle plus ou moins résistant, et si, malgré cet obstacle (œsophagisme), on parvient à pénétrer dans l'estomac et qu'on y introduise une abondante quantité d'aliments, ceux-ci sont conservés et ne produisent aucune révolte du viscère.

M. Mathieu. — Les affections gastriques se compliquent fréquemment de spasmes douloureux de l'œsophage qui empêchent les malades de déglutir; c'est là un phénomène purement réflexe, ainsi que l'on peut s'en assurer en pratiquant le cathétérisme. Quant à la rétraction de l'estomac qui, d'après M. Soupault, accompagnerait ces accidents spasmodiques, il est possible qu'elle soit simplement le fait de l'inanition prolongée des patients; elle serait alors la conséquence des spasmes plutôt que leur cause.

M. Lion. — Il est certain que le symptôme dysphagie s'observe fréquemment au cours des affections de l'estomac les plus variées; mais ce symptôme, qui se réduit à une sensation de corps étranger intra-œsophagien, me paraît dû non à un véritable spasme — car la sonde franchit le canal œsophagien sans rencontrer la moindre résistance —, mais à ce que les malades localisent au niveau de l'œsophage une douleur dont le siège est en réalité stomacal.

M. Bruhl. — J'observe actuellement un malade qui se plaint depuis dix ans d'accidents gastriques auxquels se sont joints, il y a un an, des troubles dysphagiques. Le cathétérisme œsophagien est des plus faciles et fait disparaître pour quelque temps la dysphagie. La palpation de la région épigastrique ne décèle la présence d'aucun néoplasme, mais l'estomac de ce sujet paraît diminué de volume et rétracté.

M. Moutard-Martin fait remarquer que la plupart des malades qui ont l'estomac petit et rétracté par suite d'affections diverses ne présentent pas de dysphagie; le syndrome signalé par M. Soupault serait donc en somme assez rare.

Rapports de la scarlatine et de la tuberculose.

M. Simonin relate 5 observations recueillies chez des adultes et montrant que le prétendu antagonisme de la scarlatine et de la tuberculose (Rilliet et Barthez) n'existe pas, ces deux maladies étant susceptibles de s'associer ou de se succéder suivant des modes variés.

La scarlatine survenant chez un tuberculeux en évolution peut tantôt garder elle-même un caractère bénin, tout en provoquant de nouvelles poussées de granulations, tantôt revêtir un caractère malin. Celui-ci, dans un certain nombre de cas où la tuberculose est ancienne et parfois même assoupie, paraît résulter d'altérations du foie dues à une imprégnation tuberculeuse ancienne (dégénérescence graisseuse des cellules trabéculaires, inflammation chronique des rameaux de l'artère hépatique, sclérose secondaire des parois des veines, des conduits biliaires et de la capsule de Glisson). Le virus scarlatineux provoque aisément, chez de pareils sujets, l'insuffisance aiguë des fonctions antitoxiques du foie et la mort rapide par une véritable intoxication.

M. Joffroy dit avoir observé autrefois un homme d'une trentaine d'années, de constitution en apparence très robuste, qui a succombé au septième jour d'une varioloïde extrêmement discrète et à l'autopsie duquel on n'a trouvé qu'une caséification des ganglions bronchiques sans aucune lésion tuberculeuse des poumons. Il existait aussi, dans ce cas, des altérations du foie, mais elles ont été mises sur le compte de l'alcoolisme, le malade étant garçon brasseur.

Névrites périphériques consécutives à la scarlatine.

M. Hallé relate, au nom de M. Méry et au sien, l'observation d'un enfant de sept ans et demi qui fut atteint, vingt-sept jours après le début d'une scarlatine d'intensité moyenne, d'un léger mouvement fébrile avec gonflement douloureux des articulations des cous-de-pied et des poignets. Ces accidents rhumatismaux furent suivis d'une paralysie avec atrophie des muscles de l'avant-bras, réaction de dégénérescence, etc., qui finit par disparaître au bout de quelques mois. Il semble bien qu'il se soit agi dans ce cas d'un processus névritique dû soit au poison scarlatin, soit à une infection surajoutée.

Ostéopathie hypertrophiante et kyste hydatique du poumon.

M. Thoinot présente un homme qui est atteint d'ostéopathie hypertrophiante, sans que par la percussion ou l'auscultation on réussisse à découvrir chez lui la moindre lésion de l'appareil respiratoire. Par contre, l'examen radioscopique a décelé l'existence, au centre du poumon droit, d'une large opacité probablement due à la présence d'un kyste hydatique. Il y a lieu de signaler, étant données les relations étroites qui unissent les processus suppuratifs à l'ostéopathie hypertrophiante, que rien ne permet de supposer que ce kyste soit suppuré, le malade n'ayant jamais eu ni douleurs, ni élévation de la température.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 11 et 18 juin 1902.

Fibrome médullaire opéré avec succès.

M. Oppenheim communique, en son nom et au nom de M. Jolly, l'observation d'une jeune femme qui, un certain temps après une chute de bicyclette n'ayant pas entraîné de troubles immédiats, commença à ressentir, dans la partie droite de l'hypogastre, des douleurs qui résistèrent à tous les moyens thérapeutiques dont on usa; bientôt apparut une faiblesse des jambes, surtout à droite, qui augmenta au point de rendre la marche à peu près impossible; il s'y joignit enfin de la scoliose de la partie inférieure de la colonne dorsale, sans sensibilité des vertèbres à la pression, de l'anesthésie et de la parésie de la moitié droite de l'abdomen, de l'exagération des réflexes. L'examen radiographique ne révéla rien de particulier; une injection de tuberculine ne provoqua aucune réaction; l'extension, à laquelle on eut recours dans un but thérapeutique, aggrava les douleurs.

Au bout de quelque temps, on put constater que les douleurs étaient localisées aux territoires innervés par les neuvième, dixième et onzième racines droites; à ce niveau, l'anesthésie était complète et totale; du côté gauche, la sensibilité était également altérée, mais sur un territoire un peu moins étendu; le réflexe abdominal, entièrement aboli au-dessous de l'ombilic, était seulement affaibli dans la moitié droite de la partie supérieure de l'abdomen; il était conservé dans la moitié gauche. Les muscles abdominaux offraient la réaction de dégénérescence. Aux jambes, on notait de la parésie spasmodique avec exagération des réflexes patellaires et clonus du pied; il existait des troubles vésicaux intermittents.

Dans ces conditions, il ne pouvait y avoir de doute sur l'existence d'une tumeur intrarachidienne; l'extension de l'anesthésie démontrait que le pôle supérieur de ce néoplasme devait intéresser le domaine de la neuvième racine dorsale. L'opération fut pratiquée par M. Sonnenburg; après la résection de l'arc de la huitième dorsale il fut facile d'enlever un fibrome ayant environ 3 centimètres de longueur, de situation intra-durale et qui paraissait provenir de la gaine conjonctive d'un nerf. Les suites opératoires furent très simples et le résultat des plus satisfaisants : il ne subsiste qu'un peu d'exagération des réflexes tendineux et quelques erreurs de localisation des jambes.

M. Hahn déclare être intervenu 6 fois pour des tumeurs supposées de la moelle : 2 fois il trouva des kystes échinococciques (1 succès et 1 mort), 1 fois une exostose de l'arc vertébral, 2 fois des cavités intramédullaires, ressortissant dans un cas à la syringomyélie et dans l'autre à un foyer de ramollissement; chez le dernier patient, enfin, il s'agissait d'une pointe de couteau fixée depuis dix ans dans la dixième dorsale, et n'ayant jusque-là entraîné aucun trouble.

L'orateur estime que, dans les opérations de ce genre, le diagnostic est d'autant plus facile à établir et le pronostic d'autant plus favorable, que les symptômes radiculaires sont unilatéraux, les vertèbres non douloureuses à la pression, et la température normale.

M. Remak fait observer qu'on trouve parfois, à l'intervention, des tumeurs beaucoup plus étendues que ne le faisaient supposer les signes cliniques. C'est ainsi que chez une femme qu'il a fait opérer par M. F. Krause, le diagnostic de localisation n'hésitait qu'entre la queue de cheval et les troisième et quatrième segments lombaires (sciatique rebelle, paralysie des fessiers gauches, parésie du péronier du même côté, vives douleurs au niveau de la jambe gauche avec altérations de la sensibilité de la face externe de la cuisse, troubles vésicaux, douleurs à la pression du sacrum); or, la partie postérieure du sacrum ayant été réséquée, ainsi que les arcs des troisième et quatrième vertèbres lombaires, on vit que, pour

atteindre l'extrémité supérieure de la tumeur, il aurait fallu enlever encore les arcs de quatre vertèbres, ce que l'état de la malade ne permettait pas. A l'autopsie, on reconnut qu'il s'agissait d'un sarcome remontant jusqu'au renflement lombaire.

Un cas de folliculome malin de l'ovaire.

M. Gottschalk relate l'observation d'une femme de quarante-huit ans, ayant eu trois grossesses antérieures, qui présentait depuis six mois environ une augmentation de volume du ventre avec adynamie progressive. Une laparotomie ayant été pratiquée, il s'écoula une grande quantité de sérosité albumineuse, puis on put extraire une tumeur du volume d'un poing, siégeant dans le bassin; on termina par l'ablation des deux ovaires. La guérison se maintient depuis quatre ans.

L'examen du néoplasme en question permit de reconnaître qu'il offrait une couche corticale et une couche médullaire nettement distinctes; la première contenait de nombreux kystes, tandis que la deuxième était compacte. Sous le microscope, on pouvait distinguer dans cette tumeur un stroma formé de tissu hyalin, pauvre en cellules et ponctué de nombreuses hémorrhagies, et un parenchyme constitué par des éléments spéciaux : c'étaient des corpuscules isolés, à contours nets, sans capsule, et renfermant de nombreux noyaux disposés par couches. Ce sont ces éléments qui, par leur réunion en vésicules, et la dégénération d'une partie de leur substance, donnaient naissance aux kystes signalés précédemment.

Cette structure rappelait jusqu'à un certain point celle d'un goitre aberrant, mais elle s'en distinguait par quelques différences morphologiques, et, en outre, quand il existe dans l'ovaire des éléments thyroïdiens, ceux-ci coexistent toujours avec des éléments épithéliaux, ce qui n'était pas le cas sur cette pièce. Les diagnostics de tumeur conjonctive et endothéliale ayant été éliminés, l'orateur est d'avis qu'il s'agit là d'un néoplasme développé aux dépens des follicules primordiaux.

M. Pick croit, au contraire, qu'on a affaire à un goitre aberrant; peut-être pourrait-on admettre toutefois qu'il existait une petite tumeur thyroïdienne passée inaperçue et ayant déterminé une métastase ovarienne.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les filatures de lin; étude d'hygiène professionnelle, par M. D. Glibert. In-8°, 463 p. avec fig. Bruxelles, 1902.

L'industrie linière est très développée en Belgique, où elle n'occupe pas moins de 12,275 personnes : pour donner une idée de l'importance qu'elle a prise dans certains centres, il nous suffira de signaler qu'il existe, dans la seule ville de Gand, 8,264 filateurs de lin, représentant 67.32 % de la population totale. Or, depuis quelques années, un courant d'opinion très vif s'est manifesté chez nos voisins du nord contre l'insalubrité des filatures de lin, particulièrement en ce qui concerne la santé et l'aptitude à la procréation des femmes qui y sont employées en grande majorité, puisqu'elles figurent pour un contingent de 8,790 unités dans le total plus haut signalé, soit pour 71.61 %. Aussi le ministère belge de l'industrie et du travail a-t-il institué sur ce point une vaste enquête, dont M. D. Glibert fait connaître les résultats dans le présent ouvrage.

De ce volumineux rapport, nous ne retiendrons que les données relatives aux femmes, d'abord parce que, comme nous venons de le voir, les ouvriers du sexe masculin ne constituent que 28.39 % de la population ouvrière des filatures — et encore conviendrait-il de retrancher de ce chiffre un certain nombre d'individus appartenant à différents corps de métier (mécaniciens, charpentiers, etc.) et soustraits, par la nature même de leurs occupations, aux inconvénients inhérents à cette industrie —, ensuite parce que l'âge moyen d'admission des hommes est de vingt-deux ans, de sorte que les ouvriers du sexe masculin offrent, de ce fait, une résistance beaucoup plus grande que les femmes, dont *plus de la moitié* commencent à travailler au filage du lin *entre dix et douze ans.*

Des diverses manipulations auxquelles le lin est soumis dans les filatures, les deux plus importantes, et aussi les plus dangereuses pour la santé des ouvrières, sont, d'une part, le cardage, et, d'autre part, le filage (filage au mouillé au moyen du continu à ailettes) dont on peut rapprocher, au point de vue hygiénique, le dévidage; elles sont nuisibles, la première à cause des poussières qu'elle soulève, la seconde en raison de la haute température et du degré hygrométrique élevé des locaux où elle s'effectue.

Les ateliers du filage occupent à eux seuls 4,166 femmes, soit 37.69 % du personnel féminin des filatures; c'est là surtout qu'on rencontre des ouvrières jeunes, les éliminations étant rapides et nombreuses par suite de divers facteurs, parmi lesquels la maladie joue un rôle considérable : aussi, sur ce chiffre de 4,166 « fileuses », n'en compte-t-on que 94 ayant plus de quarante ans, 13 plus de cinquante ans, 2 enfin de soixante à soixante-dix ans; au total, la proportion, dans les ateliers de filage, des femmes ayant dépassé quarante ans, n'excède pas 2.62 %.

Il résulte des relevés dressés par l'auteur que la santé des ouvrières de filatures n'est pas, d'une façon générale, des plus florissantes. En effet, 65.37 % de ces femmes ont un état de santé qualifié « bon » (dans les ateliers de filage, cette proportion s'abaisse à 56.86 %), 32.56 % un état de santé « médiocre », 2.07 % un état de santé « mauvais ».

Relativement à la nature des affections qui les frappent particulièrement — abstraction faite des lésions de l'appareil génital —, les troubles digestifs sont, d'une façon absolue, les plus fréquents; puis viennent les maladies nerveuses, les affections rhumatismales, les troubles respiratoires, enfin les maladies épidémiques. Dans les ateliers de filage prédominent les affections digestives, dans ceux de cardage les maladies de l'appareil respiratoire, dans ceux de dévidage les troubles nerveux et d'origine rhumatismale. Ce sont les ouvrières du cardage qui supportent le plus grand nombre de jours de chômage pour cause de maladie, puis les fileuses, enfin les dévideuses.

L'industrie linière exerce, au point de vue de la dépopulation, une influence des plus marquées et des plus funestes. Des 8,790 femmes qu'elle emploie, 2,599 seulement ont eu des grossesses; elles ont donné le jour à 6,312 enfants, soit 2.42 par mère; or, sur ces enfants, 3,254 ont succombé avant l'âge de cinq ans, *soit 51.56 %* (au lieu de 24.12 %, chiffre normal), dont 1,177 avant l'âge de trois mois, soit 18 %. Enfin, les grossesses précitées ont été terminées par un avortement ou par l'expulsion d'un mort-né dans 6.34 % des cas, au lieu de la proportion moyenne de 4.5 %; et encore ce chiffre est-il au-dessous de la vérité, car nombre d'avortements au cours de grossesses illégitimes ont dû échapper aux enquêteurs.

Indépendamment de ces troubles de la santé générale, on a décrit depuis longtemps chez les ouvrières des filatures, notamment chez les fileuses, des altérations cutanées que ces femmes désignent sous le nom de « chancre d'eau » (*Waterkanker*) et qui ressortissent à quatre variétés d'eczéma (érythémato-vésiculeux, vésiculo-pustuleux, squameux, lichénoïde); il survient aussi, chez la moitié d'entre elles environ, des lésions ulcéreuses superficielles moins bien connues, qui sont généralement de nature bénigne, mais s'aggravent parfois durant la saison rigoureuse. Signalons, en passant, l'existence d'un stigmate professionnel chez les fileuses : il est constitué par une callosité sur l'éminence hypothénar de la main gauche, par suite du choc de l'ailette de la bobine que l'ouvrière est obligée d'arrêter pour rattacher les fils cassés.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des mesures que propose M. Glibert pour parer aux diverses causes d'insalubrité des filatures, la plupart se rapportant à des perfectionnements du matériel : les plus essentielles sont la ventilation efficace des ateliers, surtout de cardage, et la protection des ouvrières contre les gouttelettes projetées par la rotation des bobines, dans les locaux où se fait le filage. — F. F.

Deux cas de fièvre rémittente par migration du testicule, par M. Faraggi.

L'auteur relate les observations de deux enfants qui, à la suite de l'ascension d'un testicule dans le canal inguinal, eurent des phénomènes fébriles graves.

La première concerne un garçonnet de six ans qui se trouvait dans un état inquiétant (subdélire, température à 39°6, pouls à 140) quand M. Faraggi le vit pour la première fois; l'examen objectif le plus minutieux ne permit de découvrir qu'une petite tumeur légèrement douloureuse occupant le canal inguinal droit; la bourse correspondante étant vide, il s'agissait évidemment du testicule droit ectopié; l'auteur n'attacha, du reste, aucune importance à ce fait. La situation resta la même pendant une semaine, puis la défervescence se fit brusquement le huitième jour; trois jours après, on remarqua par hasard que l'ectopie testiculaire précédemment constatée s'était spontanément réduite.

Deux mois plus tard, une crise fébrile analogue se produisit, le testicule étant remonté dans le canal inguinal; en six jours, tout rentrait dans l'ordre, en même temps que la glande génitale recouvrait son siège normal. Enfin, une troisième crise, six semaines après, permit de saisir sur le vif la cause des accidents : elle fut, en effet, consécutive à l'application d'un bandage en 8, passant entre les cuisses et destiné à maintenir un pansement sur la fesse; pendant les deux premiers jours, tout alla bien, mais le lendemain le testicule, sans doute sous l'influence de la pression du bandage, était remonté dans le canal inguinal, et le surlendemain la fièvre éclatait. La famille refusa de soumettre cet enfant à la cure radicale.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçonnet de sept ans qui, dans l'espace de quatre mois, eut trois accès fébriles en tout semblables à ceux que nous venons de décrire. La famille ayant également refusé l'intervention, l'auteur fit confectionner un petit bandage obturant le canal inguinal, et depuis lors la guérison s'est maintenue. (*Arch. de méd. des enfants*, janvier 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'étiologie de la méningite cérébro-spinale aiguë primitive, et en particulier de sa forme épidémique, par M. I. Jundell.

Dans le présent travail, M. Jundell s'attache à préciser le rôle étiologique, ainsi que les caractères morphologiques et biologiques, du méningocoque de Weichselbaum.

On admet généralement que ce microorganisme d'abord, puis le pneumocoque, sont les agents pathogènes le plus communément en cause dans la méningite cérébro-spinale. Les observations recueillies par l'auteur déposent dans le même sens : sur 6 malades qu'il a examinés, au cours d'une petite épidémie ayant frappé 17 personnes, il a trouvé 5 fois le méningocoque et une fois un microbe non encore décrit. Dans 8 autres cas, d'apparence sporadique, il a isolé le méningocoque 3 fois, le pneumocoque 2 fois et le streptocoque une fois; dans deux faits, enfin, l'examen bactériologique demeura négatif.

Mais de ce que le méningocoque se rencontre de préférence, surtout dans les formes épidémiques de la méningite cérébro-spinale, il ne s'ensuit pas qu'il ait une valeur spécifique et qu'il faille considérer tous les cas sporadiques comme la manifestation d'une épidémie méconnue. C'est ainsi que M. Jundell a pu démontrer la présence du méningoque au niveau des muqueuses de la bouche et du nez, et dans leurs sécrétions, aussi bien chez des individus en bonne santé que chez des sujets atteints d'affections diverses (grippe, bronchite, bronchopneumonie, rougeole, etc.). Si ce microbe n'a pas été plus souvent signalé et si certaines épidémies ne lui ont pas été rapportées, cela tient sans doute aux difficultés qui entourent sa culture et son diagnostic.

Le méningocoque offre, en effet, dans ses caractères généraux, les plus grandes ressemblances avec le gonocoque : ses chaînettes, formées de trois à six diplo ou tétracoques, sont cependant un peu plus courtes et un peu moins régulières que celles de ce dernier microorganisme. Il ne cultive pas, ou pousse mal, sur les milieux de culture habituels (agar, bouillon,

gélatine, lait, pommes de terre). Les milieux qui lui sont le plus favorables sont le bouillon ou l'agar additionnés de liquide ascitique : en s'y développant, ses colonies prennent l'aspect de celles du gonocoque, avec cette différence que le liquide se trouble un peu au lieu de rester limpide. Traité par la méthode de Gram, le méningocoque se décolore aussitôt; toutefois l'alcool peut alors le teinter en rose clair, si les cultures sont jeunes. Celles-ci, à mesure qu'elles vieillissent, deviennent aptes à se développer à des températures de plus en plus élevées, toujours supérieures à celles que supportent des cultures de gonocoque du même âge. L'inoculation d'une culture de méningocoque ne produit jamais d'infection au sens propre du mot : quand elle tue, c'est par les toxines qu'elle contient et non par la pullulation des microbes qui la composent. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 1, 2 et 3.) — R. DE B.

Du rôle des traumatismes dans l'étiologie des affections cérébrales d'origine infectieuse, par M. E. EHRNROOTH.

Les neurologistes sont encore divisés sur les rapports existant entre les traumatismes crâniens sans lésion apparente des téguments, et les maladies infectieuses de l'encéphale qui se développent parfois à la suite de ces violences. Dans ces cas, il ne saurait être question d'une infection exogène; aussi, pour expliquer l'effet du traumatisme, peut-on admettre ou bien qu'un foyer infectieux existait déjà à l'état latent dans l'encéphale au moment de l'accident, lequel a uniquement pour effet de faire passer le processus infectieux à l'état aigu — et cette interprétation parait plausible pour nombre de cas de méningite tuberculeuse survenant à la suite d'un traumatisme de la tête —, ou bien que le choc produit une contusion de l'encéphale sans lésion externe apparente, créant de la sorte un *locus minoris resistentiæ* où les germes infectieux entraînés par le torrent sanguin trouvent des conditions favorables à leur développement.

Dans le présent travail, M. Ehrnrooth relate 2 observations de ce genre.

La première concerne un cas de méningite cérébro-spinale, suivie de mort, chez un jeune homme qui avait reçu un coup violent sur l'occiput. Les premiers symptômes de l'affection cérébrale se manifestèrent le lendemain de l'accident et, trois jours après, le malade succombait; à l'autopsie, on constata une méningite aiguë purulente de la base du crâne, ainsi qu'une méningite spinale légère, mais pas trace de contusion des téguments, et aucun foyer infectieux susceptible d'expliquer l'infection méningée.

Dans le second fait, il s'agit d'un jeune homme qui fut atteint à la région pariétale droite par un madrier tombant d'une faible hauteur; sauf un vertige passager, l'accident n'eut pas de suites immédiates et le patient n'interrompit pas son travail. Ce n'est qu'une dizaine de jours plus tard qu'il commença à ressentir de violents maux de tête, ainsi qu'une vive douleur à la cuisse gauche où apparut un gros phlegmon qui fut incisé. Quelque temps après, on constatait de la raideur dans cette jambe et une faiblesse du bras gauche; puis survinrent des convulsions de la moitié gauche du corps, accompagnées parfois de vomissements. Une intervention chirurgicale fit découvrir un abcès dans la région supérieure des circonvolutions centrales; le pus contenait des streptocoques en culture pure. Le malade ayant succombé à une méningite avec pneumonie double, l'autopsie ne révéla nulle part de collection purulente pouvant être considérée comme la cause de l'infection de l'encéphale; seule une dilatation bronchique ampullaire de la grosseur d'une noix, au sommet du poumon droit, pouvait à la rigueur constituer un foyer infectieux primitif.

L'auteur s'est alors efforcé de reproduire expérimentalement les conditions étiologiques relevées dans ces deux cas. Après avoir provoqué, chez des lapins, des contusions du cerveau en frappant sur le crâne sans léser les téguments, il injecta dans une veine de l'oreille des cultures de streptocoque, de staphylocoque ou de pneumocoque. Sur 29 animaux infectés avec des streptocoques immédiatement après le traumatisme, 24 périrent : ils présentaient, à l'autopsie, des lésions infectieuses de l'encéphale. Le nombre des morts, après injection de staphylocoques, fut de 9 sur 16, et après injection de pneumocoques de 4 sur 5. Pour les lapins qui ne furent infectés que vingt-quatre heures ou trois jours après le traumatisme, le nombre des cas mortels diminua; mais il dépassait encore 50 %, tandis que chez les témoins il n'était que de 15 % quand il s'agissait d'infection par le streptocoque et de 11 % à la suite de l'injection de staphylocoque. De cinq à neuf jours après le traumatisme, l'infection artificielle n'avait plus d'effet particulier.

D'autre part, M. Ehrnrooth a constaté que la mortalité était de même supérieure à la moyenne, lorsque le traumatisme agissait sur des animaux préalablement infectés. C'est ainsi que 5 lapins périrent, sur 12 qui furent traumatisés vingt-quatre heures après une injection de staphylocoques; à l'autopsie, on trouva des lésions infectieuses du cerveau. Le traumatisme intervenant trois jours après l'infection tua 3 animaux sur 5.

Il est donc certain qu'une commotion de l'encéphale crée des conditions favorables à la formation d'un foyer infectieux, et que ce dernier peut se produire sans lésion des téguments, uniquement sous l'influence des bactéries contenues dans le sang. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 1-2.) — A. J.

Comparaison entre les expériences de Pavlov sur le chien et les résultats d'observations sur l'estomac de l'homme normal, par M. SCHÜLE.

Dans le présent travail, M. Schüle expose le résultat de ses recherches, destinées à contrôler sur l'homme l'assertion de M. Pavlov, à savoir que l'appétit est l'agent essentiel de la sécrétion gastrique, tandis que l'irritation mécanique due à la mastication et l'irritation chimique déterminée par les aliments sont sans effet sur l'activité sécrétoire des glandes de la muqueuse gastrique.

Cette opinion est en contradiction avec les observations déjà anciennes de M. Richet, qui a vu se produire, chez un sujet porteur d'une fistule gastrique, une abondante sécrétion sous l'influence de substances sapides et odorantes placées dans la bouche, mais non dégluties.

L'auteur a de même pu recueillir, au moyen de la sonde œsophagienne, de notables quantités de suc gastrique de composition normale après avoir irrité la muqueuse buccale avec du jus de citron ou de l'essence de menthe. Par contre, chez 4 personnes à jeun, il n'a pas vu survenir de sécrétion en provoquant le réflexe psychique par l'arome d'une tasse de café chaud. Contrairement aux observations de M. Pavlov sur le chien, il a constaté en outre que, chez l'homme, la mastication, même de corps indifférents et insipides, a pour effet de favoriser la sécrétion du suc gastrique; le suc obtenu de la sorte contient de l'acide chlorhydrique libre, et son acidité totale, qui a pu être dosée dans un cas, atteint presque le taux normal.

D'autre part, M. Schüle est d'accord avec M. Pavlov en ce qui concerne le moment où la sécrétion gastrique commence à se manifester. Le temps qui s'écoulait entre l'absorption des aliments et l'apparition de suc gastrique acide oscillait, chez les chiens de M. Pavlov, entre cinq et dix minutes; l'auteur, de son côté, n'a jamais obtenu de réaction positive quatre minutes après l'absorption de 100 c.c. de bouillon de gruau. De même, l'irritation mécanique de la muqueuse de l'estomac est incapable de produire à elle seule la sécrétion du suc gastrique, ainsi que M. Schüle a pu s'en assurer en introduisant dans l'estomac, après l'avoir lavé jusqu'à disparition complète de toute réaction acide, une sonde munie d'un tampon de papier réactif.

On doit donc admettre que la sécrétion gastrique est entretenue par des irritants chimiques contenus dans les aliments. M. Pavlov n'accepte pas cette hypothèse, et soutient que l'albumine absorbée sans appétit reste dans l'estomac sans être digérée. Pour vérifier ce point, l'auteur a introduit du blanc d'œuf dans l'estomac de ses sujets, sans que ceux-ci s'en doutassent (afin d'éliminer le réflexe psychique auquel M. Pavlov attribue une si grande importance); dans tous les cas, il a observé de la sécrétion gastrique; celle-ci était, il est vrai, peu abondante, car, une seule fois, elle a suffi à saturer toutes les affinités acides de l'albumine, et à donner la réaction de l'acide chlorhydrique libre.

La nature des aliments absorbés a peu d'effet sur le degré d'acidité du chyme. Après un déjeuner d'épreuve (composé de pain grillé et de thé), le chyme a, chez un sujet sain, à peu près la même acidité qu'à la suite d'un dîner d'épreuve (comportant de la viande). Chez certains malades, on observe, par contre, des différences assez sensibles : en général, c'est après le dîner que l'acidité est le plus forte. Aussi convient-il, dans les recherches cliniques, d'administrer les deux repas; si ce n'est pas possible, c'est au dîner d'épreuve qu'il faut donner la préférence. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.) — A. J.

De l'action favorable de l'érysipèle sur l'évolution de l'otite moyenne suppurée aiguë, par M. J. SENDZIAK.

Il résulte de quelques observations publiées jusqu'à ce jour que certaines maladies infectieuses chroniques ou aiguës sont susceptibles de subir dans leur évolution une modification favorable sous l'influence d'une infection intercurrente, l'érysipèle en particulier. L'auteur relate un nouveau cas de ce genre dont l'intérêt est d'autant plus grand qu'il s'agit d'une affection au cours de laquelle ces effets pour ainsi dire curatifs de l'érysipèle n'avaient pas encore été signalés.

Un homme de cinquante ans est pris, à la suite d'un refroidissement, d'une otite aiguë à gauche; cette inflammation, malgré les moyens abortifs les plus énergiques, aboutit dans l'espace de quelques jours à la suppuration, et bientôt éclatent des symptômes mastoïdiens tellement graves qu'une opération immédiate est jugée nécessaire. Mis au courant de la situation, le malade demande à réfléchir, et pendant un certain temps on n'entend plus parler de lui. Lorsqu'il revient enfin (cinq semaines après le début de l'otite), il se plaint non plus de l'oreille, mais d'une tuméfaction et d'une rougeur de la moitié gauche de la face, survenues trois jours auparavant et accompagnées de fièvre : c'était un érysipèle typique, qui avait envahi également le pavillon de l'oreille, le conduit auditif et la fosse nasale gauches, ainsi que la moitié correspondante du naso-pharynx, surtout au niveau de l'orifice de la trompe d'Eustache. A ce moment, la suppuration était très abondante.

On prescrit un traitement approprié. Une semaine environ plus tard, on revoit le patient; l'érysipèle avait à peu près disparu et avec lui tous les symptômes objectifs et subjectifs, tant auriculaires que mastoïdiens, qui avaient semblé nécessiter une intervention chirurgicale; la membrane du tympan gauche avait un aspect sain et l'ouïe qui, avant l'érysipèle, avait considérablement diminué, était également redevenue normale. M. Sendziak a eu l'occasion de revoir encore son malade à plusieurs reprises et il a pu s'assurer chaque fois que la guérison se maintenait.

C'est la disparition rapide, en dehors de tout traitement local, des symptômes auriculaires — ceux-ci ayant précisément atteint leur maximum de gravité trois jours environ avant l'apparition de l'érysipèle —, qui porte l'auteur à admettre entre cet érysipèle et cette disparition un rapport de cause à effet; et il explique cette action curative de l'érysipèle par la vitalité plus grande des microorganismes ayant donné naissance à cette dernière affection, à un moment où les microbes qui avaient déterminé l'infection auriculaire se trouvaient déjà considérablement affaiblis et n'étaient plus de force à résister aux nouveaux envahisseurs. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, décembre 1901.) — S. J.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Due nuovi casi di cisti multiple da Cysticercus cellulosæ con convulsioni epilettoidi. In-8°, 18 p. Naples, 1901. — **Deux cas de kystes multiples à cysticerque avec convulsions épileptiformes,** par M. E. SIPARI.

La cysticercose cutanée est une maladie rare, puisque, sur 71,000 patients observés en vingt ans à la clinique dermo-syphiligraphique de Naples, on n'en a compté que 7 cas, soit

0.0098 % ; il est probable, à la vérité, que cette proportion est trop faible, nombre de sujets atteints ne recourant pas au médecin; et, de fait, en réunissant les statistiques de divers anatomistes, l'auteur a trouvé que, sur un total de 7,682 autopsies, on a rencontré 87 fois (soit dans 1.13 % des cas environ) des kystes à cysticerque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

En dehors de l'intérêt qu'elles empruntent à cette rareté assez grande, les 2 observations relatées par M. Sipari dans le présent travail méritent d'être signalées en raison de la coexistence, avec la cysticercose, de manifestations cérébrales graves, sous forme de crises épileptiformes; et une telle association morbide se trouverait réalisée d'une façon assez fréquente, car, sur les 7 cas de cysticercose observés à la clinique de Naples, elle fut constatée 4 fois.

Des 2 faits en question, le premier a trait à un homme de vingt-neuf ans qui, depuis deux ans environ, avait remarqué une petite tumeur lisse et dure, siégeant à l'épigastre, en même temps qu'apparaissaient de légers troubles gastriques. Ce n'est que plus d'un an et demi plus tard que survint, de nuit, la première crise convulsive, offrant tous les caractères d'un accès comitial; vers la même époque, le malade constata la présence, en différents points de son corps, d'autres petites productions semblables à celle de la région épigastrique. Il avait eu en tout trois accès convulsifs quand il se fit admettre à l'hôpital; on ne comptait pas à ce moment, sur son corps, moins de 137 tumeurs irrégulièrement disséminées dans toutes les régions; leur volume variait de celui d'un pois à celui d'une noix; nettement situées dans le tissu cellulaire sous-cutané, elles étaient recouvertes d'une peau normale et parfaitement mobile. Un de ces néoplasmes ayant été extirpé, le diagnostic de kystes à cysticerque, posé d'après l'évolution et les caractères objectifs, se trouva confirmé.

Le traitement consista en l'administration de bromure de potassium, contre les troubles nerveux, et de phosphate de chaux, destiné à favoriser la dégénérescence calcaire des tumeurs parasitaires; en outre, chacune de celles-ci fut écrasée, après injection d'une solution de sublimé à 1 ‰. Le patient fut revu au bout de quatre mois; il n'avait plus eu d'accès convulsifs mais se plaignait d'une violente céphalalgie; ses fèces contenaient des proglottis de tænia.

Le second cas concerne également un jeune homme de vingt-trois ans, qui ne commença, lui aussi, à se préoccuper de son état que lorsque survinrent les attaques épileptiformes, bien que les kystes existassent déjà depuis un certain temps; ils étaient au nombre de 37, offrant les mêmes caractères que chez le précédent malade; on constata ici encore la présence d'anneaux de tænia dans les matières.

Relativement à la coexistence des accidents convulsifs avec les kystes sous-cutanés, M. Sipari estime qu'on doit l'attribuer à la formation de métastases parasitaires dans la substance cérébrale. Quant à la pathogénie de la cysticercose sous-cutanée elle-même, il se déclare nettement en faveur de la théorie de l'*auto-infestation*, encore combattue par divers auteurs; il fait valoir, à l'appui de son opinion, qu'il faudrait admettre un usage bien prolongé d'aliments chargés d'œufs de tænia pour expliquer le nombre colossal de kystes que l'on rencontre sur certains individus. — F. F.

Sur un cas d'épilepsie tardive chez un aliéné,
par M. G. Muggia.

Un homme de cinquante-cinq ans, jusque-là indemne de toute manifestation comitiale, mais interné depuis dix-neuf années à l'asile des aliénés de Ferrara pour une manie intermittente apparue à la suite d'une fièvre typhoïde, fut frappé brusquement une après-midi, au début d'une des phases d'excitation périodique dont il était coutumier, d'une crise d'épilepsie parfaitement caractérisée, avec chute sur le sol, écume à la bouche, fixité des yeux, convulsions tonicocloniques, inconscience absolue; au bout d'un quart d'heure, il reprit ses sens, mais il n'avait aucun souvenir de ce qui venait de se passer; les jours suivants, l'accès de manie (logorrhée, gesticulations, etc.) évolua comme d'ordinaire.

Un examen objectif minutieux, pratiqué peu après le paroxysme comitial, ne révéla rien de particulier, si ce n'est un léger degré d'athérome des radiales et des temporales et un renforcement du second bruit aortique, qui avait un timbre métallique. Ajoutons qu'au point de vue des antécédents héréditaires ce malade était assez lourdement taré : son père et sa mère avaient succombé à des affections pulmonaires; une tante maternelle était hystérique; enfin un frère cadet était mort à l'âge de trente ans dans la démence.

A propos de ce fait, M. Muggia se demande d'abord s'il s'est agi d'une véritable crise épileptique ou d'un accès épileptiforme; c'est en faveur de la première hypothèse qu'il tranche la question, d'autant que les limites entre les deux ordres de phénomènes lui paraissent des plus artificielles. On aurait donc affaire ici à un cas d'épilepsie tardive; mais à ce qualificatif de « tardive », l'auteur préfère celui d'« artérioscléreuse », la sclérose des artères étant de règle en pareille occurrence et pouvant être incriminée comme la cause des troubles convulsifs.

Reste enfin à élucider la question des rapports unissant, chez le malade dont nous venons de résumer l'histoire, le mal comitial à la psychose préexistante. On sait que, pour les faits de ce genre, deux opinions extrêmes sont en présence, les uns (Tonnini, Cognetti de Martiis) rapportant à l'épilepsie certaines affections mentales périodiques et circulaires, ainsi que diverses psychopathies dégénératives, d'autres (Christian) considérant au contraire l'épilepsie qui survient chez les aliénés comme une complication accidentelle, due à une lésion organique du cerveau. C'est à une explication intermédiaire que se range M. Muggia pour le présent cas : il admet que la folie intermittente et l'épilepsie ont germé sur un terrain commun, représenté par la prédisposition héréditaire, l'artériosclérose ayant joué le rôle de cause occasionnelle pour le développement du mal comitial. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 1.) — F. F.

Sur la décomposition des lécithines,
par MM. G. Q. Ruata et G. Caneva.

Les lécithines, substances extrêmement répandues dans le corps humain, et qui forment la majeure partie du jaune d'œuf, sont des combinaisons éthérées d'acide phosphoglycérique, d'acides gras et de choline (hydrate de triméthyloxyéthyl-ammonium), base appartenant au groupe des hydramines. Elles sont susceptibles de se décomposer dans diverses circonstances, mettant ainsi en liberté la choline; or, cette dernière est facile à caractériser, sous le microscope, parce qu'elle donne, avec une solution de tri-iodure de potassium, des cristaux bien reconnaissables de tri-iodure de choline; ces cristaux, observés pour la première fois par M. Florence dans des taches de sperme humain, avaient été considérées par cet auteur — dont ils ont conservé le nom — comme constitués par une substance particulière au liquide séminal de l'homme, la *virispermine*.

En raison de la commodité de cette réaction de la choline, c'est à elle que MM. Ruata et Caneva ont eu recours pour dépister la décomposition des lécithines, décomposition qu'ils voulaient étudier au point de vue de l'action qu'exercent sur elle les divers microorganismes. Dans ce but, ils ont abandonné à la putréfaction des jaunes d'œuf, puis ils ont successivement réensemencé, sur jaune d'œuf stérilisé, les divers microbes qu'ils avaient isolés du premier milieu par la technique ordinaire, afin de voir lesquels, parmi ceux-ci, étaient susceptibles de décomposer la lécithine; ils ont fait des essais analogues avec un certain nombre de bactéries pathogènes.

Parmi les microorganismes qui causent la putréfaction spontanée du jaune d'œuf (additionné d'un peu d'eau ordinaire et laissé à l'air libre), il n'en est que deux, le *Bacillus mesentericus* (avec ses trois variétés *B. mesent. vulgatus*, *B. mesent. fuscus* et *B. mesent. ruber*) et le *Bacillus prodigiosus*, qui soient capables de mettre en liberté de la choline reconnaissable à la production des cristaux de Florence. Quant aux germes pathogènes étudiés par les auteurs, les uns (bacille du charbon, vibrions du choléra, de Metchnikoff et de Finkler-Prior) possèdent la même propriété, tandis que d'autres (bacilles d'Eberth, de Löffler, du côlon, ictéroïde, pyocyanique, *Proteus*, microcoques pyogènes, etc.) en sont dépourvus; il est à remarquer que toutes les espèces du premier groupe liquéfient la gélatine, mais la réciproque n'est pas vraie : le *Proteus*, par exemple, qui liquéfie très fortement la gélatine, est sans effet sur la lécithine. Les auteurs ont pu s'assurer, en outre, que cette décomposition de la lécithine est due aux microbes eux-mêmes, et non pas aux produits solubles qu'ils peuvent sécréter.

Outre leur intérêt théorique, les recherches de MM. Ruata et Caneva peuvent recevoir une application pratique, la décomposition éventuelle de la lécithine constituant un moyen adjuvant pour distinguer l'une de l'autre deux espèces microbiennes plus ou moins semblables. (*Ann. d'igiene sperim.*, XI, 3.) — F. F.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

La forme hémorrhagique de la cirrhose du foie, par M. Maixner.

Sur 73 cas de cirrhose hépatique observés pendant treize ans dans le service de M. Maixner, il y en eut 10 où survinrent des hémorrhagies gastro-intestinales. Chez 3 de ces malades, les pertes sanguines eurent lieu à une phase avancée de l'affection, et le tableau morbide ne différa pas autrement d'avec celui de la cirrhose de Laënnec. Les 7 autres faits, au contraire, présentèrent certaines particularités qui permettent à l'auteur de décrire une variété hémorrhagique de la cirrhose hépatique.

Les hémorrhagies gastro-intestinales (hématémèse, melæna) y précédèrent, en effet, tous les autres symptômes de la maladie, apparaissant brusquement chez un sujet sain en apparence; aussi firent-elles plusieurs fois songer à un ulcère de l'estomac. Plus tard, ces pertes sanguines se reproduisirent à diverses reprises, et cela en général à des intervalles de trois ou quatre mois; elles étaient d'ordinaire abondantes; dans un cas, même, elles entraînèrent la mort. Les symptômes caractéristiques de la cirrhose hépatique ne se manifestèrent, chez ces sujets, qu'après plusieurs hémorrhagies.

L'examen macroscopique et microscopique du foie, dans 4 cas qui furent soumis à l'autopsie, fit reconnaître tous les caractères de la cirrhose de Laënnec. Toutefois ce viscère n'était pas toujours diminué de volume; au contraire, on le trouva quelquefois normal ou même hypertrophié; et, lorsqu'il était atrophié, cette atrophie était peu considérable. La rate s'est toujours montrée — et de bonne heure — hypertrophiée; après chaque hémorrhagie, elle perdait de son volume, pour le reprendre en peu de temps. En outre, il y avait une anémie très prononcée chez les 7 malades en question, et cela même à des époques éloignées de l'hémorrhagie. L'ascite n'apparut, dans ces cas, que vers la fin de la vie; elle resta longtemps discrète; aussi fut-on rarement obligé de faire la paracentèse abdominale. Chez aucun de ces sujets n'existait la tête de Méduse. Ajoutons que des diarrhées fréquentes, abondantes et opiniâtres tourmentaient souvent les patients, et que la marche de l'affection fut en général chronique, se prolongeant trois ou quatre ans, voire même davantage.

Comment expliquer les particularités du tableau clinique que nous venons d'esquisser? Au cours des 4 autopsies qu'il a pratiquées, l'auteur a régulièrement trouvé des varices œsophagiennes considérables, puis une congestion passive manifeste de la muqueuse stomacale et intestinale avec dilatation des capillaires; dans un cas, le plexus veineux péri-œsophagien dilaté communiquait directement avec les veines stomacales et avec la veine splénique. En s'appuyant sur ces faits, M. Maixner conclut que, dans la forme hémorrhagique de la cirrhose du foie, une circulation collatérale spéciale se développe entre la veine porte et la veine cave inférieure, empruntant la voie de la veine splénique, des coronaires de l'estomac et des veines péri-œsophagiennes. La stase veineuse considérable de la muqueuse stomacale et intestinale qui en résulte serait la cause directe des hémorrhagies gastro-intestinales répétées, par

lesquelles la circulation collatérale surchargée se débarrasserait de son excès de sang. C'est aussi à cette stase veineuse qu'on devrait attribuer les diarrhées opiniâtres et la splénomégalie; par suite, il n'est point étonnant que cette dernière diminue après chaque hémorrhagie, celle-ci déchargeant la circulation collatérale, pour augmenter de nouveau quand cette circulation est derechef entravée. Et vu le développement parfait de cette circulation, on comprend sans peine que l'ascite n'apparaisse qu'à une époque avancée de la maladie, et que la marche de celle-ci soit plus chronique qu'elle ne l'est dans la cirrhose classique de Laënnec. (*Z II. lékařské kliniky*, I, 2.) — L. S.

La valeur des signes physiques pour le diagnostic de la phtisie pulmonaire au début, par M. J. Thomayer.

Etant donné que la tuberculose pulmonaire débute souvent comme une bronchite circonscrite du sommet, il est évident que la percussion ne peut nous rendre aucun service pour dépister la phtisie commençante; aussi est-ce depuis longtemps à l'auscultation qu'on a demandé des renseignements à ce point de vue, et les auteurs classiques attribuent une importance diagnostique particulière aux phénomènes stéthoscopiques suivants : respiration affaiblie, inspiration rude, expiration prolongée, inspiration saccadée, râles.

M. Thomayer a étudié la valeur de ces signes de plus près, et cela de la façon que voici : il a noté en détail l'état du poumon de tous les phtisiques qu'il a eu l'occasion d'observer en 1899; puis, après un ou deux ans, il a invité ces malades à venir se faire examiner de nouveau.

De ces patients, 24 présentaient, lors du premier examen, de l'affaiblissement du murmure vésiculaire à un sommet; 17 d'entre eux purent être retrouvés au bout d'un an : or, tous étaient bien portants, quoique à l'auscultation on trouvât la respiration toujours affaiblie au sommet intéressé. Bien plus, 4 sujets chez lesquels le premier examen avait révélé des signes physiques graves, voire cavitaires, n'offraient plus, une année plus tard, que de l'affaiblissement du murmure respiratoire au sommet malade, et leur état général s'était amélioré au point qu'ils pouvaient être considérés comme guéris. En conséquence, pour l'auteur, le symptôme dont il s'agit n'annoncerait pas le début, mais bien la guérison, de la tuberculose pulmonaire.

Des résultats analogues ont été obtenus en ce qui concerne l'expiration prolongée et l'inspiration rude ou saccadée. Les patients chez lesquels on n'avait constaté, au premier examen, qu'un de ces signes, se portaient, un ou deux ans plus tard, tout à fait bien. Et 4 d'entre eux qui présentaient en 1899 des signes physiques graves, n'avaient en 1900 qu'une expiration prolongée au sommet malade.

La conclusion que M. Thomayer tire de ces recherches, c'est que la présence des phénomènes stéthoscopiques ci-dessus désignés peut faire diagnostiquer la terminaison d'une tuberculose pulmonaire, mais non son début; celui-ci se manifeste plutôt — comme on peut le déduire, du reste, des constatations anatomiques de M. Birch-Hirschfeld — par les signes d'une bronchite circonscrite, à savoir par quelques râles sibilants ou humides isolés, provoqués surtout par la toux. (*Sbornik klinicky*, III, 3.) — L. S.

Tuméfaction expérimentale de la rate, par M. Hnátek.

L'auteur a étudié les conditions qui permettent d'obtenir une splénomégalie aiguë chez les animaux de laboratoire (cobaye, lapin, chien).

Il a d'abord eu recours à l'irritation de la muqueuse gastrique par divers moyens : insufflation de l'estomac, lésion mécanique (pincement), action thermique (injection d'eau chaude) ou chimique (injection de solutions délayées d'ammoniaque, de lessive, d'acide sulfurique ou azotique, d'alcool, d'huile de croton). Deux ou trois minutes après une telle irritation, la rate se tuméfie en présentant les signes manifestes de l'hyperémie active; à mesure que l'irritation cesse, la splénomégalie disparaît. Ce phénomène a été constaté par M. Hnátek chez une centaine d'animaux; il l'attribue à une sorte de réflexe qu'il appelle réflexe gastro-splénique, et qui se produirait par l'intermédiaire du sympathique. Les centres nerveux qui président à ce réflexe sont encore mal précisés, mais ils semblent être au nombre de deux : l'un central, situé dans la partie supérieure de la moelle cervicale, l'autre périphérique (peut-être dans le ganglion cœliaque), dont l'existence est prouvée par ce fait que le réflexe gastro-splénique a lieu même quand la moelle est totalement détruite.

Il serait intéressant de savoir s'il existe chez l'homme une splénomégalie analogue à celle que provoque chez les animaux l'irritation de la muqueuse de l'estomac. L'auteur signale comme telle la tuméfaction de la rate qui a été notée dans un cas d'ulcère gastrique brusquement perforé, puis les splénomégalies observées dans des cas d'empoisonnement par l'arsenic, par les acides phénique, sulfurique ou chlorhydrique, par l'ammoniaque ou par le chloroforme.

Dans une seconde série de recherches, M. Hnátek est parvenu à produire la tuméfaction de la rate en élevant la température du corps (séjour à l'étuve). Jugeant de ce fait expérimental à l'homme, il émet l'hypothèse que la splénomégalie, dans les maladies infectieuses, n'est pas due à l'infection seule, mais aussi à l'hyperthermie. (*Rozpr. ceské Akad. v Praze*, IX, 40, et X, 35.) — L. S.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement diététique de la fistule biliaire.

M. le docteur Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, a eu l'occasion d'observer une femme atteinte d'une fistule biliaire consécutive à une cholécystostomie pour cholécystite calculeuse, fistule qui, pendant la nuit, à partir de onze heures du soir, laissait écouler une grande quantité de bile, tandis que, durant le jour, elle ne livrait passage qu'à du mucus. En d'autres termes, la bile suivait la voie du cholédoque dans la journée, la malade se trouvant alors constamment en période digestive, car elle faisait des repas à six heures et demie, dix heures et quatre heures du soir; mais dès que le travail d'absorption du dernier repas du soir était terminé, la bile reprenait la voie de la vésicule. Pour remédier à cet état de choses et éviter à la patiente une nouvelle intervention chirurgicale, notre confrère lui fit prendre un repas à dix heures et demie du soir. A partir de ce moment, l'écoulement de la bile ne s'est plus produit dans la nuit, et c'est à peine si vers cinq heures du matin il en filtre quelque peu à l'extérieur. Il est, d'ailleurs, probable que cet écoulement pourrait également être supprimé par un nouveau repas absorbé vers quatre heures du matin.

Se basant sur ce fait, M. Jaboulay estime que les sujets porteurs d'une fistule de la vésicule biliaire doivent prendre des repas légers toutes les quatre ou cinq heures, ce traitement diététique pouvant faire éviter une nouvelle laparotomie et des opérations aussi importantes que la suture de la fistule, l'excision de la vésicule ou encore son anastomose avec l'estomac ou l'intestin.

Ajoutons que M. le docteur L. Tixier, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a fait une constatation analogue chez une malade à laquelle il avait pratiqué une cholécystostomie et qui fut admise, quelques mois plus tard, dans le service de M. le docteur V. Chappet, médecin des hôpitaux de la même ville. Dans ce cas encore, l'écoulement nocturne de la bile cessa complètement dès que la patiente eut commencé à prendre un petit repas à onze heures du soir ou à minuit.

Du choix de l'incision dans les cas de panaris avec nécrose de l'os.

En présence d'un panaris avec nécrose de la phalangette, on incise habituellement le doigt suivant la ligne médiane. Or, d'après M. le docteur A. Reverdin, professeur de policlinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Genève, cette manière de procéder ne serait pas exempte d'inconvénients, car l'instrument traverse des tissus malades dont la cicatrisation, peu régulière, aboutirait le plus souvent à déformer le doigt en battant de cloche. Aussi notre confrère préfère-t-il passer transversalement un bistouri long et mince au niveau de la base de la troisième phalange, le tranchant dirigé vers l'extrémité libre du doigt et rasant, pour ainsi dire, la face palmaire de l'os, de façon à tailler un lambeau formé par toute la pulpe du doigt. Ce lambeau une fois écarté, la phalangette nécrosée se présente libre dans toute son étendue et se laisse facilement cueillir avec une pince; il ne reste alors plus qu'à enlever, à l'aide d'une curette, les granulations qui l'entourent. Les lambeaux sont ensuite fixés l'un contre l'autre au moyen de deux ou trois points de suture et une fine mèche de gaze iodoformée est placée à la base de la plaie.

L'incision portant sur les parties relativement saines du doigt, la guérison se ferait sans encombre et n'entraînerait pas une déformation aussi considérable que le procédé habituel.

Traitement de la scarlatine par l'usage interne de l'essence de térébenthine.

Il y a quelques années, deux médecins espagnols, MM. les docteurs I. Pujador y Faura et J. Viura y Carreras (de Barcelone) ont fait connaître un cas de scarlatine grave qu'ils ont traité avec succès par des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. XCIV). Fort de cet exemple, M. le docteur A. Tobeitz, privatdocent de pédiatrie à la Faculté de médecine de Gratz, a, depuis 1899, utilisé le même médicament à peu près chez tous les sujets atteints de scarlatine et hospitalisés dans le service de M. le docteur F. Kraus, professeur de clinique médicale à ladite Faculté. Toutefois, comme les injections d'essence de térébenthine sont très douloureuses et donnent toujours lieu à la formation d'abcès, M. Tobeitz ne tarda pas à leur substituer l'usage interne de cette substance, à la dose quotidienne de XV à XX gouttes, prises en une ou deux fois, de préférence dans du lait.

D'après l'expérience de notre confrère, portant sur plus de 100 cas de scarlatine, cette médication, peu usitée jusqu'à présent, se montrerait particulièrement efficace à l'égard des complications rénales; administrée à temps, l'essence de térébenthine serait même susceptible d'empêcher, d'une façon à peu près certaine, l'éclosion d'une néphrite scarlatineuse et rendrait très rare l'albuminurie.

L'essence de térébenthine à l'intérieur avait, d'ailleurs, été prescrite contre la scarlatine, dès 1868, par un médecin de Helsingfors, le docteur Pippingsköld.

Mode d'emploi de la santonine contre les douleurs fulgurantes des tabétiques.

Il y a un an environ, M. le docteur C. Negro, privatdocent des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Turin, a proposé de combattre les crises douloureuses du tabes par la santonine, administrée à la dose quotidienne de 0 gr. 15 centigr. divisés en trois fois (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 72). M. le docteur Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, et son interne, M. de Chabert, ont essayé cette médication chez 9 tabétiques sujets à des douleurs fulgurantes; 5 d'entre eux ont vu leurs accès se calmer sous l'influence de la santonine. En présence de ce résultat, MM. Combemale et de Chabert se demandent même s'il ne conviendrait pas de prescrire le médicament en question *à titre préventif* (0 gr. 15 centigr. tous les dix jours).

Contrairement à la pratique de M. Negro, qui se borne à administrer la santonine pendant la période de crise, par crainte d'intoxication ou d'accumulation, MM. Combemale et de Chabert donnaient cet alcaloïde jusqu'à vingt jours consécutifs, en abaissant la dose quotidienne à 0 gr. 05 centigr., il est vrai. Bien qu'ils estiment que les accidents toxiques ne sont guère à craindre avec cette manière de procéder — la xanthopsie, qui ne manque pas d'attirer l'attention du malade, étant le signal du début de l'intoxication et permettant de suspendre à temps la médication —, MM. Combemale et de Chabert croient préférable d'employer une dose massive et unique (0 gr. 15 centigr.), dans le but d'obtenir promptement la sédation des douleurs et de prévenir la production d'accès en série.

Ajoutons que MM. Combemale et de Chabert ont également prescrit la santonine dans 7 cas de névralgie vulgaire, sciatique ou intercostale, mais sans en obtenir la moindre amélioration.

REVUE CRITIQUE

Un sérum spécifique doué de propriétés curatives peut-il posséder aussi une action préventive ?

La méthode sérothérapique reçoit chaque jour des applications plus étendues, dont une des plus à l'ordre du jour — elle a été récemment discutée devant l'Académie de médecine de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 39, 92 et 128) — est l'emploi du sérum antidiphtérique à titre préventif. Aussi le moment nous a-t-il paru opportun pour discuter cette question d'un haut intérêt pratique : un sérum spécifique, doué de propriétés curatives, peut-il posséder en même temps des effets préventifs ? — et, dans l'affirmative, de rechercher de quelle façon il convient d'expliquer cette double efficacité de la sérothérapie, qu'elle soit instituée *avant* ou *après* l'infection.

Mais, pour résoudre ce problème, il nous paraît indispensable de donner, sur l'origine et les propriétés des sérums spécifiques, quelques indications précisant l'état actuel de nos connaissances à ce sujet.

I

Les recherches de MM. Schmidt, Nuttall, von Fodor, Buchner, etc., ont montré que les humeurs de l'organisme ont des propriétés bactéricides plus ou moins accentuées, dues à des substances que Buchner appelle *alexines;* on a découvert, en outre, que ces humeurs possèdent parfois des effets antitoxiques. Mais ni cette action bactéricide ni cette action antitoxique ne sont telles qu'une très petite quantité de sérum puisse détruire un grand nombre de bactéries ou neutraliser une forte dose de poison bactérien. Les sérums spécifiques, au contraire, présentent la particularité de pouvoir, en très faible quantité, tuer un grand nombre de bactéries ou neutraliser de hautes doses de poison; ils ne doivent pas leur spécificité à des substances naturellement présentes dans le sang, mais à des substances nouvelles qui se forment à la suite de l'introduction de poisons bactériens dans l'organisme.

On peut diviser ces poisons bactériens en deux groupes principaux :

1° Les *toxoprotéines*, produits de diffusion des cellules microbiennes, dont le protoplasma se dissout dans le milieu ambiant à la suite de la destruction de la membrane d'enveloppe;

2° Les *toxalbumines*, produits de sécrétion de la cellule microbienne, auxquelles on suppose la nature des ferments.

Les toxoprotéines offrent les particularités suivantes :

a) Elles ne dyalisent pas;

b) Elles sont précipitées par le sulfate d'ammoniaque;

c) Elles ont une grande affinité pour le mercure, ce qui explique l'action antiseptique des composés de ce métal;

d) Leur effet toxique sur l'organisme est rapide, souvent presque immédiat.

Les toxalbumines se distinguent des albumines ordinaires en ce que :

a) Elles ne sont pas précipitées par l'ébullition;

b) Elles sont très solubles;

c) Elles sont détruites par une température de 58° à 60°;

d) Elles ne sont pas résorbées par l'intestin;

e) Elles n'agissent qu'après un stade d'incubation assez long;

f) Elles ont des effets tardifs spécifiques.

Injectons, par exemple, la toxine du bacille pesteux (toxoprotéine pesteuse) dans le péritoine d'un animal : nous verrons se produire des crampes au bout de quelques secondes déjà; si, au contraire, nous injectons de la toxine du bacille tétanique (toxalbumine tétanique), les crampes et les contractures n'apparaîtront qu'après un stade d'incubation d'un ou de plusieurs jours.

Tant les toxoprotéines que les toxalbumines ont la propriété de produire dans l'organisme des *anticorps spécifiques* qui sont, pour les toxoprotéines, les *immunisines* et les *agglutinines*, pour les toxalbumines les *antitoxalbumines* ou *antitoxines*. Les sérums renfermant ces anticorps spécifiques sont dits *sérums spécifiques*.

La connaissance du mécanisme de production et d'action des anticorps est nécessaire pour comprendre la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses au moyen des sérums spécifiques. Différentes théories ont été émises à cet égard, mais seule celle de M. Ehrlich paraît donner une explication suffisante des phénomènes et a rallié la plupart des bactériologistes.

Voyons d'abord ce qui a trait à la théorie de l'antitoxine (*fig. 1*).

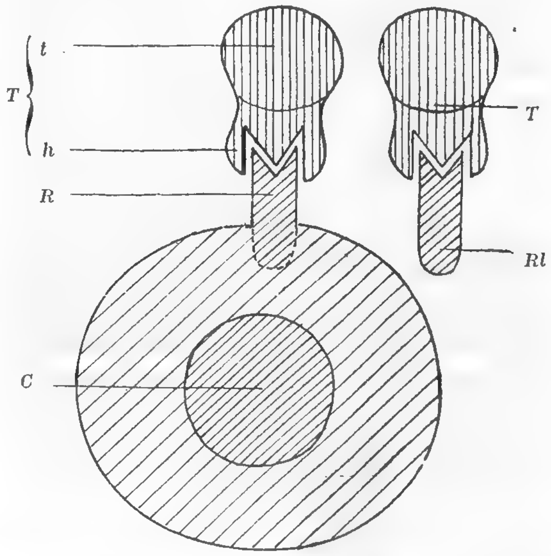


Fig. 1. — Théorie de l'antitoxine.

C, corps cellulaire; *R*, son récepteur; *T*, molécule de toxine ancrée par le récepteur fixe de la cellule (*t*, groupe toxophore; *h*, groupe haptophore).
En haut et à droite, un récepteur libre (*Rl*) a neutralisé une molécule toxique (*T*).

D'après M. Ehrlich, la molécule de toxine (*T*) se compose de deux groupes : le *groupe haptophore* (*h*), stable, qui sert à fixer le poison; le *groupe toxophore* (*t*), labile, qui est la partie active.

Le groupe toxophore se modifie rapidement sous l'influence des agents physiques et chimiques les plus divers, et il en résulte une toxalbumine modifiée que M. Ehrlich appelle *toxoïde*. Ces toxoïdes, que le même auteur subdivise en *pro*, *syn*, et *deutéro-toxoïdes*, suivant leur degré d'affinité pour les antitoxines, présentent la particularité commune de pouvoir se fixer comme les toxalbumines sur les cellules de l'organisme et d'exiger pour leur neutralisation autant d'antitoxines que les toxalbumines non modifiées, leurs groupes haptophores étant intacts. Les recherches de M. Ehrlich et de ses élèves démontrent ces faits d'une façon absolument évidente.

Que l'on introduise maintenant des toxines ou mieux des toxoïdes dans l'organisme; certaines cellules sensibles à leur action happeront ces molécules toxiques au moyen de leurs chaînes latérales ou *récepteurs* (*R*), qui s'adaptent au groupe haptophore de la toxine.

Ces récepteurs étant neutralisés, donc perdus pour la cellule, il y a régénération et, selon la loi de Weigert, hyperproduction de ces récepteurs dont une partie se détache et circule dans le sang. On aura ainsi dans l'organisme, à la suite de l'introduction de toxines ou de toxoïdes, deux sortes de récepteurs : les récepteurs fixés aux cellules préexistantes (*R*), et en plus les *récepteurs libres* (*Rl*) qui ne sont autre chose que les antitoxines.

Une dose mortelle de toxine ne pourra alors plus amener la mort, les molécules toxiques, à leur entrée dans la circulation, étant fixées par les récepteurs libres avant de pouvoir arriver aux récepteurs cellulaires par l'intermédiaire desquels les cellules seraient détruites.

Un animal immunisé comme il vient d'être dit possède une *immunité active*. Le sérum de cet animal, injecté à un autre animal, confère à ce dernier une *immunité passive* au moyen des récepteurs libres qu'il contient.

M. Bordet conçoit le mécanisme de la production des antitoxines d'une manière analogue, mais moins mécanique.

Passons maintenant à la théorie des immunisines (*fig. 2*).

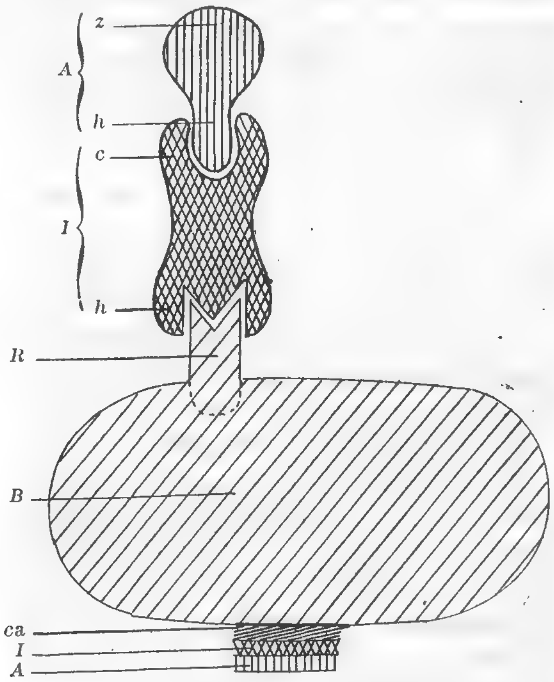


Fig. 2. — Théorie de l'immunisine.

B, corps bactérien; *ca*, sa capsule; *R*, son récepteur; *I*, immunisine, ou ambocepteur, copula, sensibilisatrice, *Immunkörper*, *Zwischenkörper* (*h*, groupe haptophore; *c*, groupe complémentophile); *A*, alexine, ou lysine, ferment protéolytique, *Complement*, *Addiment* (*h*, groupe haptophore; *z*, groupe zymotoxe).

Il a été démontré par les travaux de MM. Ehrlich et Morgenroth, Bordet, Wassermann, Wechsberg, etc., que dans les sérums spécifiques bactéricides il y avait deux substances en jeu, qu'il faut bien distinguer :

Une substance bactéricide non spécifique (*A*), l'*alexine* de Buchner (*Complement* ou *Addiment* de M. Ehrlich, *lysine* de M. Duclaux, ferment protéolytique de M. Bordet), existant dans tout sérum normal, labile, facilement détruite par la température de 55°, et disparaissant au bout de quelques jours;

Et une substance spécifique (*I*), l'*immunisine* de Buchner (*Immunkörper*, *Zwischenkörper* ou *Amboceptor* de M. Ehrlich, sensibilisatrice de M. Bordet), stable, résistant à la température susdite, non bactéricide, mais qui sert à fixer l'alexine sur le corps microbien.

L'existence de ces deux corps est facile à démontrer : qu'on chauffe un sérum spécifique frais, il est « inactivé », c'est-à-dire qu'il n'est plus bactéricide; qu'on y ajoute du sérum frais normal, il est « réactivé »; or, comme le sérum frais normal *seul* n'agit jamais d'une manière aussi intense, force est d'admettre que la substance bactéricide existe dans le sérum normal, mais n'est suffisamment fixée sur le corps microbien que par les substances spécifiques du sérum spécifique.

Il est démontré que le complément, ou alexine, a une composition analogue à celle de la molécule de toxine et renferme un groupe *zymotoxe* (*z*) labile et un groupe *haptophore* (*h*) stable. L'ambocepteur se compose également de deux groupes, le groupe *haptophore* (*h*), qui s'ancre au récepteur microbien, et le groupe *complémentophile* (*c*), qui sert de point de fixation au groupe haptophore du complément.

Cette théorie très ingénieuse explique fort bien toutes les particularités des sérums bactéricides spécifiques, en particulier ce fait curieux qu'un excès de sérum spécifique est tout aussi défavorable que le manque de sérum ou son administration en trop petite quantité. MM. Neisser et Wechsberg ont constaté que le sérum antityphique administré à dose massive ne protége plus contre l'infection typhique mortelle, pas plus qu'une dose insuffisante; une dose moyenne, au contraire — et cette dose dépend de l'activité du sérum, c'est-à-dire du degré d'immunisation de l'animal —, met sûrement à l'abri de l'infection mortelle.

Dans le cas de la dose insuffisante, en effet, il n'y a pas assez d'ambocepteurs pour fixer la substance bactéricide (complément) sur les récepteurs microbiens; dans le cas de la dose massive, il y a tellement d'ambocepteurs par rapport au nombre des récepteurs microbiens que beaucoup de ces ambocepteurs restent libres et, pour peu que les molécules bactéricides arrivent d'abord au contact de ces ambocepteurs libres, elles sont happées par eux et perdues pour les ambocepteurs fixés aux corps microbiens; cette *dérivation* se produit également, comme nous avons pu le constater dans notre laboratoire, avec le sérum antipesteux.

M. Bordet explique la bactéricidie spécifique un peu différemment. Il considère l'immunisine comme une sensibilisatrice, c'est-à-dire comme un mordant qui prépare le microbe à la réception et à la fixation du complément, alexine ou ferment protéolytique.

La comparaison de M. Bordet a un caractère plus simple; l'explication de M. Ehrlich est plus imagée, mais elle a peut-être le tort d'introduire la notion de molécule là où un chimiste ne voudrait pas l'admettre. Au fond, ces deux théories ne diffèrent que par le choix des termes de comparaison; toutes deux font intervenir une substance intermédiaire, sensibilisatrice, et une substance complémentaire, bactériolytique.

Ces prémisses posées, nous pouvons discuter la question à résoudre : un sérum spécifique peut-il avoir une action à la fois préventive et curative?

II

Considérons d'abord le cas des *sérums antitoxiques.*

Que se passe-t-il lorsque nous injectons des antitoxines *avant l'infection?* Les récepteurs libres continueront à circuler dans l'organisme qui est leur nouvel hôte et n'auront théoriquement aucune action sur le développement éventuel d'une infection ultérieure, l'antitoxine ne tuant pas le microbe et ne faisant que neutraliser ses produits toxiques. L'infection se développera donc, mais les toxines étant neutralisées au fur et à mesure de leur production, l'organisme non intoxiqué n'aura qu'à se défendre contre l'invasion microbienne qu'il n'aura pas de peine à surmonter en mettant en jeu ses autres moyens de défense (phagocytose, alexines, etc.). S'il s'agit de la diphtérie, par exemple, nous assisterons à une infection sans intoxication, partant sans ses complications ordinaires, primaires et deutéropathiques.

Dans le cas de l'injection *après l'infection* nous aurons à combattre des toxines déjà fixées, des toxines en circulation et des toxines qui vont se former.

A l'égard de ces dernières, nous retombons dans les conditions précédentes : l'injection sera préventive. Les toxines en circulation seront neutralisées par les récepteurs introduits, et c'est pour cette raison que l'injection intraveineuse agit plus rapidement que l'injection sous-cutanée, la période de résorption étant supprimée. Contre les toxines déjà fixées, les récepteurs contenus dans le sérum spécifique seront moins actifs; néanmoins M. Madsen (1) a démontré que lorsqu'on injecte une grande quantité d'antitoxine on arrive à dissocier des toxines déjà fixées, pourvu que leur fixation soit récente. Ce fait montre l'importance de la dose injectée : M. Roux a récemment encore insisté sur la nécessité des hautes doses dans les cas graves et traités tardivement, et pas un bactériologiste ne niera ce principe.

Dans les infections intoxicantes (*Intoxications-Infectionen*), soit la diphtérie et le tétanos, la sérothérapie n'est ni préventive ni curative de l'infection; elle est surtout préventive — et à un faible degré curative —, de l'intoxication.

Cette conclusion devra-t-elle nous empêcher d'employer la méthode? Bien au contraire.

A titre préventif, nous garantissons le sujet traité contre une infection à suites graves; à titre curatif, nous limiterons le mal à ce qui est fixé, nous neutraliserons les effets des toxines qui circulent et de celles qui sont en voie de résorption ou de formation.

On ne manquera pas de demander pourquoi, s'il en est ainsi, on observe si souvent des paralysies post-diphtériques dans les cas traités par la sérothérapie. Il y a à ce fait deux raisons : d'abord, un grand nombre des patients qui présentent ces paralysies seraient morts avec le traitement non spécifique, et ne les auraient par conséquent pas eues; ensuite nous savons par les remarquables recherches de M. Ehrlich que les paralysies tardives sont essentiellement dues aux toxoïdes et non aux toxines; or, les quantités de sérum injectées suffisent souvent à peine à neutraliser les toxines, de sorte que certaines toxoïdes restent actives; ceci encore doit nous engager à employer des doses élevées, de telle sorte qu'il y ait des récepteurs pour toutes les variétés du poison : toxines, toxoïdes et *toxones*, ces dernières étant les toxoïdes à affinité la plus faible pour les récepteurs; et précisément M. Madsen a prouvé que les œdèmes et les paralysies tardives étaient dus essentiellement à cette espèce de toxoïdes.

Comme démonstration de l'action du sérum dans un groupe de cas de diphtérie, je citerai l'observation suivante, que m'a obligeamment communiquée M. le docteur de Werdt :

Une fillette de quatre ans et demi présente, le 17 janvier 1902, de la difficulté à la déglutition et de la fièvre. Elle entre en traitement une semaine plus tard; M. de Werdt constate une diphtérie très grave de la gorge et des amygdales; il injecte en deux fois, le même jour, 1,000 unités antitoxiques et évacue l'enfant à l'hôpital de l'Ile où elle succombe le 26 au soir, malgré une chute assez rapide de la température le lendemain de l'injection.

La mère de cette fillette, femme de trente-deux ans, tombe malade le 24 janvier; l'amygdale gauche est blanche, les membranes s'étendent rapidement au voile du palais et à l'autre amygdale; le 25, M. de Werdt injecte 1,000 unités, ainsi que le 26; le soir, la température tombe; les membranes se détachent le 28 et l'affection, qui avait débuté brusquement et violemment, ne prend aucun caractère grave.

Le 26, M. de Werdt injecte à titre préventif 500 unités aux deux autres enfants non encore atteints, soit un garçon de neuf ans et demi et une fillette de treize mois. Le 29, le garçon prend une diphtérie des amygdales; le 30 on lui injecte encore 1,000 unités. Le petit malade n'a perdu ni sa gaieté ni son appétit, sa température n'a pas dépassé 37,5. Le 1er février, les membranes se sont détachées, l'enfant est bien et a à peine gardé le lit. La fillette n'a présenté aucun symptôme morbide.

Cette observation nous montre l'effet de l'injection tardive, de l'injection faite à temps et de l'injection prophylactique, ne prévenant pas l'infection mais seulement l'intoxication.

N'oublions pas néanmoins que, si l'on n'observe que rarement des accidents à la suite de l'emploi du sérum à titre préventif, et que si ces accidents ne sont jamais mortels, ils n'en sont pas moins quelquefois assez désagréables; aussi est-il du devoir du médecin d'avertir les parents de la possibilité de leur apparition.

III

Abordons maintenant la question des *sérums bactéricides.*

Que se passe-t-il quand on injecte dans le péritoine une dose de sérum spécifique en rapport avec la quantité de microbes injectés? On assiste au phénomène décrit par Pfeiffer : les microbes, au lieu de se multiplier et de déterminer une infection mortelle, se réunissent en groupes, sont immobilisés, se boursouflent, perdent leur affinité pour les matières colorantes et sont dissous ou englobés par les phagocytes.

Le même phénomène s'observe quand l'expérience, au lieu de se faire dans le péritoine, a lieu *in vitro*, à la condition qu'au sérum spécifique on ajoute du sérum frais.

Si au lieu d'injecter le sérum spécifique dans le péritoine on l'introduit dans la circulation, il en faudra une dose plus élevée et l'action sera retardée, les ambocepteurs devant se localiser peu à peu dans le péritoine sur les microbes qu'ils doivent sensibiliser.

Enfin, si au lieu d'injecter le sérum spécifique en même temps que les microbes homologues, nous l'injectons préalablement, il faudra également une plus forte dose de sérum, l'immunisation étant passive et les ambocepteurs étant peu à peu éliminés de la circulation.

Il faudra de même davantage de sérum si nous faisons l'injection après l'infection, les microbes ayant eu le temps de se multiplier.

Une nouvelle condition entre ici en jeu : alors que pour les sérums antitoxiques il n'y a pas nécessairement de proportion à observer entre la dose d'antitoxine et la dose de toxine, pourvu que la première soit en quantité suffisante, il faut, quand il s'agit des sérums bactéricides, qu'il n'y en ait ni trop, ni trop peu.

Dans ses expériences sur l'immunisation avec le vibrion de Metchnikoff, M. Wechsberg constate que, traités par 1 c.c., 0 c.c. 3, 0 c.c. 1 de sérum spécifique, les animaux inoculés avec 1/20 d'anse de platine de culture de ce microbe meurent; traités par 0 c.c. 03, 0 c.c. 01 et 0 c.c. 003, ils restent vivants; ils meurent encore si on ne leur injecte que 0 c.c. 001 de sérum.

Nous avons fait des constatations analogues avec notre sérum antipesteux : des rats ayant reçu une dose 5 fois mortelle de culture de la peste meurent quand on les traite avec 1/10 et 1/20 de leur poids de sérum; traités avec 1/50, 1/100 et 1/500 ils restent vivants, mais ils meurent avec 1/1000.

Ainsi donc, tandis que dans l'emploi des sérums antitoxiques il n'y a qu'une limite *minima* et pas de limite *maxima*, dans l'emploi des sérums bactéricides nous voyons intervenir un facteur de plus dont il faut tenir compte, la limite *maxima:* le sérum n'est *utilement actif* que dans la *quantité comprise entre ces deux limites.*

Bien que l'expérimentation nous prouve que les sérums bactéricides doivent théoriquement être très utiles, il n'en est pas moins certain que leur utilité pratique est encore restreinte. Le sérum antipesteux paraît donner d'assez bons résultats; le sérum antityphique ne trouve que peu d'admirateurs; seul le sérum antistreptococcique paraît fournir des succès quelquefois surprenants; d'autres fois, par contre, il est absolument inefficace; mais ici il convient de tenir compte d'un nouveau facteur : la *polyvalence* ou la *monovalence* des sérums.

Dans ses expériences bien connues, M. Marmorek a obtenu, avec un streptocoque hypervirulent, un sérum actif vis-à-vis du microbe dont il s'était servi, mais absolument inactif contre d'autres variétés de streptocoques et dans la grande majorité des cas de streptomy-

(1) Th. Madsen. Ueber Heilversuche im Reagensglas. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1899, XXXII, 2.)

coses humaines : ce dont il n'y a pas lieu de s'étonner, puisque le streptocoque de Marmorek, si virulent pour le lapin, pouvait être injecté *sous la peau, chez l'homme, à la dose de 10 c.c. d'une culture sur bouillon* sans provoquer le moindre accident.

M. Denys et ses élèves, M. Van de Velde en particulier, ont introduit dans la sérothérapie streptococcique la notion de polyvalence. Ils ont exalté des souches humaines variées de streptocoque par des passages sur le lapin, espérant obtenir de meilleurs résultats chez l'homme. Nous-même avons été plus loin et avons traité nos chevaux par les variétés le plus nombreuses possibles de streptocoques de provenance humaine, sans passage aucun par l'animal, estimant que ces passages ne peuvent que modifier la virulence primitive sans l'améliorer.

D'autres facteurs encore peu connus jouent un rôle probablement important dans l'activité et la non-activité des sérums bactéricides. Ainsi, il paraît *a priori* probable que, dans beaucoup d'infections, les compléments font défaut et qu'il y aurait lieu d'en injecter en même temps que le sérum spécifique. Il est possible que ce soit dans cet ordre d'idées qu'il faille chercher l'explication de l'action souvent évidente d'une injection de sérum frais normal dans les infections; toutefois ce point a encore été trop peu étudié expérimentalement pour qu'on puisse le considérer comme résolu.

En tout cas, nous pouvons conclure que les sérums spécifiques sont préventifs et curatifs, que les preuves de la coexistence de ces deux sortes de propriétés ont été fournies par l'expérimentation, et que ces résultats des recherches de laboratoire sont faciles à comprendre si on adopte la théorie d'Ehrlich. Mais il n'y a pas de doute que cette action préventive, étant de nature passive, soit limitée quant à sa durée, et que l'action curative soit insuffisante dans nombre de cas pour des raisons dont quelques-unes nous sont connues, mais dont beaucoup nous échappent encore.

Dr E. Tavel,
Professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de Berne, directeur de l'Institut pour l'étude des maladies infectieuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1902.

Du rôle de l'intoxication dans les accidents mortels de l'appendicite.

M. Dieulafoy communique l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans, qui fut pris subitement, en pleine santé, de douleurs abdominales dans la nuit du jeudi au vendredi. Le lendemain, ce malade se leva comme à l'habitude, mais ses douleurs devenant de plus en plus vives il rentra chez lui, s'alita, ne put manger et, son état ayant encore empiré la nuit et le jour suivants, il se fit admettre à l'Hôtel-Dieu le dimanche matin. Il avait alors une température de 39°, souffrait toujours du ventre, principalement dans le flanc droit; cependant l'abdomen n'était pas ballonné et il n'y avait pas eu de vomissements.

Malgré l'absence de signes positifs de péritonite, l'examen de l'urine ayant démontré la présence dans ce liquide d'une grande quantité d'albumine, de pigments biliaires, de leucocytes, etc., on pratiqua immédiatement une laparotomie : l'appendice, adhérant partiellement au cæcum, était gangrené dans ses deux tiers inférieurs; il existait, en outre, un petit abcès rétro-cæcal qui fut évacué, puis drainé, après résection de l'appendice. Malgré cette intervention, l'état du malade ne s'améliora pas; il ne rendit dans la journée ni gaz, ni matières; le lendemain il fut pris de vomissements bilieux, le surlendemain d'hématémèses répétées, et la nuit suivante il succomba sans avoir présenté à aucun moment de signes de péritonite.

L'autopsie permit, du reste, de constater l'absence d'exsudat péritonéal; les anses intestinales n'étaient agglutinées en aucun point et c'est à peine si l'on put recueillir une cuillerée à café de pus dans le petit bassin.

Le foie et les reins étaient sains en apparence; mais l'examen histologique de ces derniers organes démontra qu'ils étaient le siège d'une néphrite suraiguë d'origine manifestement toxique, et des altérations de même nature furent observées au niveau du foie. Il résulte de ces diverses constatations que la mort du malade doit être attribuée à une intoxication plutôt qu'à une infection; d'où l'on doit conclure qu'on ne saurait attendre, pour intervenir chirurgicalement, qu'une appendicite « se refroidisse », sans exposer le malade aux plus grands dangers.

On a prétendu, il est vrai, que les interventions « à froid » donnaient des résultats très supérieurs à ceux des interventions « à chaud »; le fait est incontestable, mais la question doit être envisagée à un autre point de vue. Pour qu'un malade puisse être opéré à froid, il faut nécessairement qu'il ait survécu à la phase « chaude » de son appendicite; or, les statistiques invoquées par les partisans des opérations à froid ne tiennent pas compte de tous les malades qui sont morts avant que leur appendicite se soit « refroidie », et, d'autre part, si les statistiques des opérations pratiquées à chaud ne sont pas plus favorables, cela tient à ce qu'on réunit ensemble des cas absolument différents.

Pour réussir, en effet, ces opérations à chaud, il est de la plus haute importance d'intervenir à une époque aussi rapprochée que possible du début des accidents, c'est-à-dire avant que les poisons ou les toxines appendiculaires aient eu le temps d'envahir l'organisme; il faudrait donc, pour établir d'une façon formelle la valeur relative des opérations à chaud, ne comparer ensemble que les cas qui ont été opérés le même jour. Il y a, en effet, une très grande différence, au point de vue des suites opératoires, entre les malades chez lesquels on est intervenu le deuxième ou le troisième jour après le début des accidents, et ceux chez lesquels l'opération n'a été pratiquée que le cinquième, le sixième ou le septième jour.

Les opérés de ce dernier groupe tantôt meurent et tantôt guérissent sans qu'on soit en mesure, bien souvent, de fournir l'explication de ces différences; ceux du premier groupe, au contraire, guérissent toujours ou presque toujours. C'est donc au deuxième ou au plus tard au troisième jour après le début réel des accidents qu'il faut opérer.

M. Chantemesse fait remarquer que, s'il y a actuellement une très grande divergence d'opinions, en ce qui concerne la conduite à tenir en présence d'une appendicite, cela tient surtout à notre ignorance de la véritable pathogénie de cette affection; cette pathogénie est en effet très complexe et c'est seulement lorsqu'elle aura été élucidée que nous pourrons différencier les appendicites qui réclament une opération hâtive d'avec celles qui peuvent, au contraire, être traitées par la temporisation.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 juin 1902.

Sur l'appendicite et ses causes.

M. Lannelongue. — Il est légitime de supposer qu'avant la mise en évidence de l'appendicite, cette affection était généralement considérée comme une péritonite aiguë. Dans le but de vérifier cette hypothèse, j'ai fait faire à l'hôpital Trousseau le relevé des cas de péritonites aiguës non tuberculeuses traités de 1885 à 1889, soit pendant une période quinquennale antérieure à l'ère de l'appendicite, puis celui des cas d'appendicite observés de 1895 à 1899; or, les chiffres relatifs à ces deux catégories de malades sont très rapprochés : le premier est de 470, le second de 443; et l'infériorité de celui-ci est plus apparente que réelle, car, de 1895 à 1899, il y a eu, outre les 443 cas précités d'appendicite, 166 cas de péritonites aiguës, parmi lesquelles se dissimulent vraisemblablement quelques appendicites.

Quant aux causes de l'infection appendiculaire, c'est évidemment dans la flore bactérienne de l'appendice qu'il faut les chercher; comme facteurs adjuvants, je crois que l'on peut attribuer une certaine valeur à l'occlusion de la cavité appendiculaire (théorie du vase clos), comme aussi à l'alimentation trop exclusivement carnée. Enfin le rôle des vers intestinaux, sur lequel M. Metchnikoff a récemment attiré l'attention, me paraît incontestable, ces parasites, chargés de microbes, traumatisant la muqueuse, dans laquelle certains d'entre eux pénètrent même. Pour apprécier l'importance de cet élément pathogénique, j'ai voulu savoir quelle était la fréquence, à Paris, des helminthes; dans ce but, mon préparateur M. Guillot a examiné les selles de 128 malades, dont 21 atteints d'appendicite et 107 d'affections diverses. Des 21 appendicitiques, 6 étaient infestés (3 par le trichocéphale, 1 par le trichocéphale et l'ascaride, 1 par l'oxyure et l'ascaride, 1 par l'oxyure seul); des 107 autres sujets, 39 présentaient aussi des œufs de vers intestinaux dans leurs selles. La proportion globale est donc de 35 %; elle est de 28 % seulement chez les patients atteints d'appendicite.

Variations de l'état de réfraction de l'œil humain suivant l'éclairage.

M. A. Charpentier. — Ayant remarqué que ma myopie augmentait au crépuscule, et que son accroissement pouvait atteindre 2 dioptries pendant les nuits claires sans lune, j'ai multiplié les observations à cet égard et je suis arrivé à conclure que la réfraction de mes yeux est, dans une certaine mesure, fonction de l'éclairage, leur puissance réfringente augmentant quand l'éclairage diminue.

Pour expliquer ce fait, il faut admettre que la lumière, puisqu'elle diminue la puissance réfringente de l'œil, ou bien élève l'indice de réfraction des milieux oculaires, ou bien augmente la courbure de la cornée ou du cristallin, ou bien détermine un déplacement en avant de l'écran rétinien. La première hypothèse ne saurait être vérifiée sur le vivant; la seconde est démentie par les résultats de l'examen ophtalmométrique. Reste donc la troisième, et c'est à celle-là que je me rallie : je crois qu'on peut attribuer la diminution de la puissance réfringente que provoque la lumière au déplacement en avant de la rétine, par suite de l'augmentation d'épaisseur de la choroïde qui se congestionne sous l'influence de la lumière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1902.

Traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique.

M. Mignon. — Me basant sur ce fait que la brièveté des vaisseaux du cordon spermatique constitue le principal obstacle à l'abaissement d'un testicule ectopié, j'ai eu trois fois recours à la section de ces vaisseaux, ne respectant que le canal déférent dont les flexuosités permettent un allongement suffisant pour empêcher le testicule de remonter. Contrairement à l'opinion courante, la section de l'artère spermatique n'exerce aucune influence fâcheuse sur la vitalité du testicule; c'est à peine si, chez mes trois opérés, on peut observer une légère diminution du volume de la glande, qui a conservé sa sensibilité spéciale.

M. Lucas-Championnière. — Je crois qu'il ne faut pas trop compter sur un résultat aussi favorable. Etant donné que la rétraction du cordon est due surtout au tissu fibreux développé le long des vaisseaux, j'ai pratiqué, moi aussi, la section complète, en coupant tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent, et je dois dire que j'ai vu quelquefois la nécrose du testicule se produire à la suite de cette opération.

D'autre part, les interventions faites par M. Mignon sont encore trop récentes pour qu'on puisse en considérer les résultats comme définitifs, car la rétraction et l'atrophie peuvent se produire ultérieurement, et peut-être viendra-t-il un moment où ces testicules seront plutôt inutiles.

M. Bazy. — J'ai eu l'occasion de revoir un garçon de vingt ans chez lequel j'ai pratiqué une orchidopexie, il y a six ans environ, en

ayant soin de sectionner toutes les brides fibreuses; il existait une ectopie bilatérale, et j'avais opéré un seul côté; or, le malade revenait me consulter parce qu'il était sujet à des crises de catalepsie, précédées d'une sorte d'aura partant du testicule ectopié non opéré; j'ai donc opéré ce testicule, ces jours derniers, et j'ai pu obtenir un abaissement suffisant en sectionnant tous les tissus qui faisaient obstacle à cet abaissement.

M. Sebileau. — En étudiant, chez différents animaux, l'évolution du testicule à la suite du bistournage, j'ai pu m'assurer que la glande ne s'atrophiait que d'une façon extrêmement lente; aussi suis-je convaincu que chez les malades de M. Mignon le testicule est en voie d'atrophie.

M. Broca. — Je crois que le procédé employé par M. Mignon ne peut être considéré que comme un pis aller et ne doit pas être érigé en méthode.

M. Kirmisson. — J'ai coupé l'artère spermatique chez un de mes opérés et le testicule s'est parfaitement atrophié. Contrairement à M. Mignon, je pense que nous devons faire tous nos efforts pour conserver les vaisseaux du cordon.

M. Routier. — Il m'est arrivé également de sectionner l'artère spermatique, sans le vouloir, en cherchant à abaisser un testicule ectopié, et il en est résulté une nécrose de la glande.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion membraneuse de l'urèthre.

M. Bazy. — Il est classique de considérer les rétrécissements blennorrhagiques comme siégeant dans la région bulbaire, et non dans la région membraneuse de l'urèthre. Cette formule est exacte dans la majorité des cas, mais il n'en est pas moins vrai que, parfois, le rétrécissement blennorrhagique intéresse la portion membraneuse. C'est ainsi que, dans deux autopsies, j'ai pu constater que le rétrécissement, dont le maximum siégeait au niveau de la région périnéo-bulbaire, se prolongeait dans l'urèthre membraneux.

Hydrométrie sénile.

M. Chaput. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation d'hydrométrie consécutive à une atrésie du col utérin, qui nous a été adressée par M. Fontoynont, (de Tananarive). Il s'agit d'une femme de cinquante ans, atteinte d'atrésie sénile, chez laquelle notre confrère fit d'abord une simple ponction qui lui permit de donner issue à un litre de liquide environ; la récidive se produisit assez rapidement, et M. Fontoynont dut pratiquer une nouvelle ponction, qu'il fit suivre cette fois d'un drainage utérin pendant une quinzaine de jours. Jusqu'à présent, la guérison s'est maintenue.

M. Walther fait un rapport sur une observation communiquée par M. Souligoux, relative à une rupture de la vessie compliquant une fracture du bassin et traitée avec succès par la suture.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juillet 1902.

Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de cyanure de mercure.

M. J. Renault appelle l'attention sur les avantages des injections intraveineuses de cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis. Complètement indolores, ces injections ne produisent pas de nodosités et ne donnent jamais lieu à aucun accident. Le cyanure de mercure ne coagulant pas l'albumine comme le sublimé, il n'y a pas à craindre la production d'une embolie : celle-ci ne pourrait être que la conséquence d'une infection du vaisseau, qu'il sera toujours facile d'éviter si l'on a soin de réaliser l'asepsie de la peau ainsi que celle de l'aiguille. Il n'y a pas lieu de redouter davantage la formation d'une thrombose, cet accident n'ayant été observé que lorsque, par suite d'une faute de technique, l'injection a été faite non dans la veine, mais à sa périphérie.

L'accident syphilitique sur lequel les injections de cyanure de mercure ont le plus d'action, est la céphalée secondaire ou tertiaire, qui disparaît en général le soir même de la première injection.

Deux malades atteints de syphilis médullaire caractérisée par de la rachialgie nocturne, de l'exagération des réflexes, de la parésie des membres inférieurs, etc., ont été également guéris après 5 ou 6 injections.

Un autre patient, chez lequel un traitement intensif par l'huile bi-iodurée n'avait pu empêcher la formation d'une volumineuse tumeur gommeuse de la langue, a guéri très rapidement. Même résultat chez un homme atteint de crises fréquentes d'épilepsie jacksonienne avec double kératite interstitielle, surdité, etc., et qui avait reçu sans succès 60 injections d'huile bi-iodurée.

Les injections de cyanure de mercure peuvent être pratiquées tous les jours dans une des veines du pli du coude; on fera usage d'une solution au centième; la dose moyenne est de 1 c.c. par jour, mais dans les cas graves on pourra la porter à 2 c.c., en augmentant d'un quart de centimètre cube chaque jour.

M. Dufour déclare avoir connu un tabétique qui prétendait que ses douleurs fulgurantes devenaient plus intenses chaque fois qu'on lui pratiquait une injection de cyanure de mercure.

M. J. Renault a vu, au contraire, les crises fulgurantes disparaître complètement chez deux tabétiques soumis aux injections de cyanure de mercure.

Sur un cas d'infantilisme compliqué d'intoxication sulfocarbonée.

M. Danlos montre un jeune homme de dix-huit ans qui est un type d'infantilisme pur : sa taille, en effet, ne dépasse pas 1 m. 27, et les proportions relatives du tronc et des membres sont bien conservées. Il existe en outre, chez lui, un hypospadias avec ectopie testiculaire unilatérale, une hypertrophie considérable du cœur et une néphrite albumineuse. Ces deux derniers accidents semblent devoir être mis sur le compte d'une intoxication sulfocarbonée, le patient étant employé dans une fabrique de caoutchouc; il a, du reste, présenté récemment un peu de parésie des membres et des accidents urémiques. Enfin, l'examen radioscopique a montré que les épiphyses n'étaient pas complètement soudées, ce qui justifierait dans une certaine mesure l'emploi de la médication thyroïdienne, si les accidents cardio-rénaux ne constituaient une contre-indication.

M. Achard fait remarquer que l'albuminurie et l'urémie sont des accidents tout à fait exceptionnels au cours de l'intoxication sulfocarbonée.

M. Chauffard dit avoir observé un infantile qui, comme celui de M. Danlos, eut des accidents urémiques consécutifs à une néphrite : celle-ci était manifestement due à une aplasie artérielle.

M. Widal déclare que, dans l'infantilisme pur du type Lorain, la glande thyroïde n'est pas en cause; par conséquent, la médication thyroïdienne ne saurait donner aucun résultat.

Polynucléose du liquide céphalo-rachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale.

M. Widal. — On sait que la formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux est caractérisée par une lymphocytose très abondante. Lors des poussées congestives qui s'observent au cours de la paralysie générale, cette formule change : les lymphocytes sont remplacés par des polynucléaires. J'ai eu l'occasion d'observer ce phénomène chez deux paralytiques ayant eu des ictus suivis d'hémiplégie. Le liquide céphalo-rachidien recueilli le lendemain de ces ictus contenait, au lieu des lymphocytes constatés les jours précédents, une très grande quantité de polynucléaires; ceux-ci ont du reste fait place de nouveau aux lymphocytes, lorsque les phénomènes congestifs ont disparu.

Il ressort de ces faits que la polynucléose du liquide céphalo-rachidien, et en général de toutes les humeurs, est le signe d'un processus congestif, tandis que la lymphocytose est le signe d'un processus simplement irritatif. La cytologie des différents liquides normaux ou pathologiques de l'économie permet donc de se rendre compte de l'état des séreuses et des organes sous-jacents.

Déformation congénitale « hyperchondroplasique » des quatre membres.

M. Méry présente, en son nom et au nom de M. Babonneix, une petite fille qui est atteinte d'une déformation congénitale des membres (allongement et amincissement des os) accompagnée d'une cypho-scoliose très marquée et d'un gonflement de l'extrémité supérieure du cubitus et de l'humérus. Les radiographies qui ont été faites de cette petite malade semblent prouver que les cartilages de conjugaison sont plus apparents qu'à l'état normal.

Cette affection, qui est l'opposé de l'achondroplasie, pourrait être désignée sous le nom d'*hyperchondroplasie*. Au point de vue étiologique, ce fait mérite d'être rapproché de certains cas de syphilis héréditaire, bien que le traitement spécifique auquel cette fillette a été soumise n'ait donné aucun résultat.

Mélanodermie biliaire à type addisonien avec splénomégalie.

M. Gandy montre, au nom de M. Gouraud et au sien, un homme atteint d'une mélanodermie généralisée rappelant celle de la maladie d'Addison. Une asthénie très accentuée, des vomissements, des douleurs abdominales, des signes d'induration au niveau du sommet des deux poumons semblaient compléter ce type clinique. Toutefois, la constatation d'une augmentation considérable du volume de la rate, l'existence de crises répétées d'ictère avec tuméfaction du foie, et enfin la présence des pigments biliaires dans le sérum et l'urine, démontrèrent qu'il s'agissait, en réalité, d'une mélanodermie d'origine biliaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 28 juin et 5 juillet 1902.

Origine rénale de l'urobiline.

MM. Gilbert et **Herscher.** — Il ressort de nos recherches que l'urobilinurie ne s'accompagne pas constamment d'urobilinémie : au contraire, la présence d'urobiline dans le sérum est une rareté, alors même que l'urine renferme une quantité considérable de cette substance.

Dans ces cas d'urobilinurie sans urobilinémie, le sang contient toujours des pigments biliaires en plus ou moins grande abondance. Par suite, l'hypothèse de la transformation en urobiline, par le rein, des pigments biliaires apportés à cet organe par le sang, permet seule de comprendre ces faits.

Tout concorde d'ailleurs, observations cliniques, données théoriques (transformation des pigments biliaires en urobiline par les agents réducteurs et hydratants d'une part, pouvoir réducteur et hydratant du rein, d'autre part), expérimentation (formation d'urobiline dans une solution de bilirubine additionnée de rein réduit en pulpe), pour prouver que ce n'est pas là une simple hypothèse.

Cette transformation peut être considérée comme un véritable processus de défense de l'organisme, les pigments biliaires, produits toxiques et peu diffusibles, étant convertis en urobiline, substance très diffusible et par suite facilement éliminable.

Conséquence de la cholémie, l'urobilinurie est indépendante de l'état fonctionnel du foie, et elle peut s'observer dans des cas où les fonctions de cet organe sont normales ou même exaltées; elle peut coexister aussi avec l'insuffisance hépatique, mais cette coïncidence est purement fortuite.

La valeur séméiologique de l'urobilinurie est donc tout autre que celle qu'on lui attribue habituellement : dans la très grande majorité des cas, elle ne traduit nullement l'insuffisance hépatique, mais doit être considérée comme un des symptômes révélateurs les plus importants de la cholémie.

Sur les différences de volume des lobules hépatiques chez l'homme.

MM. Brissaud et **Dopter.** — Frappés des différences notables qui existent, au point de vue du volume, entre les lobules de divers foies pathologiques, nous nous sommes demandé si ces aspects variables étaient dus au processus morbide en cause ou bien lui préexistaient. Pour trancher cette question, nous avons examiné 15 foies presque normaux, chez des hommes de même âge (vingt-deux à vingt-quatre ans), en ayant soin de suivre une technique identique,

concernant la région du prélèvement, la fixation des pièces, etc. En procédant ainsi, nous avons constaté les faits suivants :

Tout d'abord, chaque foie isolé présente une lobulation différente dans les lobes droit et gauche et dans le lobe de Spiegel; les lobules du lobe droit sont en général les plus volumineux; ceux du lobe gauche sont plus petits que ceux du lobe de Spiegel.

Les différences sont très marquées entre les mêmes lobes de foies différents : ainsi le lobe droit d'un foie contient 8 lobules, celui d'un autre en contient 17 pour une même surface.

Ces faits sont importants à connaître; il existe, en effet, des foies granuleux à grosses granulations, d'autres à petites granulations; or, il est probable que la variabilité dans le nombre et le volume des lobules est la cause des différences de nombre et de volume de ces granulations. En outre, au point de vue de l'évolution des cirrhoses, on peut concevoir qu'à égalité de processus cirrhogène, un lobule volumineux résistera plus longtemps à l'envahissement de la gangue scléreuse qu'un lobule de dimensions restreintes. Là réside peut-être la raison de la rapidité des phénomènes d'insuffisance hépatique dans les foies à petites granulations (Sabourin).

Action des bases de la lécithine sur les sécrétions glandulaires.

M. Desgrez. — Nous avions remarqué, M. Zaky et moi, que les lécithines, de même que les bases qui entrent dans leur constitution, exercent une influence favorisante sur les sécrétions salivaire et rénale. En rapprochant la constitution de ces substances de celle de la pilocarpine — qui renferme, comme elles, un groupement de triméthylamine —, j'ai pensé que la choline, par exemple, devait exercer une action favorisante marquée sur les principales sécrétions.

Les résultats que j'ai obtenus sur le lapin et le chien, avec le concours de M. Camus, établissent nettement que la choline provoque, en effet, une sécrétion très notable des glandes salivaires, pancréatique et rénale. Elle augmente de même la sécrétion biliaire d'une façon constante et très marquée. Indépendamment de cette action spéciale, je déduis de mes expériences cette notion particulière que c'est au groupement triméthylamine, commun à la choline et à la pilocarpine, que ces substances doivent leur action favorisante sur les sécrétions glandulaires.

Sur l'hypertrophie simple du foie dans l'anémie pernicieuse progressive.

MM. Gilbert et **Garnier.** — Nous avons observé récemment un cas d'anémie pernicieuse dans lequel le foie était augmenté de volume sans présenter d'altérations microscopiques profondes; il s'agissait, comme dans les observations que nous avons relatées antérieurement, d'une hypertrophie simple du foie, d'une *hyperhépatie* organique. Il convient de signaler l'existence d'une infiltration ferrugineuse sous forme de très fines granulations, limitées à la périphérie du lobule et ne paraissant entraver aucunement le fonctionnement des cellules dont le noyau reste sain; et aussi de minuscules foyers de nécrose, visibles seulement à un examen attentif, et analogues à ceux que nous avons signalés dans l'anémie expérimentale. Mais l'immense majorité des cellules est saine, et la notion de ces fines altérations histologiques, d'ailleurs très limitées, ne doit pas faire perdre de vue que l'hypertrophie du parenchyme constitue l'altération principale du foie dans certains cas d'anémie pernicieuse progressive.

Mode de réaction des méninges aux bacilles pseudo-tuberculeux.

M. Delille. — J'ai obtenu chez le chien, par l'introduction sous-arachnoïdienne d'un des bacilles pseudo-tuberculeux de Möller (bacille de la Phléole) des réactions plastiques, sous forme de nodules à éléments mononucléaires et lymphocytiques, très analogues à celles que produisent le bacille tuberculeux ou ses poisons locaux seuls (éthéro et chloroformo-bacilline); mais le bacille de la Phléole doit être rapidement « phagocyté », car on ne le retrouve plus dans les coupes, quinze jours après l'injection. Les ensemencements décèlent seuls sa présence par l'apparition de quelques colonies sur les milieux appropriés.

La réaction méningée paraît donc provoquée non par la prolifération du bacille, mais par son enduit cireux.

Effets de la strychnine sur les différents éléments anatomiques.

M. Maurel dépose une note dans laquelle il établit que la strychnine à dose thérapeutique (non convulsivante) impressionne les éléments anatomiques dans l'ordre suivant : cellule excito-motrice, nerf sensitif, nerf moteur, fibre striée et enfin fibre lisse.

A dose toxique, la strychnine abolit d'abord la fonction du nerf moteur, puis celle de la fibre striée et, enfin, du nerf sensitif. La fonction de la fibre cardiaque et celle de la fibre lisse ne sont suspendues que plus tardivement; il en est de même pour les éléments figurés du sang. Toutefois il est probable que les doses très toxiques tuent le leucocyte et que la mort de cet élément joue un certain rôle dans celle de l'animal.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 juillet 1902.

Traitement du lupus par le radium.

M. Danlos présente une série de malades atteints de lupus tuberculeux très étendus, qui ont été traités partiellement à l'aide du radium. La plupart de ces applications ont été faites avec une plaque d'activité radiante 19,000 (méthode Curie). La durée des applications a varié de vingt-quatre à trente-six heures. Les ulcérations consécutives à l'emploi de cette méthode thérapeutique sont toujours restées superficielles et se sont cicatrisées dans un temps variant de un à trois mois. Elles ont laissé des cicatrices lisses, unies, absolument planes, contrastant fortement avec l'apparence réticulée des parties voisines traitées et guéries par d'autres procédés (raclages et cautérisations ou bien méthode des couples). Les guérisons ainsi obtenues à l'aide du radium paraissent aussi complètes et sont beaucoup plus rapides que celles que donne la photothérapie.

M. Brocq. — Les résultats que vient de nous montrer M. Danlos sont tout à fait remarquables. Je ne connais pas de méthode thérapeutique appliquée au lupus, qui laisse des cicatrices plus parfaites que celles que présentent ses malades.

M. Hallopeau. — Voici un homme atteint de lupus verruqueux de la main, que j'ai traité par le radium. Il témoigne à la fois des améliorations considérables que détermine cette méthode et des lésions secondaires importantes qu'elle peut entraîner. Ici, en effet, les saillies verruqueuses ont bien disparu pour faire place à une cicatrice remarquablement lisse et régulière; mais, en même temps, les applications, peut-être trop prolongées, ont amené la production de deux ulcérations atones qui persistent depuis cinq ou six mois. De plus, il semble que les altérations scléreuses aient progressé sous l'influence de cette thérapeutique. Le malade assure, en effet, que c'est seulement depuis qu'il a été soumis à ce traitement qu'il se trouve dans l'impossibilité de mouvoir ses phalanges. Il est donc probable que les irradiations du radium ont une action sclérogène très marquée, au même titre que les rayons de Röntgen.

Sur le polymorphisme du bacille de Ducrey.

M. Queyrat montre un malade qui porte à l'index de la main droite un chancre simple, survenu au niveau d'une coupure qu'il s'était faite quelques jours auparavant. L'inoculation positive au bras et la constatation du bacille de Ducrey dans la plaie ont confirmé le diagnostic. Il est à remarquer que, dans les préparations obtenues avec des produits de raclage de certains chancres mous, le bacille de Ducrey n'a pas toujours l'aspect allongé, mais est plutôt cocciforme.

L'orateur préconise, pour la coloration de ce microorganisme, un mélange contenant X gouttes de fuchsine de Ziehl et VII gouttes d'une solution saturée de bleu de méthylène pour 20 c.c. d'eau distillée.

M. E. Lenglet. — Il est certain que le bacille de Ducrey est un microorganisme polymorphe et prend souvent un aspect coccobacillaire. Le pus de certains chancres mous contient cette forme à l'exclusion de tout autre et en donne des cultures pures, qui reproduisent le chancre mou par inoculation et peuvent prendre l'aspect franchement bacillaire après réensemencement. L'expérience m'a même démontré que le bacille de Ducrey est plus souvent un coccobacille qu'un streptobacille. Cette dernière forme me paraît due à la présence d'une enveloppe glaireuse, qui maintient les bacilles bout à bout et dont le développement dépend du milieu dans lequel ceux-ci végètent.

Un fait très important, c'est qu'on rencontre des chancres mous dont le pus ne donne pas d'inoculation positive, quoiqu'il fournisse des cultures de bacille de Ducrey. L'inoculation de ces mêmes cultures détermine bien cependant un chancre expérimental.

J'emploie pour la coloration du bacille de Ducrey une dilution à froid de XV à XX gouttes de fuchsine de Ziehl dans 100 c.c. d'eau.

Eléphantiasis du pied.

M. Balzer. — L'homme que voici a contracté la syphilis à vingt-trois ans. Ce n'est que dix ans plus tard qu'ont débuté les lésions qu'il présente encore au pied droit. Il a d'abord eu une sorte de durillon du talon, et l'épaississement de la peau s'est étendu peu à peu aux chevilles, à la plante du pied et aux orteils. Cette extrémité a fini par prendre le développement éléphantiasique que vous voyez, avec formations papillomateuses sur les orteils et sur les bords du pied. Le malade a été longtemps soumis au traitement mixte dans le service de M. Fournier; on a même essayé, sans succès, de détruire les lésions papillomateuses par le curettage. Je me demande s'il ne s'agit pas ici d'une lésion hybride relevant à la fois de la syphilis et de la tuberculose.

M. J. Darier. — On ne constate actuellement, chez ce malade, qu'un œdème et des papillomes éléphantiasiques tels qu'en produisent la stase veineuse et la stase lymphatique. La lésion initiale qui a entraîné ces désordres ne se voit plus. Il semble bien qu'un lupus aurait laissé des traces plus sensibles et nous savons, d'autre part, que la syphilis suffit à produire des lésions éléphantiasiques semblables. Un examen biopsique indiquerait, d'ailleurs, s'il existe ici du tissu tuberculeux.

Traitement du prurigo de Hebra.

M. de Beurmann. — Voici un jeune homme atteint de prurigo de Hebra, qui, depuis plusieurs années, a été en traitement dans divers services de dermatologie de Paris, mais avec un succès relatif, car jusqu'ici il n'a été que passagèrement amélioré. Il paraît aujourd'hui complètement guéri, à la suite d'applications d'une pommade contenant 12 parties de camphre, 15 de goudron, 8 de soufre, 3 d'huile de chaulmoogra et 62 de vaseline.

M. Gastou. — Cette pommade a semblé également réussir dans diverses affections prurigineuses rebelles chez des enfants.

M. Brocq. — Il ne faut accepter ces faits que sous réserve. Le prurigo de Hebra peut offrir des rémissions qui ont souvent trompé les dermatologistes sur la valeur des médications ayant coïncidé avec la disparition des symptômes.

Talalgie blennorrhagique.

M. Bonnet (médecin militaire). — Le malade que je vous présente a eu, à la suite d'une blennorrhagie contractée il y a un an, des douleurs périarticulaires précoces. Mais il a souffert surtout de douleurs très vives et persistantes à la face inférieure des deux talons. La radiographie a montré qu'à la face inférieure de chaque calcanéum, au niveau de l'insertion de l'aponévrose plantaire, s'est développée une épine osseuse dont la pointe regarde en avant et en bas. Ce fait confirme l'opinion de M. Jacquet, admettant que ces douleurs dans la blennorrhagie sont d'origine osseuse. Une nouvelle radiographie pratiquée deux mois après, alors que le

malade souffrait déjà moins, a permis de constater que ces petites exostoses n'avaient pas diminué de volume.

Alopécie congénitale.

M. G. Baudoin présente un enfant de quatre ans dont le crâne est resté absolument glabre depuis la naissance. C'est à peine s'il existe quelques cheveux follets au-dessus des oreilles. On remarque bien que la circulation veineuse crânienne est très développée; mais on ne relève aucun antécédent ni aucun stigmate permettant de conclure à l'hérédo-syphilis.

M. E. Lenglet. — Il faut distinguer deux formes d'alopécie congénitale. Dans l'une, les papilles se sont formées, les bulbes pilaires se sont développés, puis leur évolution s'est arrêtée temporairement ou définitivement; le lanugo est alors conservé à la naissance, mais tombe au bout de quelques jours, et la déglabration persiste. Dans l'autre, il y a atrophie des papilles, et il n'existe pas de lanugo à la naissance. Dans une observation de Ziegler, les follicules sébacéo-pilaires étaient imperforés, et les papilles, ainsi que les gaînes du poil, étaient réduites à des formations kystiques ne contenant aucune trace de poil.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 juin 1902.

Sur la péritonite adhésive diffuse, suite d'appendicite.

M. Karewski. — Les adhérences qui se forment dans la cavité abdominale, en cas d'appendicite, sont d'ordinaire localisées au voisinage de l'appendice; parfois, cependant, elles se généralisent à tout l'abdomen, soudant les viscères les uns aux autres, entraînant la coudure des organes creux, déterminant la formation de pseudo-tumeurs avec infiltration de l'épiploon et du mésentère, etc., etc.

Cette péritonite adhésive diffuse se traduit soit par le syndrome de l'obstruction intestinale chronique ou subaiguë, soit par un ensemble morbide où les troubles vésicaux occupent la première place. Il peut arriver que ces divers accidents n'éclatent qu'assez longtemps après la crise appendiculaire, de sorte que leur cause réelle peut être difficile à dépister.

Au point de vue du mode de début des lésions, il y a deux cas à considérer : tantôt, en effet, il s'agit d'une infection péritonéale générale d'emblée, aboutissant non à la suppuration, mais à la production d'exsudats séro-fibrineux; tantôt, au contraire, on a affaire à un foyer purulent primitivement localisé, avec péritonite fibrinoplastique ultérieure, progressivement envahissante.

J'ai eu l'occasion d'observer, depuis dix ans, 13 cas de cette forme de péritonite appendiculaire; de ces 13 patients, 7 ont succombé. Comme traitement, il y a lieu tout d'abord de prévenir le développement de la péritonite adhésive; pour cela, on fera l'ablation de l'appendice le plus tôt possible, avant que les fausses membranes aient eu le temps de devenir solides. Quand les accidents d'occlusion intestinale ont fait leur apparition, l'anus contre nature est indiqué.

Anomalie cardiaque familiale.

M. de la Camp présente les 6 enfants d'une même famille (4 garçons et 2 filles), chez lesquels on remarque une augmentation de l'aire cardiaque, avec souffle systolique appréciable à la palpation et à l'auscultation; à gauche du sternum, on constate une bande de matité à laquelle correspond une ombre sur les radiogrammes; par la radioscopie on peut s'assurer que cette zone mate et opaque est animée de pulsations. Ces divers symptômes sont plus accusés chez les filles que chez les garçons.

L'orateur estime qu'il s'agit ici de la persistance du canal artériel. Il fait observer que les deux filles sont épileptiques, que l'aînée est en outre atteinte d'une tuberculose grave, enfin qu'un des garçons a un développement intellectuel très inférieur.

Dr Villaret.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

Session annuelle tenue à Saratoga du 10 au 13 juin 1902.

Le rôle pathogénique de l'anémie dans l'ulcère de l'estomac.

M. R. N. Willson (de Philadelphie). — L'affaiblissement de la résistance des parois de l'estomac à l'action destructive du suc gastrique peut tenir parfois à l'état anémique du sujet. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer une jeune femme de vingt-cinq ans, qui, après avoir présenté pendant quelque temps de l'hypoglobulie (4 millions d'érythrocytes par millimètre cube de sang) avec diminution du taux d'hémoglobine, ne tarda pas à éprouver des douleurs gastriques, en même temps qu'on constatait chez elle d'autres symptômes habituels de l'ulcère de l'estomac. On institua un traitement approprié, tout en ayant soin de combattre l'anémie par l'ingestion de sang de bœuf. Sous l'influence de ce moyen, la teneur du sang en globules rouges et en hémoglobine revint à la normale et tous les phénomènes morbides se dissipèrent.

M. F. B. Turck (de Chicago) estime que les principaux facteurs pathogéniques de l'ulcère de l'estomac sont des troubles de motricité de cet organe, d'une part, et des désordres de la circulation abdominale, d'autre part.

M. J. J. Walsh (de New-York) se déclare partisan de la théorie traumatique. Il serait presque toujours possible, d'après l'orateur, de retrouver à l'origine de l'ulcère gastrique un traumatisme, répété ou non : tantôt, par exemple, il s'agit d'un cuisinier, chez lequel le rôle d'agent traumatique a été joué par la déglutition d'aliments chauds; tantôt c'est une couturière pour laquelle il y a lieu d'incriminer la pression exercée sur la partie supérieure de l'abdomen par la machine à coudre, etc. Quoi qu'il en soit, on ne saurait cependant contester que l'appauvrissement du sang puisse créer une prédisposition à la formation d'un ulcère de l'estomac; aussi doit-on recommander aux individus anémiques de s'abstenir de toute occupation ayant pour effet de soumettre l'estomac à une compression plus ou moins intense.

M. H. B. Favill (de Chicago). — Dans ces derniers temps, un certain nombre de cliniciens ont prétendu que le défaut d'hémoglobine était la cause essentielle, la *conditio sine quâ non* de l'ulcère de l'estomac. S'il en est réellement ainsi, le traitement de cette affection doit viser surtout l'anémie, la guérison de celle-ci entraînant, comme conséquence, la cure de l'ulcère. Or, nous savons que ce qui réussit le mieux dans les cas d'ulcère de l'estomac, c'est le repos au lit et l'alimentation rectale, moyens thérapeutiques qui ne sauraient guère convenir au traitement de l'anémie.

M. R. N. Willson. — Pour ma part, je ne prétends point que l'appauvrissement du sang soit le seul facteur pathogénique de l'ulcère de l'estomac. Cette affection peut s'observer chez des sujets exempts de toute altération pathologique du liquide sanguin; mais il n'en reste pas moins qu'il existe souvent un rapport de cause à effet entre l'anémie et l'ulcère gastrique.

Des rapports entre la maladie de Basedow et la glycosurie.

M. H. Stern (de New-York). — J'ai pratiqué l'épreuve de la glycosurie alimentaire chez 8 patients atteints de maladie de Basedow. Après avoir fait absorber à chacun d'eux 75 grammes de glucose pur, je n'ai pu déceler que chez un seul de ces sujets la présence du sucre dans les urines. Or, il est des affections dans lesquelles la glycosurie alimentaire est certainement plus fréquente. Quant à la glycosurie transitoire, spontanée, elle est aussi relativement rare au cours du goitre exophtalmique. Sur 10 cas de cette affection que j'ai eu l'occasion d'observer, je n'ai noté la glycosurie qu'une fois, chez une femme de trente-huit ans qui, outre la maladie de Basedow, présentait encore de la tuberculose pulmonaire. L'association du goitre exophtalmique avec le diabète semble quelque peu plus fréquente et ne constitue peut-être pas une simple coïncidence. Pour ma part, j'ai été appelé à donner mes soins à une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de goitre exophtalmique, et qui, après avoir vu se produire une certaine amélioration dans son état, ne tarda pas à avoir le diabète.

Je ne crois pas, cependant, que la glycosurie soit sous la dépendance directe de l'hyper ou de l'hypothyroïdisme : elle serait plutôt due, en pareille occurrence, à l'action d'un ferment particulier sécrété par la glande thyroïde malade.

M. E. F. Wells (de Chicago) invoque en faveur de l'existence d'une certaine parenté entre le diabète et la maladie de Basedow ce fait qu'il a obtenu de bons résultats dans le traitement des deux affections par la codéine.

M. Jones (de Buffalo) dit avoir observé un homme auquel il prescrivit, pour combattre l'obésité, de l'extrait thyroïdien à la dose de 0 gr. 60 centigr. par jour; sous l'influence de cette médication, on a vu se déclarer une glycosurie qui persista tant que le patient ne fut pas soumis à un régime approprié. Ce fait mérite d'être signalé, encore qu'il soit loin de prouver que le diabète survenant au cours d'un goitre exophtalmique soit réellement dû à l'hypertrophie de la glande thyroïde.

Le rhumatisme articulaire aigu; sa nature et son traitement.

M. Th. McCrae (de Baltimore) fait une communication sur 270 cas de rhumatisme articulaire aigu, traités dans le service de M. Osler, au Johns Hopkins Hospital de Baltimore. Cette affection atteint le maximum de sa fréquence pendant la période qui comprend les mois de février, mars, avril et mai. Dans 25 % des cas on note des antécédents rhumatismaux héréditaires et dans 45 % des antécédents personnels de même nature. Des examens bactériologiques répétés de l'exsudat articulaire, du sang et du liquide cérébro-spinal ont toujours donné des résultats négatifs.

M. G. W. Webster (de Chicago) considère le rhumatisme articulaire aigu comme une manifestation d'une infection générale de l'organisme, due à un diplocoque, lequel est susceptible de déterminer non seulement des arthrites, mais toute autre lésion.

M. J. M. Anders (de Philadelphie), sans contester la nature infectieuse du rhumatisme articulaire, croit cependant que cette affection, loin de reconnaître une origine unique, peut être due à des microorganismes variés.

M. J. J. Walsh insiste sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les salicylates administrés à hautes doses (de 5 grammes à 6 gr. 50 centigr. par jour), à moins qu'on ne se trouve en présence d'un cas d'idiosyncrasie ou d'une contre-indication, telle que la néphrite et des troubles digestifs ou nerveux (délire). Le salicylate de soude reste toujours la meilleure médication, bien qu'on ait récemment essayé de lui substituer d'autres produits pharmaceutiques, qui présentent l'inconvénient d'irriter l'estomac et les reins. Les alcalins doivent être prescrits concurremment avec les salicylates.

Les troubles circulatoires précoces dans le mal de Bright.

M. L. F. Bishop (de New-York). — Le mal de Bright, à mon avis, ne doit pas être considéré comme une affection primitive du rein, mais comme une maladie de la circulation sanguine, qui finit par retentir sur l'appareil rénal, ainsi que sur le cerveau. Aussi une des manifestations les plus précoces de la néphrite chronique est-elle constituée par des troubles dyspeptiques dus à la circulation défectueuse au niveau des parois de l'estomac et qu'il ne faut pas confondre avec les désordres gastriques d'origine urémique. Il importe également de signaler au même titre divers phénomènes morbides du côté du système artériel et, en particulier, l'irrégularité de la tension sanguine.

La fièvre typhoïde chez les enfants en bas âge.

M. E. F. Brush (de Mount Vernon) relate un cas de fièvre typhoïde survenu chez un enfant

âgé de moins d'un an et qui avait été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de six mois, époque à laquelle l'allaitement naturel fut suspendu, la mère ayant contracté la dothiénentérie. Le nourrisson reçut, à partir de ce moment, de l'eau de la même provenance que celle qui avait servi de source d'infection pour sa mère, et ne tarda pas, lui aussi, à subir une atteinte de fièvre typhoïde.

M. Griffith (de Philadelphie) estime que la fièvre typhoïde est, en réalité, beaucoup plus fréquente chez les enfants qu'on ne l'admet généralement; l'orateur en a même observé un cas avec hémorrhagie intestinale. D'autre part, plusieurs procès-verbaux d'autopsies faites au Foundling's Home de New-York font mention d'un état analogue à l'entérite; or, il est fort possible que ces cas se rapportent à la fièvre typhoïde.

M. A. C. Cotton (de Chicago) fait remarquer que les autopsies pratiquées au Foundling's Home de New-York sur plusieurs enfants chez lesquels on avait porté, pendant la vie, le diagnostic de fièvre typhoïde, n'ont pas mis en évidence les lésions caractéristiques de cette affection. Il se peut que le tableau anatomopathologique de la dothiénentérie soit moins net chez l'enfant que chez l'adulte. En clinique, la séroréaction, sur laquelle l'âge du malade n'a aucune influence, constitue le moyen le plus sûr de diagnostic.

Dans le cas de M. Brush, il ne paraît pas absolument nécessaire d'admettre l'origine hydrique de l'infection.

M. Shaw (d'Albany) dit avoir vu un enfant de dix-huit mois, atteint d'une fièvre typhoïde qui ne différait en rien, au point de vue symptomatologique, de ce qu'on observe chez l'adulte.

M. E. F. Brush déclare que, dans le cas qu'il a communiqué, le diagnostic ne faisait aucun doute. Il est peu probable que l'infection ait été directement transmise de la mère à l'enfant; l'hypothèse d'une contamination par l'eau paraît plus plausible.

Les hémorrhagies spontanées chez les nouveau-nés.

M. I. A. Abt (de Chicago). — Les hémorrhagies spontanées qui se produisent chez les nouveau-nés peuvent avoir pour siège le tissu cellulaire sous-cutané, les cavités du corps ou les muqueuses. Le plus souvent, elles ont lieu sous la peau, par l'ombilic, ou bien au niveau de la bouche, du nez, de l'oreille, de l'intestin, etc. Leur étiologie est encore assez obscure. On a invoqué surtout la syphilis congénitale; pour ma part, j'ai observé 10 cas d'hémorrhagies spontanées et dans 3 d'entre eux l'existence de la syphilis congénitale était incontestable; dans 2 autres faits, on pouvait incriminer des processus septiques. Il est probable que ces hémorrhagies reconnaissent des facteurs étiologiques multiples. Au point de vue thérapeutique, il importe de faire remarquer que le traitement interne n'a que peu de prise sur ces accidents; il en est, du reste, à peu près de même pour les applications locales de styptiques, voire même pour celles d'extrait surrénal. Ce qui paraît réussir le mieux, c'est la gélatine, mais celle-ci doit être employée avec prudence, de crainte de provoquer une intoxication qui serait probablement due à des ptomaïnes; pour cette raison, on doit préférer la voie gastrique aux injections sous-cutanées.

Mme Rosa Engelmann (de Chicago) est d'avis que les hémorrhagies spontanées des nouveau-nés sont, le plus souvent, imputables à des infections septiques; elle a vu, cependant, des cas où la syphilis était incontestablement en cause.

M. Small (de Pittsburg) dit avoir observé les hémorrhagies en question chez 5 nourrissons, dont un paraissait, d'ailleurs, tout à fait bien portant.

M. Holmes (de Chicago). — En présence des bons effets qu'on obtient par l'emploi de la gélatine dans les hémorrhagies obstétricales, je me demande s'il ne conviendrait pas d'introduire des préparations de gélatine dans l'alimentation des enfants sujets aux hémorrhagies spontanées, encore que les injections sous-cutanées ne me paraissent pas absolument contre-indiquées. Ne pourrait-on pas aussi se servir du chlorure de calcium pour arrêter ces écoulements sanguins?

M. Jacobi (de New-York). — Il y a environ quarante ans, les hémorrhagies spontanées des nouveau-nés étaient assez fréquentes, et si de nos jours elles sont devenues relativement rares, ce fait, à mon avis, doit être attribué aux soins d'antisepsie qu'on prend pendant l'accouchement. On ne saurait, toutefois, méconnaître que ces hémorrhagies se trouvent, dans une certaine mesure, favorisées par la structure encore imparfaite des parois vasculaires chez les nouveau-nés; d'autre part, l'écoulement sanguin peut parfois être très abondant, et cela surtout parce que, dans les premiers mois de la vie extra-utérine, le sang contient moins de fibrine et de sels et plus d'hémoglobine que chez l'adulte, ce qui retarde naturellement sa coagulation, comme on peut, d'ailleurs, s'en assurer par l'examen du contenu des hématomes.

M. I. A. Abt. — En ce qui concerne la question de M. Holmes sur l'emploi du chlorure de calcium, je dois dire que ce médicament a été préconisé, à titre de prophylactique, contre les hémorrhagies des nouveau-nés : il peut être administré à la mère pendant la grossesse et, à petites doses, à l'enfant dès sa naissance.

Avec M. Jacobi, j'estime qu'en dernière analyse, les facteurs pathogéniques de ces hémorrhagies peuvent être classés sous trois chefs, à savoir : l'infection, la porosité des parois vasculaires et, enfin, la lenteur de la coagulation du sang.

Le rein mobile dans ses rapports avec les affections pelviennes chez la femme.

M. A. H. Goelet (de New-York). — Le rein mobile joue un rôle étiologique important dans la genèse des affections gynécologiques. Il convient, en effet, de faire remarquer que la néphroptose crée, le plus souvent, une gêne considérable pour la circulation en retour du bassin, en comprimant soit la veine cave (rein droit), soit les vaisseaux veineux de l'ovaire gauche (rein gauche); il en résulte des congestions pelviennes avec tout leur cortège habituel de symptômes morbides. Le rein mobile peut également favoriser le développement de certaines maladies de l'utérus et de ses annexes, telles que métrites, déplacements de la matrice, ovarites, etc. Enfin, il n'est pas rare de voir le prolapsus rénal se compliquer d'un état particulier, caractérisé par de fréquents besoins d'uriner et qu'on a décrit sous le nom de *vessie irritable*, croyant avoir affaire à une affection d'origine purement nerveuse. En présence de ces faits, j'estime que la recherche du rein mobile s'impose chez toutes les malades atteintes d'affections gynécologiques et que la cure radicale de ce déplacement par la néphropexie doit être préférée à tous les moyens de traitement palliatif.

M. G. B. Massey (de Philadelphie). — Pour ma part, je ne crois pas que l'intervention chirurgicale soit indispensable et j'en suis d'autant moins partisan que, le rein mobile étant, à mon avis, sous la dépendance d'une cause générale, telle que la faiblesse des parois abdominales, l'anémie, etc., un traitement médical approprié (galvanisation, massage, etc.) peut parfaitement être couronné de succès.

M. Dunning (d'Indianapolis). — La néphropexie est loin d'être une opération dangereuse, puisque, sur environ 70 interventions de ce genre, je n'ai pas eu à enregistrer un seul décès; mais il faut savoir qu'elle ne suffit pas à assurer la guérison, à moins qu'on ne lui associe un traitement général visant les causes premières du prolapsus.

M. C. P. Noble (de Philadelphie) estime que M. Goelet est quelque peu porté à confondre la cause avec ses effets : qu'une femme anémique et atteinte de ptose abdominale à la suite d'accouchements multiples puisse présenter, précisément sous l'influence de son état général, un déplacement du rein, la chose ne saurait être contestée; mais l'orateur ne croit pas que le rein mobile soit par lui-même susceptible de déterminer les lésions énumérées par M. Goelet. Et la preuve en est dans ce fait qu'il suffit, en pareille occurrence, d'améliorer l'état général pour voir le rein reprendre sa position normale.

M. S. G. Kolischer (de Chicago) s'associe à l'opinion de M. Noble.

M. C. S. Bacon (de Chicago) pense qu'il y a lieu de distinguer deux catégories de cas, selon que le rein mobile est associé à une splanchnoptose généralisée, ou que le prolapsus ne porte que sur la glande rénale. Les faits du premier groupe sont seuls justiciables de moyens destinés à fortifier la paroi abdominale et, au besoin, à lui prêter un appui artificiel.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Un nouveau procédé de docimasie pulmonaire, par M. Placzek.

Partant de ce fait que, dès le premier mouvement respiratoire, il s'établit dans la plèvre une pression négative, tandis que, dans les cas où l'enfant n'a pas respiré, la pression intrapleurale est nulle, M. Placzek a imaginé un nouveau procédé de docimasie pulmonaire, qui consiste en ceci :

On commence par mener sur le petit cadavre en expérience une incision cutanée allant du menton jusqu'à l'apophyse xiphoïde; puis, on procède à la ligature de la trachée et on décolle les téguments de la paroi antérieure du thorax, des deux côtés, jusqu'à la ligne axillaire, en ayant soin de ne pas inciser les côtes, afin d'éviter toute pénétration d'air dans la cavité pleurale. Cela fait, on enfonce dans cette cavité, à travers un espace intercostal (de préférence le troisième, le quatrième ou le cinquième), un trocart à extrémité légèrement recourbée, dont la canule est munie d'un robinet. Cette disposition permet de retirer le trocart, sans que l'air extérieur s'introduise dans la cavité thoracique : il suffit, pour cela, de fermer le robinet, dès que la pointe du trocart l'a dépassé. Le trocart une fois enlevé, on adapte à la canule un tube en caoutchouc ayant un calibre de 10 millimètres et qu'on met en communication avec un manomètre à mercure. On ouvre alors le robinet et on observe la colonne de mercure dans la branche du manomètre qui correspond à la canule : si le mercure monte, c'est qu'il y a pression négative dans la cavité thoracique ou, en d'autres termes, c'est que l'enfant a respiré; la colonne de mercure reste-t-elle, au contraire, stationnaire, on est autorisé à affirmer que le poumon a conservé son volume fœtal et que la respiration n'a pas eu lieu.

L'auteur a vérifié ce procédé sur un grand nombre de cadavres (et, en particulier, sur des enfants mort-nés) soit à l'Institut de médecine légale de Berlin, dirigé par M. le professeur Strassmann, soit à la clinique obstétricale de M. le professeur Olshausen. Toutes les fois qu'il s'agissait d'un cadavre d'enfant mort-né, l'expérience était contrôlée par la docimasie hydrostatique et par l'examen anatomique du poumon, et les indications fournies par le procédé en question se sont toujours montrées exactes.

D'après M. Placzek, la méthode dont il s'agit présenterait le double avantage d'être très facile à mettre en pratique et de ne point empêcher l'examen ultérieur du poumon, qui est, au contraire, irréalisable après l'épreuve de docimasie classique. Celle-ci peut, d'ailleurs, toujours être employée à titre d'expérience de contrôle. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 février 1902.) — L. CH.

Un cas d'hématome du larynx, par M. Martin.

Il n'existe dans la littérature médicale que 6 observations d'hématome du larynx, et toutes les fois l'affection était consécutive à une violence ayant porté *directement* sur cet organe. Dans le cas relaté par M. Martin, le traumatisme fut, au contraire, indirect.

Il s'agissait d'un ouvrier qui, à la suite d'une chute sur la tête d'une hauteur de 2 mètres, fut pris d'un enrouement très prononcé; tandis que l'aspect extérieur du cou n'offrait rien d'anormal, l'examen laryngoscopique révéla l'existence, dans la région du cartilage aryténoïde et du repli ary-épiglottique droits, d'une tumeur bleu noirâtre, dont le volume augmentait de haut en bas, et qui, pénétrant dans le vestibule du larynx, recouvrait la plus grande partie de la corde vocale droite, puis, après avoir traversé l'orifice glottique, atteignait également la corde gauche. La muqueuse du sinus pyriforme droit présentait des ecchymoses; la corde vo-

cale gauche avait gardé, dans sa partie accessible à la vue, son apparence normale; par contre, la corde droite paraissait très hyperhémiée. Au bout de deux jours, la tumeur avait notablement diminué de volume, mais, comme le patient ne s'astreignait pas à ménager sa voix, le cartilage aryténoïde et la bande ventriculaire du côté gauche, sains jusque-là, subirent à leur tour une tuméfaction prononcée. Toutefois cette exacerbation fut de peu de durée, et huit jours après l'accident la guérison était à peu près complète.

Pour expliquer le mécanisme de l'hématome dans le cas dont il s'agit, l'auteur suppose qu'au moment de la chute le malade devait avoir la tête fortement fléchie, le cartilage cricoïde se trouvant presque en contact avec le sternum; le larynx se serait ainsi trouvé pris entre la colonne vertébrale, le sternum et le menton.

D'après M. Martin, les hématomes du larynx doivent être plus communs que ne le ferait supposer le petit nombre de faits publiés jusqu'ici; mais ils passent généralement inaperçus, à cause du peu de gravité des symptômes qu'ils déterminent. La rareté de cet accident parait, en effet, inexplicable, lorsqu'on songe à la fréquence des fractures du larynx, dont on connaît 150 cas environ. Il est probable que si l'on examinait le larynx chez tous les sujets atteints d'enrouement après un traumatisme, on verrait le nombre des observations d'hématome du larynx augmenter considérablement. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 février 1902.) — S. J.

Deux cas de tuméfaction de la parotide chez des nouveau-nés, par M. G. Kien.

Les deux observations relatées par M. Kien dans le présent travail montrent que, chez le nouveau-né, les parotides peuvent elles aussi être le siège de ces tuméfactions qui semblaient, jusqu'ici, l'apanage des glandes submaxillaires ou sublinguales.

Une multipare, sans antécédents morbides et vivant dans un milieu indemne d'oreillons, mit au monde une petite fille pesant 4,050 grammes; dès la naissance, on put constater chez celle-ci une augmentation considérable du volume des joues : la tuméfaction était symétrique et portait sur les deux régions parotidiennes; son extrémité inférieure débordait le maxillaire inférieur et venait presque au contact de la clavicule. L'épaisseur de la joue était occupée par une tumeur aplatie, grosse comme un œuf de pigeon. La peau était normale, sauf un léger œdème qui s'étendait aux paupières. Le canal de Sténon paraissait libre et la salive s'en écoulait avec abondance. Les extrémités des membres étaient froides et cyanotiques, les grandes lèvres un peu œdématiées. Au bout d'un mois, le gonflement parotidien avait presque disparu.

Le second cas, fort semblable au premier, n'en diffère qu'en ce que le gonflement, quand il rétrocéda, laissa facilement sentir les différents lobes de la parotide, sous forme de nodules qui, après quatre semaines, n'étaient plus du tout perceptibles.

M. Kien pense que cette tuméfaction parotidienne était causée par une obstruction passagère du canal de Sténon, due peut-être à un peloton muqueux, à une stomatite légère ou à quelque cause analogue; chez le premier enfant, on notait, en effet, la présence d'une petite ulcération aphteuse dans la gorge. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la dénudation de cette glande.

Les bons effets que M. le docteur Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, a obtenus dans le traitement des goitres par la dénudation et l'exposition à l'extérieur de la glande thyroïde (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 60 et 160) ont engagé ce chirurgien à appliquer une méthode analogue à l'hypertrophie de la prostate. Chez un vieillard de soixante-neuf ans, dont la vessie devait être sondée et lavée (pyurie) chaque jour, et dont la prostate faisait, au devant du rectum, une saillie de 7 centimètres de large sur 5 centimètres d'épaisseur, notre confrère fit une incision prérectale semi-circulaire se poursuivant jusque sur la face postérieure de la glande; puis, il disposa, au contact de la prostate, à droite et à gauche, des mèches de gaze aseptique, qui restèrent en place une douzaine de jours, le patient étant régulièrement sondé pendant ce laps de temps. Au bout d'un mois, la glande, complètement atrophiée et aplatie, ne formait plus qu'une barre transversale et la miction était devenue facile. Le résultat était beaucoup moins favorable chez un autre malade qui avait subi, à la même époque, l'énucléation partielle de la prostate avec incision de la paroi inférieure de l'urèthre prostatique.

M. Jaboulay a également pratiqué la dénudation de la prostate chez un autre vieillard de soixante-quatorze ans; mais l'amélioration a été dans ce cas moins appréciable, le cathétérisme restant encore nécessaire malgré l'intervention (2 fois par jour, il est vrai, au lieu de 7).

Quoi qu'il en soit, et alors même que l'atrophie obtenue de la sorte ne serait pas définitive, mais se bornerait à une simple décongestion veineuse, la dénudation de la prostate mériterait d'être essayée, ne fût-ce qu'à titre d'opération préliminaire en vue d'une excision ultérieure de la glande ou d'une autre intervention intra-prostatique.

Le soufre dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Après avoir traité avec succès plusieurs cas de dysenterie par le soufre, d'après le procédé que M. le docteur G. E. Richmond a utilisé à l'hôpital militaire de Deelfontein (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 208), M. le docteur Y. S. Vorochilsky (d'Odessa) s'est demandé s'il ne conviendrait pas de recourir au même moyen pour combattre la fièvre typhoïde, qui, elle aussi, a pour substratum anatomique des lésions ulcératives de l'intestin. L'expérience a pleinement confirmé cette manière de voir. Notre confrère administrait, toutes les deux heures, du soufre sublimé et lavé à la dose de 1 gr. 25 centigr. pour les adultes et de 0 gr. 30 centigr. à 0 gr. 50 centigrammes pour les enfants. Sous l'influence de cette médication, on constatait déjà au bout de deux à trois jours une atténuation considérable de tous les symptômes morbides : la température diminuait, la langue devenait humide, en même temps que les douleurs abdominales et la diarrhée cessaient complètement et que le malade récupérait le sommeil et l'appétit. Dans les formes graves, l'amélioration ne se manifestait que vers le cinquième jour du traitement.

L'usage du soufre doit être continué jusqu'à la guérison complète; ce médicament serait, d'ailleurs, très bien supporté et ne provoquerait pas de diarrhée, alors même qu'on l'emploierait à la dose de 12 grammes par jour; à la longue, il déterminerait, au contraire, une légère constipation contre laquelle M. Vorochilsky a habituellement recours aux lavements.

Il va de soi que le traitement en question doit être associé aux prescriptions hygiéniques et diététiques usuelles et, au besoin, à la balnéation froide.

Notre confrère estime que le soufre agit surtout en formant une sorte d'enduit protecteur qui met la muqueuse enflammée et ulcérée de l'intestin à l'abri de toute irritation. D'autre part, ce médicament exercerait également une action vasoconstrictive, ce qui aurait pour conséquence de diminuer l'hyperémie et l'infiltration des parties lésées, sans compter que les propriétés antiseptiques du soufre contribueraient aussi à activer la guérison.

Les inconvénients des lavements boriqués dans le traitement de la dothiénentérie.

On sait aujourd'hui que l'acide borique — loin d'être dépourvu de toute propriété toxique, comme on l'avait cru tout d'abord — est susceptible de donner lieu à des phénomènes d'intoxication. C'est ainsi que nous avons récemment eu l'occasion de signaler les effets caustiques d'un gargarisme boriqué (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 48) et que des intoxications ont été notées à la suite d'irrigations rectales au moyen d'eau boriquée (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 16). Or, à en juger d'après les observations que M. le docteur L. Herviault a recueillies à l'Hôtel-Dieu de Rennes et qu'il a consignées dans sa thèse inaugurale, les cas de ce genre seraient beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, les grands lavements boriqués constituant un des moyens usuels de traitement de la fièvre typhoïde. Au cours de cette affection et pendant la convalescence, il n'est pas rare de voir survenir des érythèmes, qu'on considère généralement comme de nature infectieuse (bacille d'Eberth ou ses toxines) et qui, d'après M. Herviault, seraient souvent dus tout simplement à une intoxication par l'acide borique : l'éruption en effet, ne tarderait pas à s'atténuer dès qu'on suspend l'emploi des lavements boriqués pour s'accentuer de nouveau aussitôt que ces lavements sont repris.

Presque toujours polymorphe, l'exanthème se présente sous forme de papules, de larges plaques irrégulières ou de vastes nappes diffuses recouvrant tout le corps sans ménager la face, faisant saillie au-dessus des parties saines ou ne s'en distinguant que par la différence de coloration. A chaque poussée nouvelle correspond une élévation thermique, qui parfois la précède de quelques jours. La desquamation ne présente pas de caractère particulier et se fait par petites écailles furfuracées sur le dos, sur l'abdomen et sur le thorax, tandis qu'au niveau des extrémités elle se produit sous forme de larges plaques.

Étant donnée l'extrême variété de ces accidents cutanés, le meilleur moyen de diagnostic consiste dans la suppression du médicament. Si, à la suite de cette mesure, on voit l'érythème s'atténuer, c'est que celui-ci est réellement dû à l'action de l'acide borique.

Le plus souvent, il s'agit d'une intoxication bénigne; mais quelquefois, en raison d'une sensibilité particulière du sujet, les accidents peuvent affecter une certaine gravité, voire même compromettre la vie du malade, comme M. Herviault l'a noté dans deux cas. C'est qu'en effet, alors même qu'on songe à la possibilité d'un érythème médicamenteux, on est porté à incriminer tout autre médicament plutôt que l'acide borique et on continue les lavements, en aggravant de la sorte l'intoxication.

En présence de ces accidents, notre confrère est d'avis qu'il convient d'employer l'acide borique avec prudence et de substituer, dans le traitement de la fièvre typhoïde, aux lavements boriqués de simples irrigations avec de l'eau bouillie.

Traitement de la variole par des badigeonnages avec une solution forte d'acide phénique.

Les applications locales d'acide phénique en solution faible (1 à 2 %) ont déjà été préconisées comme moyen de traitement de la variole. D'après l'expérience de M. le docteur L. Petraroja (de Naples), il y aurait avantage à se servir d'une solution beaucoup plus concentrée (10, voire même 15 grammes d'acide phénique pour 100 grammes de glycérine), qui exercerait une influence des plus favorables sur l'évolution de l'éruption, en modérant la suppuration et en activant la dessiccation des éléments éruptifs. Ces applications, pratiquées au moyen du pinceau dont on se sert habituellement pour les badigeonnages de la gorge, empêcheraient la confluence des pustules et la formation de cicatrices.

Ajoutons que, chez les malades traités de la sorte, notre confrère n'a jamais observé la moindre intoxication.

Utilisation du tendon d'Achille pour la confection du moignon d'amputation de la jambe.

Partant de ce fait que l'interposition d'une couche élastique entre le moignon osseux et les téguments empêcherait les os de léser la peau, M. le docteur Wilms, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Leipzig, a eu l'idée d'utiliser, pour la confection du moignon d'amputation de la jambe, le tendon d'Achille. Chez un jeune homme de seize ans qui, à la suite d'un traumatisme, dut subir l'amputation de la jambe à quatre travers de doigt au-dessus des malléoles, notre confrère a eu soin de recouvrir le moignon avec le tendon d'Achille, en suturant celui-ci à la face antérieure du tibia. La guérison se fit sans encombre, et au cours de la quatrième semaine le patient fut à même de quitter le lit. Le moignon reste tout à fait indolore et fonctionne très bien.

En présence de ce résultat, M. Wilms recommande de recourir au procédé en question toutes les fois qu'ayant à pratiquer une amputation de jambe au tiers inférieur, il importe d'obtenir un moignon apte à se mouvoir et à supporter les pressions sans douleur.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'agent pathogène de la coqueluche et la sérothérapie de cette affection.

Depuis quelques années, nous nous sommes appliqué à des expériences de laboratoire, destinées à élucider la question de l'étiologie microbienne de la coqueluche.

Nous nous proposons aujourd'hui d'en faire connaître les principaux résultats. Nous exposerons d'abord les procédés que nous avons employés pour isoler et pour identifier le microbe que nous considérons comme l'agent pathogène de la coqueluche; nous décrirons ce microorganisme et donnerons les caractères de ses cultures; nous examinerons succinctement son action sur les divers animaux dont nous nous sommes servi dans le cours de nos expérimentations, nous en étudierons les produits de sécrétion ou toxines. Enfin, nous consacrerons un chapitre spécial à la sérothérapie de la coqueluche, méthode nouvelle de traitement, dont nous avons pu observer déjà les effets favorables.

I

Partant de ce principe, admis par tous du reste, que l'infection coquelucheuse est parfaitement locale, et a comme siège exclusif les parties supérieures des voies respiratoires, nous avons, comme nos prédécesseurs, porté nos recherches du côté des produits de sécrétion de cet appareil : crachats et mucosités nasales. Nous nous sommes servi du procédé d'isolement suivant :

Les parties visqueuses, épaisses du crachat, sont d'abord mises dans un tube de verre contenant de l'eau stérile, que l'on agite vivement. Après repos, les portions les plus consistantes du crachat sont reprises au moyen de l'anse de platine, soumises à de nouveaux lavages (six et plus) et enfin placées dans un mortier où, additionnées d'une faible quantité de bouillon stérilisé, elles sont triturées.

On liquéfie alors trois tubes d'agar. On ensemence le premier tube avec une anse de la dilution du crachat trituré, et on l'agite longuement. On porte une goutte de ce premier tube dans le second, une goutte du second dans le troisième, puis on verse le contenu des trois tubes dans trois boîtes de Pétri, qui sont mises à l'étuve à la température de 37°.

A cette seconde partie de la manipulation, on peut substituer la technique suivante, qui rend la numération des colonies et leur différenciation sensiblement plus faciles :

Dans une série de petits ballons en verre, contenant 50 c.c. d'eau stérile, on introduit 1, 2, 3, jusqu'à 10 gouttes de la dilution de crachat trituré après lavages. Avec 1, 2, 3, 10 gouttes de ces nouvelles dilutions, on ensemence des tubes d'agar liquide que l'on agite et verse dans des boîtes de Pétri.

Suivant le degré de dilution des germes, les colonies sont plus ou moins nombreuses, et leur numération plus ou moins aisée.

Ces procédés, déjà cependant appliqués aux mêmes recherches, nous ont donné des résultats absolument concluants. Il nous ont permis, non seulement d'isoler le microorganisme que les nombreux examens de crachats nous portaient à considérer comme l'élément pathogène de la coqueluche, tant sa présence était constante, mais encore ils nous ont mis à même de faire une étude complète et approfondie des divers éléments microbiens qui lui sont associés.

Le bacille que nous avons ainsi isolé se présente sous la forme de bâtonnets, courts, trapus, à peu près aussi larges que longs (comme le colibacille). Sa forme est sensiblement ovoïde, ses extrémités sont arrondies. Dans les mucosités, on le trouve surtout en groupes, constitués d'éléments plus ou moins nombreux.

La mobilité de ce microorganisme est des plus manifestes : à l'examen d'une goutte de culture sur bouillon, légèrement colorée par une solution aqueuse de bleu de méthylène par exemple, elle est très apparente.

C'est un aérobie. Il se colore très bien par la solution de fuchsine phéniquée et prend le Gram, caractère intéressant, car aisément, par ce procédé, nous pouvons déceler sa présence dans les produits d'expectoration.

Ce microorganisme se développe sur les milieux de culture dont on se sert le plus généralement. Sur la gélatine son développement est lent; il est, au contraire, très rapide sur les autres milieux, à la température de 37°.

Sur plaques de gélatine, il donne de petites colonies arrondies, de coloration blanc jaunâtre, légèrement transparentes. La gélatine n'est pas liquéfiée.

Sur tubes de gélatine, après ensemencement en piqûre, il se forme, autour du trait d'inoculation, des amas de petits points arrondis, transparents, de couleur blanc jaunâtre. A la surface de la gélatine il se développe une pellicule assez épaisse, en son point central surtout. En strie, les colonies, très petites également, se confondent pour former une traînée à bords irréguliers.

Le développement sur les plaques d'agar est rapide. En quelques heures, à la température de 37°, apparaissent de petites colonies arrondies, plus ou moins transparentes, d'aspect légèrement nacré. Par piqûre, on obtient, autour du point d'inoculation, de petites colonies nombreuses qui se réunissent rapidement. Du trait principal, partent de délicates stries latérales. A la surface, il se forme une couche plus ou moins épaisse, blanc jaunâtre, à partie centrale légèrement déprimée. Bref, cette culture peut être comparée, pour sa forme, à un clou à tête très large. En strie, les colonies forment une couche plus ou moins épaisse, qui s'étend à toute la surface de l'agar. La coloration de cette culture varie avec son développement : elle est d'un blanc nacré en couche mince, blanc jaunâtre en couche épaisse.

Les cultures sur pommes de terre se présentent sous l'aspect d'une couche visqueuse, épaisse, de coloration jaune doré.

Sur bouillon peptonisé, le développement est très rapide. En quelques heures, à 37°, le trouble est manifeste. Quarante-huit heures après l'ensemencement, la surface se couvre d'un voile épais, blanc jaunâtre.

Enfin, la culture sur sérum pousse également avec rapidité, à la température de 37°. Sa coloration est jaune citrin.

Nous terminerons cet aperçu en faisant remarquer que la forme du bacille se modifie quelque peu avec le milieu sur lequel il se développe. Ainsi, sur pommes de terre, il est plus volumineux que sur agar; sur sérum, au contraire, il est légèrement plus long et surtout plus grêle.

II

Examinons maintenant les résultats des expérimentations que nous avons faites, en vue d'apprécier la virulence du bacille que nous venons de décrire. Le cadre de cet article ne nous permet pas d'insister, comme nous le voudrions, sur cette question; nous ne rapporterons donc ici que les faits les plus importants.

Les animaux que nous avons utilisés dans le cours de nos essais sont : le lapin, le chien, le pigeon, le cobaye.

Nous nous sommes le plus habituellement servi du premier, car, dès le début de nos recherches, il nous a paru le plus sensible à l'action du bacille que nous avions isolé. Par conséquent, nous décrirons spécialement les principaux phénomènes que nous avons observés à la suite des inoculations pratiquées sur cet animal.

En ce qui concerne l'inoculation sous-cutanée, l'injection d'un demi-centimètre cube de culture en bouillon, sous la peau de l'oreille, provoque, au bout de quelques heures, de violents phénomènes d'irritation. L'oreille est brûlante, considérablement œdématiée, de couleur rouge, d'aspect érysipélateux. Quarante-huit heures après l'inoculation, il se forme un abcès volumineux, dont le pus est épais, d'un blanc jaunâtre.

Quant à l'inoculation intraveineuse, l'injection d'un centimètre cube de culture en bouillon, dans la veine marginale externe de l'oreille, amène la mort dans un délai rapide (vingt-quatre à quarante-huit heures). Deux ou trois heures après l'inoculation, l'animal devient inquiet, agité. Peu à peu il s'immobilise. Sa respiration s'accélère; elle est coupée à des intervalles irréguliers par une inspiration brusque et profonde, résultant de la contraction convulsive du diaphragme.

Les membres postérieurs se paralysent bientôt. L'animal s'affaisse. Les membres antérieurs et les muscles thoraciques sont pris à leur tour. La respiration devient irrégulière. Brusquement apparaît une convulsion tonique qui entraîne plus ou moins rapidement la mort.

Les produits de sécrétion de ce bacille déterminent des phénomènes tout aussi graves. Ainsi l'injection sous-cutanée d'un centimètre cube de bouillon filtré sur bougie provoque la rougeur, la chaleur et l'œdème de la région.

Que l'on injecte dans le torrent circulatoire la même quantité de toxines, la mort se produira dans un temps relativement court. Il est vrai qu'aujourd'hui nous opérons avec des toxines dont l'activité est considérablement augmentée par l'exaltation de la virulence que donne au bacille la méthode connue des passages successifs.

Comme conclusion, nous voyons que l'action du bacille, même alors qu'on expérimente sa virulence au moment où il vient d'être isolé des crachats, est très énergique; la toxicité de ses produits de sécrétion est également des plus évidentes.

III

Abordons, enfin, le côté pratique de la question, le plus intéressant pour la plupart des médecins : la sérothérapie de la coqueluche.

Avant de signaler les résultats si favorables qu'il nous a été permis d'observer, nous croyons utile de dire quelques mots sur le procédé que nous avons employé pour immuniser les chevaux producteurs de sérum.

Hâtons-nous de le dire, nous n'apprendrons rien qui ne soit connu; le procédé que nous avons suivi est celui dont se sert M. Roux, pour immuniser les chevaux contre le poison diphtéritique. Bref, nous pratiquons des injections sous-cutanées de quantités d'abord minimes (2 c.c.) de bouillon filtré (1); nous augmentons graduellement ces quantités et dans un délai variant de deux à trois mois, nous les portons à 100-150 c.c. Ces injections provoquent des réactions généralement très vives. Au point où on les fait, se produit un œdème très considérable, qui disparaît lentement, surtout dans les premiers temps de préparation. L'état général du cheval en est vivement affecté; l'animal est agité et sans appétit, sa température s'élève toujours, dans les débuts, à un degré considérable (39°5-40°5).

Au bout de trois à quatre mois, alors que la quantité de toxine injectée atteint un litre environ, nous considérons l'immunisation comme suffisante et nous pratiquons la saignée d'essai (2).

Comme nous l'avons dit plus haut, les résultats que fournit le traitement sérothérapique de la coqueluche sont des plus satisfaisants.

En effet, si l'on intervient au début de la ma-

(1) Nous injectons aussi du bouillon non filtré sur bougie, mais stérilisé par le chloroforme.

(2) Nous décrirons plus tard notre procédé de mensuration du pouvoir bactéricide et antitoxique de ce sérum; pour le moment, nos expériences ne sont pas suffisantes pour qu'il nous soit permis de l'exposer.

ladie, les phénomènes de toux spasmodique, le cri, et les vomissements s'ils existent, diminuent rapidement de fréquence et d'intensité, et disparaissent complètement en quelques jours.

Si, d'autre part, la même méthode thérapeutique est appliquée dans les coqueluches graves ou compliquées dont le début remonte déjà à douze ou quinze jours et plus, les mêmes effets favorables s'observent; mais dans ces cas, on le conçoit aisément, la guérison complète est plus lente à obtenir.

Au total, notre sérum guérit en quelques jours (cinq à huit) les coqueluches au début; il agit, sans conteste, comme « adoucissant » dans les coqueluches graves, compliquées, ou traitées tardivement.

Actuellement, les cas de coqueluche où la sérothérapie a été employée par nous s'élèvent à 66. Sur ces 66 faits, nous n'avons eu que 5 échecs (1).

IV

Nous terminerons en donnant quelques indications au sujet de l'application de la sérothérapie anticoquelucheuse.

A quel moment de l'affection peut-on et doit-on injecter le sérum? Aussitôt que le diagnostic de coqueluche est certain, confirmé. Et nous nous permettons d'insister vivement sur ce point : plus tôt l'injection sera pratiquée, plus promptement on verra les symptômes de coqueluche s'amender, puis disparaître.

Donc, lorsqu'une coqueluche est reconnue, il y a indication formelle d'intervenir immédiatement; ainsi l'infection ne pourra se compliquer, elle sera une, plus facile à atteindre et à combattre.

Quelle est la quantité de sérum qu'il faut injecter?

Cette quantité varie avec l'âge. A notre avis, une injection de 5 c.c. suffit pour les enfants de quelques mois à deux ans environ. Au delà il y a avantage à employer 10 c.c. Il est évident qu'il n'existe aucune contre-indication à injecter une deuxième, une troisième dose de sérum lorsque les symptômes s'amendent avec lenteur; toutefois, quand on prend le mal dès le début, nous avons constaté qu'une seule injection suffisait.

Y a-t-il lieu d'associer à la sérothérapie de la coqueluche une autre médication? Nous n'en voyons pas la nécessité. Tout au plus peut-on prescrire, comme nous l'avons fait dans quelques cas, un léger vomitif (ipéca) que l'on administrera le matin du jour où l'on doit pratiquer l'injection.

L'action de ce vomitif nous paraît des plus favorables, car non seulement il provoque le dégagement des voies respiratoires si souvent obstruées, même au début de la coqueluche, mais encore il amène l'évacuation intestinale et par conséquent l'élimination des crachats déglutis. Aussi sommes-nous disposé aujourd'hui, et dans les cas surtout où l'expectoration est difficile, à faire précéder le traitement de cette anodine médication préliminaire.

Enfin, de quels soins particuliers doit-on entourer les enfants qui ont été injectés? Ces soins n'offrent rien de bien spécial; ils se résument en prescriptions d'hygiène générale : l'alimentation sera substantielle; elle sera surtout l'objet de toute l'attention dans les premiers jours, si les quintes de toux s'accompagnent de vomissements. L'enfant sera protégé contre les changements brusques de température; aussi y a-t-il intérêt à le faire séjourner dans une chambre spacieuse, bien aérée, bien éclairée, maintenue à une température de 18° à 20°, et cela jusqu'au moment de la disparition des crises.

Dr C. Leuriaux (de Bruxelles).

(1) Nous publierons ailleurs nos observations détaillées, démontrant l'efficacité du sérum anticoquelucheux, déjà reconnue par plusieurs de nos confrères des hôpitaux de Bruxelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet 1902.

Du rôle de l'intoxication dans les accidents mortels de l'appendicite.

M. Lucas-Championnière. — Je crois qu'il y a, ainsi que l'a démontré M. Dieulafoy dans la précédente séance, de réels dangers à attendre qu'une appendicite soit « refroidie » pour intervenir chirurgicalement. Cette pratique, qui est actuellement celle d'un certain nombre de chirurgiens, me paraît reposer sur une conception erronée de la pathologie abdominale. En effet, loin de donner « un coup de fouet » à l'inflammation péritonéale, l'ouverture du ventre, lorsqu'on se trouve en présence d'accidents aigus, enraye presque toujours cette inflammation.

Ce qui plaide encore en faveur d'une intervention hâtive, c'est que, en cas d'appendicite aiguë, on ne peut jamais savoir à l'avance quelle sera l'évolution de la maladie; ce à quoi il faut s'attacher par-dessus tout, c'est donc d'établir le diagnostic sur des bases solides et ne pas hésiter à opérer lorsqu'on est sûr qu'il s'agit d'appendicite. Attendre que cette appendicite soit refroidie, c'est s'exposer à voir mourir le patient, car celui-ci, comme l'a établi M. Dieulafoy, peut être emporté en deux ou trois jours, quelquefois même plus rapidement, par des accidents toxiques que rien, dans les allures en apparence bénignes de l'affection, ne faisait prévoir. Ce sont ces mêmes accidents toxiques, et non l'extension du processus inflammatoire, qui tuent le malade même opéré lorsqu'on est intervenu trop tard, c'est-à-dire après l'envahissement de l'économie par les poisons microbiens.

M. Reclus fait remarquer que, s'il y a des chirurgiens qui opèrent quelquefois « à froid », les mêmes chirurgiens n'hésitent pas à opérer « à chaud » quand il le faut. En tout cas, ce n'est jamais la crainte de donner un coup de fouet à l'inflammation qui les arrête. S'ils s'abstiennent, c'est pour d'autres raisons : la première, et la plus importante, c'est qu'il est impossible, lorsqu'on opère à chaud, d'aller à la recherche de l'appendice sans exposer le malade aux plus grands risques; la seconde, c'est que l'opération faite à chaud nécessite toujours l'emploi du drainage, d'où l'impossibilité de reconstituer une paroi abdominale solide, mettant le sujet à l'abri des éventrations. Telles sont les deux raisons péremptoires qui font reculer quelques chirurgiens en présence de certaines appendicites aiguës auxquelles ils ne reconnaissent pas un très haut caractère de gravité. Dans le cas contraire, l'opération est indiquée à chaud, et, comme le soutient M. Dieulafoy, elle doit être pratiquée à une époque aussi rapprochée que possible du début des accidents.

M. Dieulafoy. — On admettait autrefois que ce qui faisait le danger de l'appendicite, c'était la péritonite consécutive à la perforation de l'appendice; mais on ne tarda pas à s'apercevoir que cette péritonite pouvait très bien survenir sans perforation et qu'elle était alors la conséquence tantôt d'une infection microbienne, et tantôt d'une intoxication dont le point de départ est le foyer appendiculaire : c'est ce danger d'une intoxication que j'ai eu spécialement en vue dans ma dernière communication, et c'est pour le prévenir que j'ai soutenu qu'il fallait aller le plus tôt possible à la recherche de ce foyer et le détruire.

Rhumatisme tuberculeux abarticulaire.

M. Poncet (de Lyon) relate les observations d'un certain nombre de malades qui ont été atteints de diverses localisations extra-articulaires de la tuberculose (endocardite, méningite, péritonite, dermatoses, etc.). Ces manifestations abarticulaires se sont montrées tantôt dans le cours d'un rhumatisme articulaire tuberculeux, tantôt en dehors de toute arthropathie présente ou passée.

Une autre particularité de ces lésions extra-articulaires, c'est de représenter souvent des formes atténuées de la tuberculose, caractérisées cliniquement par leur mobilité, leur moindre gravité et leur facile curabilité.

Au point de vue anatomique, ces lésions n'ont en réalité rien de tuberculeux; elles ne se différencient pas comme produits réactionnels d'avec celles qui sont causées par d'autres maladies infectieuses; elles sont cependant dues soit au bacille de Koch, soit à ses toxines.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 7 et 15 juillet 1902.

Traitement local des localisations du rhumatisme.

M. Ch. Bouchard. — Estimant qu'il y aurait tout avantage à traiter *localement* les affections locales ou les localisations des affections générales, j'ai eu recours, contre les manifestations locales du rhumatisme, à des injections sous-cutanées de salicylate de soude (en solution à 5 %) faites en plein foyer morbide, quand le tissu cellulaire était seul atteint, ou au voisinage immédiat de la région douloureuse, lorsqu'il s'agissait d'une arthrite ou d'une névrite. Ces injections sont indolores; comme dose, on peut faire par séance, suivant l'étendue de la lésion, de une à quatre piqûres de 1 à 2 c.c. chacune; souvent une seule séance suffit à guérir l'accident local, mais parfois il faut recommencer les injections au bout d'un à trois jours. En cas de foyers multiples, on traite isolément et successivement chaque foyer; cependant, si les lésions sont très nombreuses, on peut faire simultanément des injections en deux ou trois régions différentes.

Cette méthode, que j'ai expérimentée avec MM. Le Noir, Claude et Balthazard, a été utilisée dans un grand nombre de cas de rhumatisme aigu (on l'associait au traitement général quand l'affection était à sa phase envahissante), d'arthrites persistantes, reliquat d'un rhumatisme aigu, de rhumatisme subaigu ou chronique primitif, de névrite rhumatismale, voire même de névrite consécutive au zona, enfin, à titre d'essai, dans le rhumatisme blennorrhagique.

D'une façon générale, on peut dire que, au moyen des injections dont il s'agit, on parvient à supprimer successivement les diverses localisations de la maladie, mais sans améliorer l'état général et sans entraver la marche de l'affection ni empêcher la reproduction de nouveaux foyers morbides. Les avantages de la méthode que je propose n'en sont pas moins certains; ils peuvent se résumer en quelques mots : porter le médicament dans le point seulement où il est utile et à la dose où il est utile, en épargnant le reste de l'économie.

Transmission expérimentale aux descendants des lésions organiques acquises par les ascendants.

MM. Charrin, G. Delamare et **Moussu.** — Nous avons fait une série d'expériences qui montrent que les lésions développées chez la mère sont transmissibles aux rejetons. Des lapines et des cobayes en gestation, chez lesquelles nous avions pratiqué de larges délabrements du foie, ont engendré des descendants qui présentaient des lésions hépatiques parfois considérables (congestion, hémorrhagies, dégénérescences cellulaires).

De même, lorsque, dans une seconde série de recherches, nous avons réalisé, chez des femelles pleines, des altérations étendues de l'un des reins, il a toujours été facile de reconnaître que, chez les fœtus, le tissu le plus malade était le tissu rénal (congestion, hémorrhagies, quelques cylindres).

Pour savoir si les lésions viscérales déterminées chez la mère ne retentissaient pas sur l'organe fœtal homologue en provoquant des auto-injections du tissu délabré (à l'aide des cytolysines), nous avons tenté d'obtenir ces modifications des parenchymes des rejetons au moyen des cytolysines correspondantes, en cherchant à voir si celles-ci traversaient le placenta. Nous avons donc injecté des extraits de foie ou de reins à diverses femelles pleines (chèvre, chienne, lapines, cobayes). Nous avons le plus souvent observé que, chez les fœtus, les détériorations portaient avant tout sur la glande biliaire ou sur la glande rénale, suivant qu'on

avait fait pénétrer chez la mère des produits hépatiques ou rénaux.

Ainsi, le *caractère morbide acquis* par la mère est transmissible aux rejetons. Cette action à distance, presque élective, de l'organe maternel sur l'organe fœtal correspondant peut s'exercer à l'aide de substances solubles. Ces résultats permettent de comprendre l'existence des dystrophies congénitales familiales; ils nous expliquent pourquoi, dans certaines familles, le foie est débile, tandis que, dans telle autre, cette débilité porte sur le rein, le système nerveux, etc. (familles biliaire, rénale, névropathique).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1902.

Traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique.

M. Lucas-Championnière. — Je crois que, dans le traitement de l'ectopie testiculaire, il ne faut pas s'exagérer la valeur, au point de vue de la spermatogenèse, de l'organe que l'on cherche à abaisser; il est, en effet, bien peu de testicules ectopiés qui soient capables de donner des spermatozoïdes; aucun de ceux que j'ai enlevés n'en renfermait.

M. Quénu. — Il y a un point qui m'a frappé dans la communication de M. Mignon : notre collègue ne coupe pas seulement les vaisseaux, il coupe également les nerfs, ce qui est évidemment mauvais au double point de vue de la sécrétion interne et des réflexes. Je ne m'explique pas comment persiste chez ses opérés la sensibilité spéciale du testicule qu'il nous a dit avoir constatée. D'autre part, je me demande si les atrophies à longue échéance que l'on observe après la section des éléments du cordon spermatique ne sont pas dues à la section des nerfs plutôt qu'à celle des vaisseaux.

M. Félizet. — L'opération préconisée par M. Mignon me paraît tout à fait irrationnelle dans son principe. Les examens histologiques pratiqués par M. Branca sur 51 testicules ectopiés, provenant de sujets aux différents âges de la vie, m'ont démontré d'une façon évidente que l'orchidopexie ne peut avoir que des indications exceptionnelles : dans 48 cas sur 51, nous avons pu constater, en effet, une atrophie épithéliale complète. Pour l'adulte, en particulier, il n'y a véritablement pas à se préoccuper de la valeur fonctionnelle de la glande.

M. Moty. — Dans une thèse récente de Lille, M. Colle a prouvé l'existence d'une anastomose funiculo-spermatico-déférentielle, qui manque seulement dans un très petit nombre de cas; cette constatation a une certaine importance au point de vue de la conservation de la vitalité du testicule, après la section de l'artère spermatique.

M. Delorme. — Si M. Mignon considère son opération autrement que comme un procédé d'exception, je n'hésite pas à déclarer que je la regarde comme inutile et comme nuisible.

M. Pauchet (d'Amiens) lit une observation de fistule urinaire ombilicale, avec perméabilité de l'ouraque, dont la résection sous-péritonéale a été pratiquée avec succès chez un enfant de cinq ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1902.

Les angines diphtériques malignes observées à Paris en 1901 et 1902.

M. Marfan. — L'épidémie de diphtérie qui sévit à Paris depuis la fin de 1900 a été remarquable par la fréquence des formes malignes de l'angine : celles-ci sont caractérisées par des fausses membranes étendues, confluentes, épaisses, grisâtres ou brunâtres, parfois fétides, avec tuméfaction et rougeur des parties sous-jacentes et périphériques; du coryza avec jetage et hémorrhagie; une adénopathie considérable avec œdème périganglionnaire; une température peu élevée, parfois normale; un pouls faible, une dépression nerveuse profonde; le refus de manger et de boire; une pâleur livide, et enfin une albuminurie presque constante, mais très variable dans son degré.

Sous l'influence du sérum antidiphtérique, même à doses massives, la gorge des enfants atteints de ces formes malignes se déterge lentement; elle apparaît souvent ulcérée et saignante au moment de la chute des fausses membranes. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, du quatrième au sixième jour, le pharynx est à peu près nettoyé et l'adénopathie a beaucoup diminué. Alors, à la phase angineuse succède une phase cachectisante, caractérisée par une pâleur livide de la face avec apathie, immobilité, souvent paralysie du voile du palais, augmentation de la matité hépatique et de la matité transversale du cœur, pouls impossible à compter, vomissements annonçant l'imminence de la mort, laquelle survient par syncope, ou avec de l'angoisse, de l'agitation, de la cyanose. Cependant cette terminaison n'est pas fatale : la guérison a lieu dans la moitié des cas, en général vers le seizième jour; on peut l'espérer tant que le cœur et surtout le foie ne sont pas augmentés de volume. Toute cette seconde phase de la maladie se déroule à peu près sans fièvre.

Les lésions que l'on trouve le plus fréquemment à l'autopsie sont : une myocardite, surtout accusée à la pointe, une endocardite apexienne, des thromboses cardiaques, des altérations du foie, des reins, des poumons et des centres nerveux.

Dans tous ces cas, on rencontre dans la gorge et dans le sang un *diplocoque* spécial, étudié par MM. Deguy et Legros (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 183). C'est un microbe très virulent, qui semble bien différent des streptocoques communs; il est voisin de certains diplostreptocoques de la scarlatine, mais il s'en distingue par sa mobilité, son défaut d'action sur le lait, son affinité pour les globules rouges, etc.

Il est donc très probable que les formes malignes d'angine diphtérique observées dans l'épidémie actuelle sont dues à une association microbienne et que les accidents que nous avons décrits sont, pour une part au moins, liés à une septicémie diplococcique métadiphtérique. On s'explique ainsi l'action incomplète du sérum dans ces formes malignes.

Les pleurésies biliaires.

M. P. Lereboullet. — Nous avons déjà relaté, M. Gilbert et moi, plusieurs observations de pleurésies non tuberculeuses consécutives à des infections biliaires aiguës et chroniques. Nous avons eu, récemment, l'occasion d'observer trois exemples de ces pleurésies : un au cours d'un ictère catarrhal, les deux autres alors que l'ictère semblait guéri. On peut donc distinguer des pleurésies *para-ictériques* et des pleurésies *méta-ictériques*. La notion étiologique, le siège fréquent à droite, le caractère bilieux de l'épanchement, les résultats négatifs de l'inoculation au cobaye permettent de différencier assez facilement ces pleurésies d'avec celles qui sont tuberculeuses.

On peut également observer des pleurésies, avec ou sans effraction du diaphragme, au cours des angiocholécystites aiguës suppuratives; elles sont alors le plus souvent suppurées et leur gravité s'explique par celle de l'infection biliaire causale.

Enfin, les angiocholites chroniques elles-mêmes peuvent s'accompagner d'altérations pleurales; c'est ainsi que nous avons noté l'existence de pleurésies sèches dans certains cas de cholémie familiale, d'ictère splénomégalique, de cirrhose biliaire, etc. Dans l'angiocholécystite lithogène, la pleurésie peut également survenir, mais si l'épanchement apparaissant au cours de la colique hépatique peut être de même nature que l'infection biliaire causale, il peut aussi être tuberculeux et avoir été simplement provoqué par la colique hépatique.

Ces pleurésies, de gravité différente suivant l'infection biliaire causale, semblent résulter d'une propagation non par voie sanguine, mais par les voies lymphatiques du diaphragme.

Infections secondaires au cours des méningites cérébro-spinales.

M. Sacquépée (médecin militaire). — Dans trois cas de méningite cérébro-spinale que je viens d'observer, le liquide céphalo-rachidien renfermait, pendant les premiers jours, des méningocoques à l'état de pureté. Ultérieurement, j'ai vu apparaître dans ce liquide des microbes d'infection secondaire, en particulier le *Bacterium coli*, et un staphylobacille prenant le Gram. L'évolution clinique de ces méningites cérébro-spinales comprend deux périodes distinctes : l'une de réaction méningée brutale, durant quelques jours et suivie d'une profonde accalmie; l'autre caractérisée par une reprise des accidents méningés persistants, accompagnés d'intoxication générale. La première phase peut être dite méningococcique, tandis que la deuxième est le résultat d'une infection secondaire.

M. Simonin (médecin militaire). — Les observations de M. Sacquépée confirment les considérations que j'ai présentées l'année dernière sur le même sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 246.)

La méningite cérébro-spinale, quel que soit l'agent microbien initial qui la provoque, peut se compliquer, d'une façon plus ou moins précoce, de l'intervention d'un ou de plusieurs microbes associés ou secondaires. Il semble même que ce soit là la règle dans les formes dites prolongées ou à rechute; les cas foudroyants ou frustes relèveraient plutôt d'un agent d'infection unique, à virulence variable.

La ponction lombaire répétée permet de vérifier ces faits, qui sont l'application d'une loi commune à toutes les maladies infectieuses. Celles-ci doivent le plus souvent leur durée, ou leur gravité clinique, à l'entrée en scène de germes qui sont les hôtes habituels des premières voies ou du tractus intestinal.

Intoxication saturnine provoquée par le grattage des moules à glace artificielle.

M. Rénon communique, en son nom et au nom de M. Géraudel, l'observation d'un homme employé au nettoyage par grattage de la surface interne des moules ou « cellules » servant à la fabrication de la glace artificielle, et qui a été atteint d'une intoxication saturnine caractérisée par de l'entéralgie et un liséré gingival. Ces accidents semblent devoir être attribués à l'inhalation des poussières qui résultent du grattage des moules. Ces poussières, analysées par M. Géry, contenaient, en effet, une grande quantité de particules plombiques. Du reste, 7 ouvriers sur 8 qui travaillaient avec le malade en question ont présenté les mêmes accidents.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 juillet 1902.

De la valeur pronostique de la polyglobulie dans la cyanose chronique.

MM. Vaquez et Quiserne. — Depuis que l'un de nous a attiré l'attention sur la polyglobulie dans la cyanose chronique (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 195), la constatation de ce phénomène est devenue de notion courante. Mais si le fait est fréquent, il n'est cependant pas constant : la polyglobulie peut exister sans cyanose (témoin la polyglobulie des altitudes), et, d'autre part, la cyanose peut évoluer, bien que plus rarement, sans polyglobulie.

Il nous a été donné d'examiner quelques cas de cette dernière catégorie : une lésion congénitale du cœur, avec cyanose, légère à vrai dire, ne s'accompagnant pas d'augmentation du nombre des globules. Tel un enfant qui présenta un chiffre constant (de 4 à 5 millions) de globules pendant plusieurs années, sans trouble apparent de la santé. De même des adultes, également peu gênés par leur lésion, n'avaient qu'une polyglobulie légère, ne dépassant pas 5,500,000 à 6,000,000 de globules.

Par contre, dans d'autres cas — et ceux-ci sont les plus habituels —, à partir du moment où les signes fonctionnels commencent à apparaître avec la gêne respiratoire, la polyglobulie augmente progressivement pour atteindre en plusieurs mois ou en deux ou trois ans le chiffre de 8 à 9 millions.

Lorsque la polyglobulie présente ce caractère de la progression, ce dont on se rend compte en faisant des examens à quelques semaines de distance, on peut être assuré de la gravité du pronostic. C'est ainsi que nous avons observé une malade cyanotique depuis son enfance, mais bien portante jusqu'à quinze ans, qui commença à présenter à ce moment de la gêne respiratoire

persistante; en un an le chiffre des globules passa de 5,500,000 à 8,570,000 et la patiente succomba. La littérature renferme beaucoup de cas analogues; dans les faits de ce genre qui ont été relatés, nous avons toujours remarqué que les sujets chez lesquels la polyglobulie avait atteint ce chiffre étaient condamnés au séjour presque permanent au lit et voués à une mort prochaine.

En résumé, si l'on veut se rendre compte du pronostic probable de la cyanose liée aux lésions congénitales du cœur, il est nécessaire de faire des examens répétés du sang. Si la polyglobulie augmente progressivement et dépasse le chiffre de 6,000,000, on en pourra conclure à la perte prochaine de toute activité et à l'issue fatale de la maladie dans l'espace de quelques mois à deux ou trois ans.

Sur l'élimination des chlorures et de l'acide phosphorique dans la glycosurie expérimentale.

MM. R. Lépine et **Maltet.** — Nous avons montré que le passage du sucre à travers le rein favorise l'excrétion des chlorures par rapport à l'urée (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 143). Nous pouvons ajouter aujourd'hui que l'excrétion de ces sels est également très augmentée par rapport à l'ensemble des éléments de l'urine, ainsi que le prouve l'abaissement très marqué du rapport entre le point cryoscopique et le taux des chlorures. Au contraire, le rapport entre le point cryoscopique et le taux de l'acide phosphorique est très augmenté.

Ainsi, le passage des molécules de sucre à travers le rein *favorise* l'excrétion des chlorures et *gêne* celle de l'acide phosphorique. L'un de nous, depuis 1886, a maintes fois insisté sur cet antagonisme que l'on peut constater dans différentes conditions anomales de la sécrétion urinaire.

Toxicité, pour le cobaye tuberculeux, du liquide céphalo-rachidien provenant de sujets atteints de méningite tuberculeuse.

M. Delille. — J'ai injecté à des cobayes tuberculeux ou sains, par la méthode intracérébrale de Roux et Borrel, une quantité constante (un demi-centimètre cube) de différents échantillons de liquide céphalo-rachidien centrifugé et aseptique, provenant de sujets atteints de méningite tuberculeuse.

Dans 4 cas sur 6, j'ai obtenu la mort des cobayes tuberculeux en moins de dix-huit heures, tandis que les témoins ont survécu une ou plusieurs semaines. Je crois donc qu'il existe dans ces cas des toxines tuberculineuses dans le liquide céphalo-rachidien.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sténoses cicatricielles du pylore consécutives à l'ingestion de liquides caustiques, par MM. Quénu et J. Petit.

Sténose pylorique à début relativement précoce, et mort presque fatale à plus ou moins brève échéance, par cachexie progressive, telle est la marche habituelle des brûlures de l'estomac, lorsque le malade a échappé aux accidents immédiats causés par ces brûlures. Mais à côté de ces faits, où les troubles consécutifs apparaissent de bonne heure, il en est d'autres moins connus, où les symptômes de sténose pylorique ne se développent que très tardivement (plusieurs années après la pénétration du liquide caustique dans l'estomac). MM. Quénu et Petit ont eu l'occasion d'observer un cas de ce genre, chez un homme de vingt-neuf ans dont les troubles gastriques n'apparurent que plus de trois ans après l'ingestion d'une gorgée d'acide chlorhydrique. Comme conséquence immédiate de l'accident, il avait eu, il est vrai, des troubles de la déglutition; au vingtième jour il s'était trouvé dans l'impossibilité absolue d'avaler même les aliments liquides, et, pendant trois ans, il dut à plusieurs reprises séjourner à l'hôpital, pour être soumis au cathétérisme œsophagien. Dans le courant de la quatrième année, alors qu'on le considérait comme très amélioré et pour ainsi dire guéri, il éprouva des symptômes gastriques, sous forme de douleurs à l'épigastre, suivies de gonflement du ventre après les repas. Cependant il ne vomissait pas et, durant trois années, il put s'alimenter comme tout le monde, prenant seulement le soin de mastiquer longuement les aliments solides et de les avaler prudemment. Ce n'est qu'au début de la septième année que les troubles gastriques s'exagérèrent et que le patient se mit à vomir ses repas. Bientôt les vomissements devinrent presque journaliers, se produisant un quart d'heure après l'ingestion des aliments; l'œsophage se laissait aisément traverser par l'olive n° 16, et il était facile de s'assurer que les troubles étaient bien d'origine gastrique. La laparotomie montra que l'estomac, moyennement dilaté, ne présentait aucune sorte d'épaississement ni d'induration, mais qu'il existait sur la face antérieure du pylore, tout près du bord inférieur, une petite corde indurée perpendiculaire à l'axe pylorique. M. Quénu fit la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, et la guérison fut obtenue sans incident notable. Le malade a été revu, cinq mois après l'opération, dans un excellent état de santé.

Pour expliquer cette aggravation tardive des accidents gastriques dans les brûlures de l'estomac, on peut admettre qu'il se produit, au contact du liquide caustique, des lésions pyloriques immédiates qui s'accentuent peu à peu à la façon des lésions inflammatoires de l'urèthre. On peut aussi se demander s'il ne s'agit pas d'altérations des glandes stomacales conduisant à un mauvais fonctionnement de l'estomac et à des altérations consécutives du pylore. En d'autres termes, dans la première hypothèse, la lésion pylorique serait immédiate, mais très légère, et ne deviendrait importante que longtemps après, tandis que, dans la deuxième hypothèse, elle ne serait que le résultat d'altérations étendues au reste de l'estomac, aboutissant à la formation d'un ulcère secondaire sténosant du pylore.

Au point de vue du traitement, MM. Quénu et Petit comparent les résultats obtenus, chez 35 malades, soit par la *dilatation du pylore*, aveugle et insuffisante, soit par la *pylorectomie*, qui a fourni 4 succès sur 4 cas, soit par la *pyloroplastie* qui comporte une mortalité de 21.7 % (5 morts sur 23 opérations), soit enfin par la *gastro-entérostomie*, qui a donné 2 morts sur 7 opérations. Les chiffres bruts pourraient faire pencher en faveur de la pylorectomie; cependant, les auteurs accordent la préférence à la gastro-entérostomie, qui est plus bénigne que la pylorectomie et qui semble prévenir mieux l'apparition soit d'une récidive, soit d'une complication ulcéreuse. (*Rev. de chir.*, janvier et février 1902). — M. C.

Hydarthrose syphilitique volumineuse et précoce, par MM. F. de Grandmaison et L. Boidin.

Si les manifestations viscérales, articulaires, nerveuses, etc., de la syphilis s'observent surtout à la période tertiaire, il ne faut pas oublier cependant que la vérole est, à toutes ses phases, une maladie infectieuse générale : les pleurésies et néphrites précoces, apparaissant au cours de la période secondaire, sont bien connues. L'observation relatée par MM. de Grandmaison et Boidin montre que les séreuses articulaires peuvent, elles aussi, être touchées par le virus syphilitique très peu de temps après la contamination.

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans qui, trente jours après l'apparition d'un chancre infectant, présenta, en même temps que de la roséole, une hydarthrose assez volumineuse du genou gauche. Cet épanchement rétrocéda en une semaine environ sous l'influence du traitement spécifique associé au repos et à l'application d'un vésicatoire sur l'articulation atteinte. Mais au bout d'un mois, le malade ayant cessé l'usage des préparations hydrargyriques, l'hydarthrose se reproduisit, en même temps que survenaient des manifestations cutanées caractéristiques : syphilides papuleuses, alopécie, etc.; à ce moment, le genou gauche était très volumineux, surtout au niveau du cul-de-sac sous-tricipital et des culs-de-sac latéraux; on y percevait facilement le choc rotulien, et la fluctuation y était des plus nettes. Grâce à une série d'injections sous-cutanées quotidiennes de 0 gr. 005 milligr. de bi-iodure de mercure, tout rentra bientôt dans l'ordre.

Bien que cet homme fût suspect de tuberculose (il avait eu six ans auparavant une pleurésie, et deux années plus tard, au cours d'une pneumonie franche aiguë, de nouvelles manifestations pleurales), les auteurs croient pouvoir affirmer que la syphilis était bien la cause de l'hydarthrose en question; outre sa guérison rapide — et à deux reprises différentes — au moyen de la cure mercurielle, ils invoquent à l'appui de leur opinion les résultats fournis par l'examen cytologique de la sérosité articulaire; la lymphocytose y était, il est vrai, assez abondante (73 %), mais elle s'accompagnait d'une mononucléose indiscutable (11 %) qui fait défaut dans les processus tuberculeux; en outre, les polynucléaires persistaient, quoique diminués de nombre (16 %). C'est là une formule assez spéciale, qui, peut-être, pourra servir à reconnaître les épanchements d'origine syphilitique.

En ce qui concerne la localisation de l'hydarthrose au genou gauche, MM. de Grandmaison et Boidin l'attribuent à la profession du patient : celui-ci était menuisier et, dans la manœuvre du rabot, tout le poids du corps porte sur la jambe gauche; il se produit ainsi un véritable surmenage de l'articulation fémoro-tibiale du même côté. (*Arch. gén. de méd.*, janv. 1902.)

Le cholestéatome du sein, par M. L. Dor.

Il règne une grande confusion dans la question du cholestéatome en général; par suite de l'habitude que les otologistes ont prise de désigner sous ce nom des masses cholestéariques qui s'accumulent dans les cavités de l'oreille et qui n'ont rien de néoplasique, le terme de cholestéatome n'évoque pas, pour beaucoup de cliniciens, l'idée des tumeurs cérébrales, d'ailleurs relativement rares, qui seules méritent cette dénomination. Les anatomo-pathologistes eux-mêmes ne sont pas d'accord sur la définition du cholestéatome néoplasique, les uns réservant cette appellation à une variété de tumeur exceptionnelle chez l'homme, mais fréquente chez le cheval, le cholestéatome *massif*, tandis que les autres considèrent comme cholestéatomes à la fois ces tumeurs massives et les tumeurs *perlées* dont le centre renferme de la cholestérine.

Le néoplasme du sein qui a été le point de départ du présent travail appartient, d'après M. Dor, au groupe des cholestéatomes massifs, dont l'étude révèle une structure rappelant d'une façon frappante celle du tissu sous-arachnoïdien. Dans cette manière de voir, le cholestéatome massif serait un *endothéliome* résultant de la prolifération des cellules endothéliales tapissant les fibrilles décrites par Axel Key dans les espaces sous-arachnoïdiens; les cellules endothéliales proliférées s'infiltrent de cholestérine au point d'en être gorgées et de disparaître même, par suite de cette imprégnation.

Pour expliquer l'apparition d'un cholestéatome dans le sein, de même que dans le testicule, l'ovaire ou les diverses autres glandes où l'on a signalé cette sorte de néoplasme, il faut admettre qu'il s'agit de faits purement tératologiques, ou bien il faut accepter comme démontrée l'existence de cellules endothéliales, analogues à celles d'Axel Key, se prolongeant tout le long de la gaine des nerfs : dans ces conditions un cholestéatome pourrait prendre naissance dans n'importe quel point de l'économie où se trouvent des nerfs, c'est-à-dire à peu près partout. En ce qui concerne l'observation de cholestéatome du sein qu'il a recueillie, et qu'il pense être la première que l'on ait publiée, M. Dor estime qu'il s'agissait très probablement d'une production purement tératologique. (*Rev. de chir.*, janvier 1902.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

L'empoisonnement par la benzine, par M. Dorendorf.

M. Dorendorf a observé, à la clinique de M. le professeur Gerhardt (de Berlin), 2 cas d'empoisonnement par la benzine, dont l'intérêt réside surtout dans l'origine professionnelle de l'intoxication.

Le premier concerne un homme de trente-sept ans qui, après avoir travaillé huit mois dans une fabrique de câbles et de caoutchouc, ressentit les premières atteintes de son mal, sous

forme de violentes douleurs dans les muscles et les articulations des membres, particulièrement du côté droit; il fut soigné à cette époque pour un rhumatisme articulaire chronique, puis il retourna à sa fabrique où on l'employa à la vulcanisation du caoutchouc; pendant cette seconde période de travail, il souffrit continuellement de douleurs dans les membres et de maux de tête, se plaignant en outre de manque d'appétit, si bien qu'au bout de huit mois il fut obligé de rentrer à l'hôpital. A ce moment, il avait des lourdeurs de tête, des absences de mémoire, de la difficulté de la parole, de l'inappétence; il ressentait, de plus, une lourdeur pénible dans les membres, surtout à droite, ainsi que de violentes douleurs survenant par accès et qu'il localisait dans les os des membres, tandis qu'une sensation de froid continuelle dans la main et la jambe droites l'incommodait au point qu'il en perdait le sommeil. A l'examen, on constata une diminution générale de la force musculaire, plus notable à droite qu'à gauche; de même, la température cutanée était plus basse du côté droit qu'à gauche. Le plexus brachial du même côté, les nerfs médian, radial, cubital, tibial et péroniers (superficiel et profond) étaient douloureux à la pression; la compression du cubital gauche provoquait aussi une légère douleur. Pas d'atrophie musculaire; les réactions électriques des nerfs et des muscles étaient intactes; les réflexes patellaires se trouvaient exagérés; on remarquait du tremblement des mains, des trémulations fibrillaires de la langue et des paupières, du nystagmus. La sensibilité n'était pas altérée. Le sang renfermait 5 millions d'hématies par centimètre cube et 85 % d'hémoglobine (à l'hémomètre de Gowers). Au bout de deux mois, le patient quittait l'hôpital guéri.

Le second fait est relatif à un tourneur de quarante-cinq ans, occupé dans la même fabrique que le précédent malade. L'atelier dans lequel il travaillait servait en même temps à la vulcanisation à sec du caoutchouc, mais cet homme prétendait avoir été incommodé surtout par les vapeurs s'échappant d'un local contigu, dans lequel on pratiquait la vulcanisation humide. Peu de jours après son entrée à la fabrique, il avait ressenti des troubles gastro-intestinaux (perte d'appétit, alternatives de diarrhée et de constipation, vomissements) auxquels s'ajoutèrent des maux de tête et de l'insomnie. Admis à l'hôpital pour une violente gastro-entérite, on constata chez lui l'existence de symptômes nerveux assez accusés : dès que son intestin lui laissa quelque répit, il se plaignit de lourdeur et de douleur dans le bras droit, ainsi que d'une sensation de froid et de fourmillements dans l'avant-bras et la main droite; il existait aussi, dans ce cas, une diminution de la force musculaire, une exagération considérable des réflexes tendineux, de la sensibilité des troncs nerveux à la pression, du nystagmus et du tremblement des mains et de la langue.

Des recherches ultérieures, dans la fabrique où travaillaient ces deux malades, permirent de constater que l'atmosphère des ateliers était saturée de vapeurs d'un mélange de chlorure de soufre et de benzine, servant à la vulcanisation du caoutchouc. M. Dorendorf fit avec ce mélange quelques recherches toxicologiques sur un cobaye, qui fut soumis journellement à l'action de ces vapeurs jusqu'à l'apparition de tremblement et de convulsions; l'animal succomba au bout de quatorze jours; à l'autopsie, on trouva une quantité d'ecchymoses sous-pleurales, ainsi qu'un dépôt de pigment ocre dans les différents organes, spécialement dans la rate; les cellules ganglionnaires de l'axe cérébro-spinal, traité par la méthode de Nissl, présentaient une forte chromatolyse.

Le chlorure de soufre étant relativement peu toxique, l'auteur répéta ces expériences avec de la benzine du commerce et obtint un résultat identique. Il attribue l'intoxication à des impuretés contenues dans la benzine ordinaire, car, en se servant de benzine rectifiée, il n'a pas réussi à provoquer chez l'animal d'autres symptômes qu'un léger étourdissement.

Des recherches bibliographiques ont, en outre, permis à M. Dorendorf de retrouver la relation de quelques faits d'empoisonnement chronique par la benzine, dont la symptomatologie présentait une grande analogie avec celle des cas que nous venons de résumer. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.) — A. J.

Contribution à la pathologie du grand sympathique, par M. Max Buch.

Le grand sympathique est ordinairement considéré comme insensible. Cependant, dans des expériences antérieures, M. Buch a démontré qu'en certaines circonstances ce nerf pouvait devenir le siège de douleurs spontanées ou provoquées; dès lors, on doit s'attendre à observer ces douleurs en clinique, et c'est en effet ce qui résulte des faits relatés dans le présent travail.

La névralgie du sympathique est assez commune, mais généralement elle est méconnue : on la prend pour une ovarialgie, une gastralgie, une dysménorrhée douloureuse. Dans bien des cas, pourtant, un examen direct et attentif démontre que l'ovaire, l'estomac, l'utérus sont parfaitement insensibles et que la douleur correspond à une région que n'occupe pas l'organe incriminé : en cas d'entéroptose, par exemple, on ne peut mettre les douleurs du creux épigastrique au compte de l'estomac, situé beaucoup plus bas.

La névralgie du grand sympathique offre deux caractères principaux : elle produit tout d'abord une sensation spéciale, d'une modalité presque indéfinissable, rappelant plus ou moins la colique intestinale, la contraction utérine ou même l'angine de poitrine; en second lieu, elle se manifeste le plus souvent par ses irradiations. Celles-ci présentent elles-mêmes quelques particularités : elles occupent habituellement une vaste surface, portent sur un organe ou une région fort éloignés de leur lieu d'origine et peuvent être reproduites en quelque sorte à volonté quand on comprime le segment malade du sympathique; cette compression détermine d'ailleurs, par elle-même, une douleur extrêmement vive.

Le diagnostic de la névralgie du sympathique n'est pas aisé, surtout lorsqu'on n'est pas prévenu de la possibilité de son existence. Les difficultés sont quelquefois aggravées par ce fait qu'entre le segment du sympathique, cause et siège de la névralgie, et la région où se produisent les irradiations, il peut y avoir discontinuité de la douleur. Pour reconnaître alors le point de départ de ces irradiations, il faut se livrer à la palpation méthodique de toute la portion accessible du sympathique. Au cou, le ganglion supérieur peut être facilement comprimé au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien; les ganglions moyen et inférieur, souvent réunis, sont également abordables en enfonçant les doigts derrière les clavicules; au niveau de l'abdomen, il faut explorer les parties latérales de la colonne vertébrale et obtenir dans ce but le relâchement complet de la musculature pariétale, mais les irradiations douloureuses du côté de la paroi rendent parfois cette exploration difficile. Au cours de l'examen, il arrive quelquefois qu'on rencontre un segment du sympathique dont la compression supprime ou, du moins, calme les douleurs de la névralgie; le foyer de cette dernière se reconnaît, au contraire, à la douleur exquise et constante que provoque toute pression à son niveau. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 3 et 4.) — R. DE B.

Absence de la réaction de Storch dans un lait de femme non toléré par le nourrisson, par M. A. Nordmann.

Dans les rares occasions où le lait maternel n'est pas supporté par le nourrisson, il est généralement impossible de trouver la raison de cette intolérance dans les résultats de l'analyse chimique; aussi nous paraît-il utile de signaler la particularité relatée dans le présent travail.

Une femme de vingt-six ans, ayant accouché quatre ans auparavant et ayant nourri son premier enfant, mit au monde un second enfant du poids de 3,500 grammes et en commença l'allaitement. Dès les premiers jours, cependant, le nourrisson se mit à pleurer et à s'agiter après chaque tétée : on imputa tout d'abord ces troubles à un ictère assez intense et assez prolongé qu'il présentait. Mais au bout de cinq à six semaines, en présence de la persistance de ces manifestations, de la faible augmentation du poids corporel (15 grammes par jour) et de l'aspect un peu grumeleux des selles — qui étaient toutefois de coloration normale et ne contenaient pas de graisses — on se prit à suspecter les qualités du lait maternel. L'enfant fut alors soumis à l'alimentation par le lait de vache, et les troubles précités disparurent aussitôt. Après trois jours, on voulut le remettre au sein, mais les mêmes incidents s'étant reproduits, on dut y renoncer définitivement.

La composition chimique du lait maternel était cependant normale, sauf peut-être un léger déficit de matières grasses; par contre, la réaction de Storch faisait défaut. On sait que cette réaction consiste à additionner le lait cru d'eau oxygénée; celle-ci se décompose et, en présence de la paraphényldiamine, donne au lait une coloration bleue; ce phénomène ne se produit pas quand le lait a été soumis à une température d'au moins 80°. La réaction de Storch, étudiée dans le lait de vache, s'observe aussi avec le lait de femme, comme M. Nordmann a pu s'en convaincre dans trois cas; on admet généralement qu'elle se fait à la faveur d'un ferment que détruirait la chaleur : il est très possible que ce ferment soit nécessaire à la digestion, et son absence dans le lait de la femme dont il est ici question fut peut-être la cause des troubles digestifs observés. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, février 1902.) — R. DE B.

Du cancer primitif du temporal, par M. Sturm.

Le malade dont M. Sturm relate l'observation est un homme âgé de quarante-deux ans, atteint depuis son enfance d'une otorrhée droite, et qui commença à éprouver, au mois d'avril 1900, une série de troubles, tels que vertiges, bourdonnements, douleurs d'oreille irradiant dans toute la moitié droite de la face. L'examen objectif révéla l'existence d'une fistule au niveau de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, et de granulations au fond de ce canal. La suppuration était très abondante, mais l'état général de cet homme était satisfaisant et rien ne pouvait faire soupçonner une complication d'une gravité quelconque.

Comme le patient demandait cependant à être soulagé, on se décida à ouvrir l'apophyse mastoïde et on fut tout étonné de trouver les cellules mastoïdiennes, l'antre et la caisse, transformés en une vaste cavité remplie de granulations suspectes et dont les parois osseuses avaient perdu leur périoste et présentaient de nombreux trajets fistuleux. La dure-mère qui faisait saillie dans cette cavité était également couverte de granulations. On se borna à enlever les masses granuleuses; l'examen microscopique auquel on les soumit montra que les soupçons qu'on avait conçus quant à leur nature étaient justifiés : il s'agissait d'un carcinome épithélial.

En présence de ce diagnostic, la seule opération indiquée était l'ablation complète du temporal jusqu'au niveau du canal carotidien, et au besoin du labyrinthe. Mais, vu la gravité de l'intervention et l'impossibilité où l'on se trouvait de garantir un résultat favorable, le malade refusa de se laisser opérer de nouveau. Il mourut de cachexie six mois environ plus tard.

Comment expliquer, se demande M. Sturm, la production d'un carcinome épithélial primitif dans les cavités de l'oreille moyenne qui, à l'état normal, ne renferment pas d'épithélium pavimenteux?

Pour résoudre cette question, on peut adopter l'explication proposée par R. Volkmann relativement à la formation du carcinome épithélial au niveau des os longs des membres, en cas de fistules consécutives à la carie ou à l'ostéomyélite : parfois ces fistules, au lieu de se fermer, deviennent permanentes; n'étant plus protégées par le tissu de granulation qui les entoure au début, elles se laissent alors envahir par le revêtement cutané de l'extrémité; bientôt tout le canal se trouve tapissé par l'épiderme qui pénètre quelquefois assez profondément et peut devenir le point de départ d'un carcinome.

Il en serait de même du cancer de l'oreille moyenne. On sait que c'est à la pénétration de l'épiderme du conduit auditif dans la caisse du tympan qu'est due la production des cholestéatomes, assez fréquents dans cette région. Pourquoi ne pas admettre que dans certains cas, heureusement rares, il puisse se former, au lieu d'un cholestéatome, un carcinome, surtout lorsqu'il s'agit de suppurations très anciennes et ayant été complètement négligées?

Comme le carcinome épithélial des extrémités, celui de l'oreille moyenne manifesterait, d'après M. Sturm, peu de tendance à la généralisation ganglionnaire et aux métastases. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XL, 2-3.) — S. J.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Ulcère de l'œsophage confondu avec la tuberculose pulmonaire, par M. Mark J. Knapp.

La symptomatologie des maladies de l'œsophage est, en général, assez mal connue. En ce qui concerne particulièrement l'ulcère simple de ce conduit, on sait que l'existence même de cette affection avait été très longtemps contestée et qu'aujourd'hui encore les traités classiques sont fort sobres de renseignements à son égard. Or, d'après l'expérience de M. Knapp, l'ulcère de l'œsophage serait loin de constituer une lésion rare, puisque dans l'espace d'une dizaine de mois l'auteur a eu l'occasion de l'observer cinq fois.

Ce qui contribuerait surtout à faire méconnaître la localisation de l'ulcère simple à l'œsophage, c'est qu'elle se laisserait facilement confondre avec la tuberculose pulmonaire. En effet, les deux symptômes dominants par lesquels se traduit l'ulcération des parois œsophagiennes sont la douleur et l'hémorrhagie. La première est souvent mal interprétée en raison de sa localisation plus ou moins vague et des irradiations dont elle s'accompagne. Quant à l'hémorrhagie, elle peut passer inaperçue lorsque le sang pénètre dans l'estomac; par contre, dans les cas où il est rejeté par la bouche, on sera souvent porté à lui attribuer une origine pulmonaire, et cela d'autant plus que sa coloration rouge vif militera particulièrement en faveur de cette hypothèse.

Le diagnostic différentiel sera, il est vrai, relativement facile si l'examen du thorax ne dénote aucune altération du côté des poumons; mais, pour peu qu'il existe de la toux avec expectoration et qu'à l'auscultation on perçoive quelques râles, on ne songera guère qu'à la tuberculose pulmonaire, tandis qu'en réalité l'hémorrhagie peut être complètement indépendante des lésions de l'appareil respiratoire et provenir d'un ulcère de l'œsophage. Le diagnostic est alors très malaisé, et on ne peut trancher la question sans recourir au cathétérisme œsophagien. Aussi doit-on instituer, avant tout, un traitement symptomatique ayant pour but d'arrêter l'écoulement sanguin; puis, au bout de quelques jours, lorsque toute trace d'hémorrhagie aura disparu, on procédera au cathétérisme : s'agit-il d'un ulcère de l'œsophage, la sonde stomacale ne manquera pas de provoquer, au voisinage de la lésion, une irritation de la paroi du conduit, se traduisant par une contraction spasmodique qui rendra impossible toute progression ultérieure de l'instrument. Il va de soi que, pour pouvoir attribuer à ce phénomène une valeur diagnostique positive, il faut que le cathétérisme soit pratiqué par une main rompue à toutes les difficultés de cette petite opération. (*Med. Record*, 1er mars 1902.) — L. CH.

Cause et prophylaxie des abcès développés autour des points de suture, par M. A. E. Maylard.

Les abcès se formant autour des points de suture sont dus, comme on le sait, à l'infection du trajet des fils par les microbes situés dans la profondeur de l'épiderme ou des glandes de la peau. Le nettoyage mécanique et la désinfection du revêtement cutané étant sans action sur ces germes, M. Maylard vient d'expérimenter la technique suivante :

Après le brossage et le savonnage habituels de la peau, on exécute pendant cinq à dix minutes une friction avec de la lanoline contenant 20 % d'oléate de mercure; on place ensuite une compresse enduite du même mélange et l'on recouvre le tout d'un pansement imperméable; au bout de vingt-quatre heures, on procède à une nouvelle friction et à un nouveau pansement; le jour suivant, on opère après avoir simplement essuyé la région. Cette préparation semble suffisante; d'ailleurs, une application plus prolongée de la pommade hydrargyrique amène une inflammation cutanée qui, pour être aseptique, n'en est pas moins gênante. L'auteur n'a pas observé d'intoxication, malgré l'étendue ou la répétition des onctions. Des expériences faites sur des cultures microbiennes pures lui ont démontré, d'autre part, l'action bactéricide de la pommade dont il s'agit.

Pour apprécier la valeur de ce procédé, M. Maylard réséqua chez 14 malades, au moment d'opérer, un petit fragment de peau et un petit fragment de tissu cellulaire sous-cutané. Celui-ci fut soumis à l'analyse chimique; mais soit à cause de ses faibles dimensions, soit par suite de l'absence réelle de métal, on ne put jamais y déceler de traces de mercure. Quant au fragment dermo-épidermique, on l'introduisait dans un tube de bouillon; les fragments ainsi ensemencés se montrèrent 4 fois stériles; chez 2 malades on avait prélevé deux fragments : l'un fut stérile et l'autre donna naissance à des colonies soit de *Staphylococcus albus*, soit de *Bacillus subtilis*; dans les 8 cas restants on trouva diverses espèces microbiennes (*Staphylococcus albus* et *citreus*, *Diplococcus epidermidis albus* et *Sarcina lutea*). L'auteur estime que ces résultats sont supérieurs à ceux qu'ont obtenus les expérimentateurs ayant étudié jusqu'ici la teneur microbienne de la peau après les procédés habituels de désinfection.

Au point de vue clinique, M. Maylard a appliqué cette technique à 50 opérés : la ligne de suture présenta 2 fois un léger érythème et 4 fois une inflammation septique plus ou moins marquée; mais il est bon d'ajouter que, sur ces 4 derniers cas, 3 concernaient des adénites tuberculeuses et le quatrième un vieux trajet fistuleux. (*Ann. of Surgery*, janvier 1902.) — R. DE B.

Un cas de tuberculose cutanée consécutive à une inoculation accidentelle de tuberculose bovine, par M. M. P. Ravenel.

L'année dernière, lors de la discussion à laquelle a donné lieu la retentissante communication de M. Koch sur la non-identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose des bovidés, l'auteur, en combattant la manière de voir du bactériologiste allemand, a relaté 5 cas de tuberculose humaine où l'infection était nettement d'origine bovine (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 251). Il en ajoute aujourd'hui un sixième, ayant trait à un médecin qui, au cours de l'autopsie de deux vaches auxquelles on avait inoculé la tuberculose, se blessa légèrement à la face antérieure du poignet. La plaie, immédiatement lavée avec de l'eau, puis abandonnée à elle-même, ne tarda pas à se cicatriser. Mais, au bout d'environ quatre semaines, la cicatrice se tuméfia et devint rouge et quelque peu sensible, en même temps que ses dimensions augmentaient rapidement; bientôt, on se trouva en présence d'un nodule ayant 15 millimètres de long sur 8 millimètres de large. On en pratiqua l'excision. Une portion du nodule servit à faire des inoculations sous-cutanées à 2 cobayes, qui présentèrent, peu après, une tuberculose généralisée. L'autre portion ayant été soumise à l'examen microscopique, on y décela la présence de nombreuses cellules géantes et de bacilles de Koch également en grand nombre, contrairement à ce qu'on observe d'habitude dans la tuberculose cutanée.

M. Ravenel estime que les cas de ce genre, sans élucider complètement la question de la transmissibilité de la tuberculose des bovidés à l'homme, prouvent, tout au moins, que le bacille de provenance bovine trouve dans les tissus humains des conditions favorables à sa pullulation et y détermine les manifestations qui lui sont propres, alors même qu'il s'agit d'un milieu de culture aussi peu propice que la peau. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, février 1902.) — L. CH.

Périnéorrhaphie chez une fillette de neuf ans pour une rupture périnéale produite par l'accoucheur au moment de la naissance, par M. H. A. Royster.

Dans le présent travail, M. Royster étudie une variété de rupture périnéale qui semble n'avoir encore jamais été signalée.

Une petite fille, bien portante et âgée de neuf ans quand l'auteur la vit pour la première fois, avait été mise au monde par un médecin — son propre grand-père — qui prit sans doute une présentation du siège pour une présentation de la face et, afin d'aider au dégagement, enfonça son doigt dans l'anus, croyant l'enfoncer dans la bouche. Ces tractions intempestives eurent pour effet de déchirer le périnée. La plaie se cicatrisa cependant sans encombres : lorsque M. Royster exécuta la périnéorrhaphie, on trouvait une fente bordée de tissus cicatriciels, et allant de l'anus au vagin dans lequel elle pénétrait à une profondeur de 2 à 3 centimètres; le sphincter externe était déchiré, mais il n'y avait pas d'incontinence.

L'auteur n'a pu relever dans la littérature médicale aucun fait semblable, mais M. Payne lui a communiqué verbalement un cas analogue : il s'agissait encore d'une présentation du siège et la sage-femme, pensant à une présentation de la face, introduisit le doigt dans l'anus et déchira le périnée par ses tractions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars 1902.) — R. DE B.

Péritonite à gonocoques, par MM. L. Frank et H. Köhler.

La rareté des péritonites gonococciques dûment constatées nous engage à résumer l'observation relatée par MM. Frank et Köhler.

Chez une négresse, qu'on croyait atteinte d'obstruction intestinale et dont la maladie avait débuté huit jours auparavant par une brusque sensation de déchirure à l'intérieur de l'abdomen, on sentait une tuméfaction du flanc gauche, ce qui, joint aux autres symptômes, fit porter le diagnostic de tumeur abdominale compliquée de péritonite. L'administration d'huile de croton et quelques lavements ayant eu raison de l'obstruction intestinale, il se produisit une légère amélioration. Mais, vers le quinzième jour, la jambe devint insensible, froide et cyanosée : un sillon d'élimination apparut bientôt à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen. En même temps la parotide gauche se tuméfiait et l'état général déclinait rapidement; la malade succombait trois jours plus tard.

A l'autopsie, on trouva de la péritonite : un liquide sanio-purulent, ayant la consistance d'une gelée, et provenant de la rupture d'un abcès tubaire droit, remplissait la fosse iliaque du même côté. L'utérus était fibromateux et un de ces fibromes était en voie de suppuration. Du côté gauche — celui où l'on avait reconnu l'existence d'une tumeur — existait un énorme pyosalpinx contenant plus d'un demi-litre de pus. Au niveau de la bifurcation de l'artère poplitée siégeait un caillot oblitérant ce vaisseau, ainsi que les deux artères tibiales. L'examen de l'exsudat péritonéal, de la parotide et du thrombus artériel démontra la présence, à l'état de pureté, d'un microbe rappelant absolument le gonocoque par ses caractères morphologiques; de plus, il se décolorait par la méthode de Gram et ses ensemencements sur gélatine, bouillon et agar demeurèrent stériles. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Des myospasies en général, et de la myospasie athétosique en particulier, par M. A. Marina.

Du grand nombre de critères tour à tour utilisés pour différencier les diverses affections nerveuses qui se traduisent par des spasmes musculaires et que l'on désigne aujourd'hui sous le nom commun de myoclonies, aucun ne remplit complètement son but : la distinction entre les spasmes d'origine spinale et ceux qui auraient leur source dans une excitation cérébrale est caduque, car de plus en plus on tend à admettre que toutes les myoclonies sont corticales; les différences tirées de la diffusion des spasmes à un nombre plus ou moins considérable de masses musculaires ne sont pas davantage légitimes, puisqu'il existe tous les intermédiaires entre la secousse isolée d'un muscle ou d'un petit nombre de muscles (tic facial) et les contractions de la plupart des muscles du corps (*paramyoclonus multiplex*); enfin on ne peut même pas se baser, pour établir une classification, sur la nature tonique, clonique ou fibrillaire des contractions, ces diverses modalités pouvant se succéder ou se combiner sur le même malade. Aussi, dès 1888, M. Marina proposait-il une schématisation fort simple des *myospasies*, selon le terme qu'il emploie : il les divisait en myospasies *simples* (tics vulgaires, chorée électrique, paramyoclonus, pseudo-chorées laryngée et diaphragmatique, tic de Salaam), consistant uniquement en des contractions musculaires isolées, semblables à celles que détermine une excitation électrique, et en myospasies *impulsives* (chorée major, maladie des tics convulsifs, jumping et myriachit, etc.), ayant comme caractère commun l'apparition de

spasmes de plusieurs groupes musculaires, spasmes qui, même quand ils sont d'intensité modérée, sont irrésistibles et peuvent simuler des actes volontaires, tendant à un but déterminé. Un fait qu'il a eu l'occasion d'observer récemment lui paraît nécessiter la création d'un troisième groupe, celui des myospasies *athétosiques*.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, traité trois fois en trois années (1898-1900) pour une chorée de Sydenham récidivante et qui revint consulter l'auteur en novembre 1901 pour des « convulsions de l'épaule et du cou, du côté droit ». Ces convulsions commençaient par un lent mouvement d'élévation de l'omoplate droite, dû à la contraction de l'angulaire et du sus-épineux; puis entraient en jeu les rotateurs de l'omoplate en dedans : trapèze et rhomboïde, ensuite les rotateurs en dehors : grand et petit ronds et sous-épineux. A ce moment, se produisaient des mouvements de la tête, par contraction du splénius, du droit, de l'oblique et du sterno-cléido-mastoïdien. Une fois ces muscles relâchés, on voyait se contracter le deltoïde et les deux pectoraux; enfin, la scène se terminait par le spasme du triceps huméral. Du côté du membre inférieur, on ne notait que quelques contractions du quadriceps fémoral droit, qui devenaient peu à peu toniques, et diminuaient d'une façon également lente et progressive. La volonté était sans influence sur la production de ces mouvements, et le sommeil seul les faisait cesser. Ajoutons que l'excitabilité des muscles de la ceinture scapulaire était un peu augmentée aux courants faradiques, mais diminuée aux courants galvaniques. Un traitement par les courants continus amena la guérison en trois semaines.

Comme le fait observer M. Marina, la lenteur et la régularité de ces contractions musculaires rappelaient les mouvements athétosiques des doigts, d'où le nom de myospasie athétosique qu'il attribue à cette affection. (*Policlinico*, 8 mars 1902.) — F. F.

Occlusion intestinale due à des ascarides, avec étranglement herniaire, par M. A. PERASSI.

L'auteur relate l'observation d'un homme de soixante ans, porteur depuis nombre d'années d'une hernie inguinale jusque-là à peu près bien supportée, lorsque survinrent des troubles abdominaux caractérisés par des coliques, des digestions pénibles, de la constipation et un amaigrissement rapide. Cet état persistait depuis trois mois environ, quand ce vieillard fut pris un matin de symptômes d'étranglement (sensation de tension de la tumeur herniaire, devenue douloureuse et irréductible, nausées, hoquet, etc., etc.). Après quelques tentatives de taxis, d'ailleurs bien vite abandonnées, on pratiqua la kélotomie : le sac contenait une anse d'intestin grêle, noirâtre et vide, mais sans trace de perforation ni de sphacèle. Le collet du sac ayant été débridé, M. Perassi voulut se rendre compte de la cause pour laquelle l'intestin hernié ne renfermait aucune matière; dans ce but, il commençait à attirer doucement à l'extérieur, pour l'examiner, l'anse afférente, lorsqu'il eut l'impression qu'un corps mollasse, du volume d'une grosse noix, rétrocédait dans l'intestin à mesure qu'il dévidait celui-ci : c'était sans doute là la cause de l'obstruction, qui venait ainsi d'être éloignée. Après réduction, le canal inguinal fut reconstitué, et le ventre partiellement refermé.

Les suites opératoires furent tout à fait normales; mais au cinquième jour, comme le patient n'avait pas encore eu de selles malgré l'administration d'un lavement salé, on lui injecta dans le rectum un litre d'huile d'olive, et ce moyen, en même temps qu'il déterminait une débâcle, amena l'expulsion d'un certain nombre de gros ascarides, dont quatre étaient pelotonnés ensemble et représentaient vraisemblablement les agents de l'obstruction intestinale dont avait souffert cet homme. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, janvier 1902.) — F. F.

Mort subite par hémopéricarde consécutif à la rupture spontanée d'une veine pulmonaire, par M. A. BRUGNATELLI.

Un homme de soixante-trois ans est pris subitement, quelques minutes après avoir ingéré un grand verre d'eau glacée, d'une violente douleur au niveau de la région précordiale avec irradiations à l'épigastre et à l'abdomen, angoisse respiratoire, frissons intenses et vertiges; le visage est anxieux et très pâle, la peau, surtout aux extrémités, froide et humide. Transporté aussitôt à l'hôpital, le malade y succombait au bout de trois quarts d'heure, non sans avoir eu une selle involontaire, très fétide.

L'autopsie révéla de nombreuses varices aux membres inférieurs, ainsi que de l'athérome des vaisseaux basilaires; à l'ouverture du thorax, le péricarde apparut extrêmement dilaté : il renfermait environ 700 c.c. de sang *liquide*, dense et noirâtre; le cœur était volumineux, hypertrophié et dilaté dans son ventricule gauche, simplement dilaté au niveau du ventricule droit; l'orifice aortique était insuffisant, la crosse de l'aorte notablement ectasiée. La cause de l'épanchement hémorrhagique du péricarde était constituée par une fissure longitudinale, ayant environ un centimètre de longueur, de la veine pulmonaire supérieure droite.

Outre la rareté extrême des ruptures spontanées des veines pulmonaires, ce fait offre à considérer une particularité intéressante : le sang qui remplissait le péricarde était, avons-nous dit, entièrement liquide, ce qui permet de soupçonner ou l'existence d'un hydropéricarde antérieur ou l'intervention d'un état anomal du sang, car on sait que dans l'hémopéricarde le sang est d'ordinaire en grande partie coagulé. (*Gazz. degli Osped.*, 16 février 1902) — F. F.

Variole fœtale sans variole maternelle, par M. G. JACONTINI.

La variole fœtale est bien connue : il est fréquent de voir une varioleuse enceinte mettre au monde un enfant mort-né couvert de pustules varioliques. Par contre, on n'a observé que de rares exemples de variole fœtale *primitive*, la mère restant indemne, et encore ces quelques faits sont-ils contestés. Aussi nous paraît-il intéressant de résumer le cas relaté par M. Jacontini dans le présent travail.

Une femme de vingt-quatre ans, ayant eu déjà deux grossesses normalement terminées, accoucha pour la troisième fois, à terme, d'un garçon mort-né qui portait sur toute la superficie du corps de 20 à 30 pustules varioliques parfaitement caractérisées. La fin de la grossesse n'avait été troublée par aucun incident; après l'accouchement, la mère fut surveillée attentivement durant plusieurs jours : à aucun moment elle ne présenta la moindre élévation thermique ou n'eut de troubles de l'état général; quant à des manifestations exanthématiques, on constata seulement, au troisième jour après la délivrance, la présence sur chaque fesse, au point en contact avec le lit, d'une plaque rouge portant quelques minuscules pustules qui disparurent très rapidement et ne ressemblaient en rien à une éruption variolique.

Il importe d'ajouter que le village où a été observé ce fait était à ce moment le siège d'une épidémie de variole, et que notamment les deux enfants de cette femme avaient été atteints, le premier vers la fin du huitième mois ou le commencement du neuvième de la grossesse, le second une semaine et demie ou deux semaines plus tard, de sorte que, pendant une trentaine de jours avant l'accouchement, la patiente avait été en contact incessant avec des varioleux. (*Riforma med.*, 14 et 15 mars 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

La teinture d'iode dans le traitement de l'érysipèle, par M. P. TANFILIEV.

A l'heure actuelle, le remède qu'on emploie de préférence contre l'érysipèle est l'ichtyol. Ce médicament n'est pourtant pas exempt d'inconvénients : il est d'un prix assez élevé, est salissant, et dégage une odeur fort désagréable qu'il est souvent difficile de supporter, surtout quand une même pièce est occupée par plusieurs patients soumis à ce genre de traitement. De plus, il ne donne pas toujours des résultats très satisfaisants, et on se rappelle que M. N. Keirle a trouvé qu'il était avantageux d'associer aux applications d'ichtyol les badigeonnages à la teinture d'iode (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 88).

Ayant à soigner un grand nombre d'érysipélateux à l'hôpital militaire de Kharkov, M. Tanfiliev, après avoir d'abord essayé l'ichtyol, ne tarda pas à y renoncer et, sur le conseil de M. V. Satvarnitzky, il eut recours à la teinture d'iode qui, pour n'être pas aussi en vogue que l'ichtyol, n'en serait pas moins efficace. D'après l'expérience de l'auteur, elle se montrerait même plus énergique que tous les remèdes habituellement employés contre l'érysipèle.

Lorsque les lésions sont peu étendues, M. Tanfiliev badigeonne abondamment toute la partie atteinte en empiétant quelque peu sur la peau saine; dans le cas contraire, il se borne à étendre une couche de teinture d'iode sur la périphérie du foyer inflammatoire et sur les téguments sains avoisinants, de façon à obtenir une bande d'environ 4 centimètres de largeur. Les applications sont répétées au moins trois fois par jour, de manière à maintenir toujours la coloration brune foncée des parties badigeonnées.

Sur 42 sujets traités de la sorte, 2 seulement n'ont retiré aucun bénéfice des badigeonnages à la teinture d'iode; il est bon, toutefois, de faire remarquer que tous les autres médicaments usuels, y compris l'ichtyol, se sont également montrés sans effet chez eux. Dans 13 cas (dont 12 localisations à la face et 1 érysipèle compliquant une eschare sacrée), le processus morbide se trouva arrêté, sous l'influence de la teinture d'iode, dès les premières vingt-quatre heures, et la température tomba soit le jour même du premier badigeonnage, soit le lendemain matin. Dans 19 faits (17 érysipèles de la face, 1 localisation à la main et 1 cas d'érysipèle du coude), la maladie fut jugulée dans l'espace de quarante-huit heures. Chez 3 patients, l'affection se termina en trois jours; enfin, dans les 5 derniers cas, la durée du processus morbide varia entre cinq et huit jours.

Les applications de teinture d'iode n'ont jamais donné lieu, entre les mains de M. Tanfiliev, au moindre accident; on pourrait badigeonner même les paupières, sans provoquer aucune douleur. Parfois, on observe une éruption bulleuse localisée au niveau des parties badigeonnées et qui n'entraîne aucun phénomène fâcheux. La desquamation consécutive aux applications de teinture d'iode est, en général, très intense. (*Voienno-méd. journ.*, janvier 1902.) — L. CH.

Contribution à l'étude des manifestations nerveuses de la blennorrhagie chez la femme, par M. I. KALABINE.

L'auteur relate deux observations de localisation de la blennorrhagie sur des nerfs périphériques.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme âgée de vingt et un ans, qui, avant son mariage, avait toujours été bien portante et chez laquelle un écoulement génital verdâtre s'établit dès le troisième jour de la vie conjugale; deux jours après, la miction devint douloureuse, en même temps qu'il se déclarait de la fièvre et des douleurs dans le bas-ventre. Appelé auprès de la patiente le dixième jour de la maladie, M. Kalabine diagnostiqua une péritonite gonococcique et prescrivit un traitement approprié (applications de glace sur l'abdomen, opiacés à l'intérieur et en injections vaginales, etc.), qui ne tarda pas à amener une certaine amélioration. Mais, six jours plus tard, la malade commença à se plaindre de douleurs sur le trajet du nerf sciatique et d'une névralgie intercostale. L'auteur ordonna des onctions avec un mélange composé, par parties égales, de chloroforme et d'huile d'olives, ainsi que des enveloppements ouatés. Les manifestations névralgiques et les symptômes de péritonite se dissipèrent définitivement au bout d'une quinzaine de jours.

L'autre observation a trait à une jeune femme de dix-huit ans, exempte de tout antécédent pathologique et qui contracta, immédiatement après son mariage, une blennorrhagie avec localisations à l'urèthre, au vagin et au péritoine. On institua un traitement analogue à celui qui avait été employé dans le premier cas. Au quinzième jour de la maladie, il se déclara une névralgie sciatique assez intense. L'affection dura, en tout, cinq semaines; la patiente se rétablit complètement.

M. Kalabine estime que, chez ces deux femmes, il ne pouvait pas s'agir de névralgies

a frigore, attendu que les applications de glace furent faites avec toutes les précautions nécessaires. Il ne resterait, par conséquent, à invoquer, pour les manifestations nerveuses en question, que l'origine gonococcique, et cela d'autant plus que, chez les deux patientes, l'examen bactériologique a décelé, dans les sécrétions vaginales, la présence de l'agent pathogène de la blennorrhagie. (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janvier 1902.) — L. CH.

Un nouveau signe de tétanie : le phénomène du phrénique, par M. A. Soloviev.

L'auteur relate deux cas de tétanie qu'il a observés chez des adolescents, âgés l'un de seize ans et l'autre de dix-huit ans. En dehors des symptômes habituels de cette affection, tels que contractions provoquées par la compression des membres intéressés (*signe de Trousseau*) et excitabilité mécanique du facial (*phénomène de Chvostek*), les deux malades présentaient un trouble particulier, qui ne paraît pas avoir encore été décrit et qui consistait en des secousses rythmées de la moitié gauche du diaphragme. Les patients étant dévêtus, on voyait l'épigastre et l'hypocondre gauche animés de battements fréquents, en même temps qu'on constatait un soulèvement des côtes inférieures avec affaissement des espaces intercostaux. Ces phénomènes, synchrones aux systoles du cœur, mais indépendants du choc cardiaque proprement dit, étaient encore plus marqués à la palpation et ne disparaissaient que pendant les inspirations profondes. A chaque contraction du diaphragme, on percevait un bruit de sanglot, dû évidemment à la pénétration brusque de l'air dans le poumon dilaté par suite de l'abaissement du diaphragme.

Comme les deux malades étaient absolument indemnes de toute cardiopathie organique et que les battements en question restaient, d'ailleurs, strictement localisés à la région épigastrique et à l'hypocondre gauche, sans qu'on remarquât le moindre soulèvement anormal du côté du cœur, M. Soloviev attribua ces mouvements à des contractions isolées du diaphragme, interprétation dont le bien fondé fut confirmé par l'examen radiographique que M. E. Kojine pratiqua sur l'un des patients.

D'après l'auteur, le phénomène dont il s'agit ne serait autre chose qu'une manifestation particulière de cette excitabilité mécanique des nerfs et des muscles, qui caractérise, par excellence, la tétanie : de même que les irritations mécaniques du facial déterminent des contractions des muscles de la face, de même l'irritation directe du nerf phrénique gauche par les mouvements du cœur (ou de la crosse de l'aorte) provoquerait des secousses du diaphragme. Aussi M. Soloviev propose-t-il de désigner le symptôme en question sous le nom de *phénomène du phrénique*. (*Roussky Vratch*, 11 mai 1902.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du prolapsus du rectum au moyen d'injections de vaseline.

Depuis six mois, M. le docteur F. Karewski traite, à la policlinique de l'hôpital israélite de Berlin, les enfants atteints de prolapsus invétéré du rectum par les injections sous-cutanées de vaseline que M. le docteur R. Gersuny, chirurgien du « Rudolfiner-Haus » de Vienne, a préconisées comme moyen de prothèse chirurgicale (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 433). Voici quel est le procédé adopté, à cet effet, par M. Karewski : quarante-huit heures avant l'intervention, on commence par purger le petit patient; puis, le soir même qui précède l'injection, on lui administre 1 ou 2 grammes de sousnitrate de bismuth, afin d'immobiliser autant que possible l'intestin. Le champ opératoire une fois désinfecté, on procède à la réduction du prolapsus et, après avoir introduit un doigt dans le rectum, on fait l'injection prothétique autour de l'anus, entre la peau et la muqueuse, de manière à doubler le sphincter d'un anneau de vaseline. Après cette petite opération, on continue l'emploi du bismuth et on institue un régime approprié pour éviter qu'il ne se produise une selle pendant les premières vingt-quatre heures.

Notre confrère a eu l'occasion de traiter de la sorte 8 enfants dont l'âge variait de deux à huit ans, et il n'a enregistré qu'un seul insuccès, dans un cas où la préparation avait été insuffisante et les soins post-opératoires défectueux. Chez les 7 autres patients, la guérison paraît durable, l'intervention datant de deux à six mois. Dans la plupart des cas, une seule injection a suffi pour obtenir ce résultat; chez 2 malades, l'injection a dû être renouvelée, et chez un autre enfant on fut obligé d'en pratiquer trois. On n'a pas eu à noter d'accidents infectieux, alors même que la défécation se produisait pendant ou immédiatement après l'intervention.

En présence de ces résultats, M. Karewski se demande si le procédé en question ne pourrait pas être appliqué avec le même succès dans les cas de prolapsus du rectum chez l'adulte.

Indications et mode d'emploi du « Cactus grandiflorus ».

Préconisé d'abord contre les cardiopathies d'origine nerveuse et, en particulier, contre l'angine de poitrine (Voir *Semaine Médicale*, 1891, Annexes, p. II), le *Cactus grandiflorus* a, depuis lors, été employé indifféremment dans les affections les plus variées du cœur (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 387 et Annexes, p. CX). A son tour, M. le docteur T. Zelenski a récemment expérimenté ce médicament sur un certain nombre de malades hospitalisés dans le service de M. le docteur S. Parenski, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Cracovie, et il a pu se rendre compte que, s'il donne d'excellents résultats dans les affections aortiques, cet agent thérapeutique convient beaucoup moins aux sujets atteints d'une lésion mitrale non compensée. En cette dernière occurrence, on verrait, il est vrai, sous son influence, la dyspnée s'atténuer et la diurèse augmenter, mais cette amélioration serait transitoire et ne s'accompagnerait d'aucune modification appréciable de la circulation sanguine. Il en serait tout autrement pour les affections de l'orifice aortique, alors même qu'il existerait déjà des troubles de la compensation : le *Cactus grandiflorus* régulariserait l'activité du cœur et ferait disparaître complètement l'œdème des membres inférieurs et l'ascite; il se montrerait surtout utile pendant les périodes où l'on suspend l'usage de la digitale.

En dehors des cardiopathies proprement dites, l'emploi du médicament en question est, d'après M. Zelenski, indiqué chez les individus atteints d'épanchements pleurétiques se résorbant lentement et qui présentent en même temps un pouls faible et des bruits du cœur sourds, ainsi que dans les maladies infectieuses avec phénomènes d'affaiblissement de l'activité cardiaque.

Quant au choix de la préparation, notre confrère s'est surtout servi de l'extrait fluide, trois fois plus efficace que la teinture. Il considère, d'ailleurs, les doses d'extrait fluide qu'on prescrit habituellement (V à XV gouttes) comme insuffisantes et recommande d'en administrer d'emblée XXX gouttes, répétées trois fois par jour. En procédant de la sorte, M. Zelenski n'a jamais eu à enregistrer le moindre accident ni du côté de l'appareil digestif, ni du côté du système nerveux; le médicament n'a pas paru, non plus, exercer une action fâcheuse sur le rein.

Traitement intranasal de la dysménorrhée.

Il y a quelques années, M. le docteur W. Fliess (de Berlin) a attiré l'attention sur les modifications congestives qui surviennent pendant les règles au niveau de deux points de la muqueuse pituitaire, à savoir l'extrémité antérieure du cornet inférieur et le tubercule nasal. D'après l'expérience de notre confrère, confirmée par les observations de M. le docteur A. Schiff (de Vienne), la cocaïnisation de ces « points génitaux » amènerait la disparition des douleurs hypogastriques et sacrées qui accompagnent habituellement la dysménorrhée (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 21, 29 et 38). MM. les docteurs J. Jaworski et S. Iwanicki (de Varsovie) viennent à leur tour d'expérimenter dans 73 cas la méthode du traitement intranasal des troubles dysménorrhéiques. Chez 15 malades, ils ont tout simplement eu recours à l'attouchement des « points de Fliess » avec une solution de cocaïne à 20 %; chez 13 autres patientes, on appliqua d'abord une solution d'extrait de capsules surrénales à 30 %, puis une solution de cocaïne à 1 pour 20; 32 femmes ont été traitées par la galvanocautérisation des points génitaux de la muqueuse nasale, 7 par l'électrolyse, 6 enfin au moyen de cautérisations à l'acide trichloracétique, toutes ces interventions étant précédées de la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

Les résultats obtenus ont été plus ou moins favorables suivant que la dysménorrhée était ou non sous la dépendance de lésions inflammatoires de l'appareil génital : sur 48 cas du premier groupe (dont 4 concernant des vierges et 11 des nullipares), on n'a noté que 32 améliorations (66 %), tandis que, sur 25 dysménorrhéiques (dont 22 vierges) exemptes de toute phlegmasie des organes génitaux, 22 (88 %) ont été soulagées. Dans la première catégorie de faits, c'est surtout la dysménorrhée liée à une endométrite catarrhale qui a été le plus favorablement influencée par le traitement; de bons résultats ont également été obtenus chez les femmes atteintes d'ovarite; par contre, les affections blennorrhagiques invétérées des annexes se sont montrées particulièrement rebelles aux moyens en question.

En se basant sur ces essais, MM. Jaworski et Iwanicki estiment que le traitement intranasal est surtout indiqué contre la dysménorrhée des vierges, ainsi que dans les troubles menstruels d'origine purement nerveuse. Le moyen le plus efficace semble consister dans l'électrolyse ou dans la galvanocautérisation des points génitaux; les attouchements avec l'acide trichloracétique exerceraient une action moins énergique et moins durable, et, enfin, les effets de la cocaïnisation pure et simple seraient encore moins marqués.

Un moyen pour faciliter le cathétérisme de l'urèthre.

Appelé à pratiquer le cathétérisme évacuateur de la vessie dans un cas de rétention d'urine par hypertrophie de la prostate, chez un homme de cinquante-neuf ans, M. le docteur F. Schrön (d'Uettingen), après avoir vainement essayé de franchir l'obstacle au moyen de diverses sondes, allait se décider à pratiquer la ponction du réservoir urinaire, lorsqu'il eut l'idée de faciliter l'introduction du cathéter en procédant ainsi qu'il suit : la sonde fut mise en communication, par l'intermédiaire d'un long tube en caoutchouc, avec un irrigateur rempli d'eau bouillie tiède, puis on l'insinua doucement jusqu'au niveau de l'obstacle; on éleva alors l'irrigateur et le jet de liquide ouvrit en quelque sorte la voie à l'instrument, qu'on put ainsi pousser jusque dans la vessie.

La seule précaution que comporte le procédé en question consiste à interrompre l'irrigation dès que la sonde a pénétré dans la vessie, afin d'éviter tout surcroît de pression intravésicale.

La benzine contre l'érythème fugace du nez.

D'après l'expérience de M. le docteur F. Bruck (de Berlin), les applications de benzine constitueraient un moyen très pratique pour faire disparaître rapidement l'hyperémie du nez qui, chez certains sujets, se montre sous l'influence d'une émotion ou de toute autre cause. A cet effet, notre confrère recommande d'employer une compresse de gaze hydrophile pliée en plusieurs doubles, qu'on imbibe de benzine et qu'on maintient ensuite sur le nez pendant quelques secondes, en ayant soin de recouvrir toute la zone hyperémiée et d'éviter de frictionner la peau. Sous l'influence de l'évaporation rapide du médicament, les téguments du nez ne tarderaient pas à pâlir, en même temps qu'on les verrait devenir moins luisants. Ces applications, qui n'exerceraient aucune irritation sur la peau, pourraient également être utilisées avec succès, à titre prophylactique, dans les cas où le patient, connaissant par expérience les circonstances qui provoquent l'érythème, serait à même d'intervenir à temps.

Il va de soi que le procédé en question est également indiqué contre l'érythème fugace des autres parties du corps.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital cantonal de Genève. — M. le professeur L. BARD.

L'anémie pernicieuse bothriocéphalique.

Si les parasites intestinaux ne sont pas toujours la cause des troubles multiples que les malades leur attribuent volontiers, il ne faudrait pas croire, par contre, qu'ils ne puissent jamais provoquer d'accidents sérieux; l'histoire de l'anémie pernicieuse bothriocéphalique est là pour prouver que, dans des cas heureusement assez rares, ils peuvent aller jusqu'à déterminer la mort.

Botkin (de Saint-Pétersbourg) et Hoffmann (de Dorpat) ont les premiers signalé l'existence de cas d'anémie très prononcée, coïncidant avec la présence de bothriocéphales dans l'intestin, et guérissant par leur expulsion. La démonstration du rôle pathogène de ce parasite, l'existence de formes graves de la maladie résultent des travaux de Reyher, de Rüneberg et de Schapiro. En 1894, M. Schauman (d'Helsingfors), en a fait une étude approfondie (1); plusieurs publications ont suivi, et, depuis ce moment, l'anémie grave bothriocéphalique figure en bonne place dans la littérature médicale allemande. Elle est beaucoup moins connue en France, où les descriptions les plus récentes ne lui consacrent que des mentions brèves et dubitatives, quand elles ne la passent pas complètement sous silence.

Dans la seconde édition — toute récente — du « Traité de médecine » publié sous la direction de MM. Bouchard et Brissaud, on trouve cette anémie signalée, d'une part dans le chapitre des anémies pernicieuses dû à M. Gilbert (t. III, p. 553), d'autre part, dans le chapitre des parasites intestinaux dû à M. Courtois-Suffit (t. IV, p. 581); mais ni l'un ni l'autre de ces auteurs ne s'y arrête. Quelques lignes dans l'article de M. Courtois-Suffit, une simple note au bas de la page dans celui de M. Gilbert en constituent tout le dossier.

On sait que le bothriocéphale est presque exclusivement transmis par certains poissons, tant de mer que d'eau douce, et c'est là sans doute la raison pour laquelle l'anémie bothriocéphalique a été observée et décrite jusqu'ici surtout en Suisse et sur les bords de la Baltique; nul doute cependant qu'elle ne puisse être constatée partout, puisque partout, ou à peu près, on est exposé à rencontrer aujourd'hui le bothriocéphale, qui a profité pour sa diffusion de la facilité croissante des communications.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique deux cas de cette affection, l'un au commencement de l'année dernière, l'autre dans ces derniers jours; ces deux faits, fort intéressants dans leurs détails, vont nous fournir l'occasion d'étudier de plus près l'histoire de la maladie.

La première observation concerne un homme de vingt-neuf ans, exerçant la profession de vitrier, entré à la clinique le 30 janvier 1901. Natif de la province de Turin, il est venu en Suisse dès l'âge de sept ans, pour travailler comme apprenti vitrier dans le canton de Fribourg; il est retourné en Italie à vingt et un ans afin d'accomplir son service militaire, et n'a jamais été malade pendant les trois années qu'il a été soldat; après sa libération, il est revenu s'établir à Lausanne il y a cinq ans, ensuite à Genève en juillet 1900.

Depuis l'âge de douze ans, à son dire, il rejetait, à intervalles plus ou moins éloignés (tous les trois ou quatre mois environ) de longs fragments de vers plats, qui atteignaient quelquefois 3 à 4 mètres. Pendant de longues années, il n'a jamais éprouvé de troubles sérieux et il ne s'est jamais soigné pour cela. Marié en 1899, sa femme était enceinte au moment où il est entré à l'hôpital.

Ce n'est qu'au commencement de novembre 1900 qu'il se met à décliner, à perdre l'appétit, à pâlir et à s'affaiblir rapidement. Dans le courant de décembre, il expulse un ver de 3 mètres de long, sans y porter plus d'attention que par le passé; il est à ce moment très constipé; on lui prescrit du quinquina et des toniques qu'il prend sans succès. De l'œdème des pieds survient; il ne peut bientôt plus se tenir debout; il doit s'aliter le 25 janvier 1901, et, à bout de forces, mais sans souffrances, il se décide à entrer à l'hôpital.

Dès son admission, le diagnostic d'anémie pernicieuse progressive s'impose: les muqueuses sont absolument décolorées, la face est pâle, mais blanche, sans teinte jaunâtre; le malade se plaint de tintements d'oreilles, de céphalées, de palpitations. On trouve à l'auscultation des souffles inorganiques, et on remarque un léger œdème. L'examen objectif ne révèle aucune lésion viscérale: le cœur et les poumons sont normaux; pas d'albumine dans les urines. Les selles sont rares et noirâtres à l'entrée; le lendemain, il y a plusieurs selles abondantes, liquides et jaunâtres. La température est normale. Un repas d'épreuve montre l'absence de toute rétention gastrique; l'acidité totale est normale (2.11 ‰); l'acide chlorhydrique libre, par contre, est peu abondant (0.14) et on ne trouve que des traces d'acide lactique et d'acide butyrique.

L'examen du sang est très caractéristique : 30 % d'hémoglobine, 1,100,000 globules rouges, 7,000 leucocytes, valeur globulaire de 1.38. Sur les préparations sèches, on constate une poikilocytose très accusée, avec nombreux globules géants, prédominance des gros mononucléaires, quelques lymphocytes, peu de polynucléaires, pas de globules rouges à noyaux.

L'examen des selles révèle l'existence de nombreux œufs de bothriocéphale.

Le 3 février, on administre 5 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, suivis de 30 grammes d'huile de ricin : cette médication amène l'expulsion de nombreux fragments de vers plats, au milieu desquels on retrouve trois scolex allongés sans ventouses.

Aussitôt après, changement à vue : l'amélioration se fait avec une rapidité inconcevable. Dès le surlendemain, cet homme se trouve beaucoup mieux et a repris bon appétit; les vertiges, les bourdonnements d'oreilles disparaissent en quelques jours; le teint change à vue d'œil, et le malade quitte l'hôpital le 23 février, malgré tous les efforts faits pour le retenir, parce qu'il se considère comme complètement guéri et qu'il a hâte de retrouver sa femme et de reprendre son travail.

Le poids, de 52 kilogr. 400 à l'entrée, a commencé son accroissement aussitôt après l'expulsion du tænia : 53,500 le 7; 54 le 10; 55,300 le 15; 56,500 le 20.

L'examen du sang est encore plus significatif; le 13, on constate 40 % d'hémoglobine, 1,800,000 globules rouges et 9,300 blancs, une valeur globulaire de 1.11; la poikilocytose s'observe encore, les gros mononucléaires et les polynucléaires sont en nombre à peu près égal; il y a peu de lymphocytes. Le 23, on trouve 45 % d'hémoglobine, 2,800,000 globules rouges, 6,200 blancs, une valeur globulaire de 0.80.

Ces chiffres suffisent à montrer quelle transformation rapide a subi l'hématopoïèse aussitôt après l'expulsion du parasite. Cette transformation ressort également de deux autres données qui nous sont personnelles, et sur lesquelles je poursuivais précisément des recherches, avec la collaboration d'un de mes assistants, M. H. Mallet, au moment où ce patient s'est présenté à notre observation.

L'une de ces données concerne l'altérabilité de l'hémoglobine, mesurée par un procédé spécial; l'autre, la comparaison de la teneur du sang en fer avec sa teneur en hémoglobine-couleur. Chez ce malade, la modification de l'hémoglobine par l'agent altérant employé se produisait en quatre minutes lors du premier examen du sang; elle en exigeait six au second, et était revenue dès le troisième à la durée normale de douze minutes. La teneur en fer, de 26 % de la normale au premier examen, était montée à 39 % au second et à 49 % au troisième, c'est-à-dire que, inférieure au départ à la teneur en hémoglobine, elle lui devint égale et enfin supérieure, comme on peut s'en rendre compte en comparant ces chiffres à ceux qui sont indiqués plus haut pour l'hémoglobine aux mêmes moments (1).

Ces modifications du sang se sont produites sans qu'il ait été fait aucun traitement actif, si ce n'est une injection sous-cutanée de cacodylate de soude, qui a provoqué un peu de fièvre, un abcès qu'il a fallu ouvrir, et qui, par suite, a plus nui que servi à la guérison.

Nous avons eu des nouvelles de cet homme à plusieurs reprises, et tout récemment encore; la guérison s'est maintenue parfaite depuis cette époque, si parfaite qu'il n'a plus été possible de le faire revenir à l'hôpital, même pour un simple examen.

Quelque légitime défiance que l'on doive opposer aux applications trop faciles du *post hoc ergo propter hoc*, en présence d'un fait aussi significatif, il est impossible de n'être pas convaincu de la réalité de l'anémie bothriocéphalique et de l'extrême intensité qu'elle peut atteindre. Quelques cas analogues ont, d'ailleurs, été publiés par divers auteurs, moins précis peut-être et moins probants au point de vue des modifications rapides de toutes les données hématologiques, mais tout aussi nets et tout aussi frappants au point de vue de l'accroissement rapide du nombre des globules rouges et de la transformation de l'état général.

Le second fait que nous avons observé est peut-être plus intéressant encore, quoiqu'il soit au premier abord moins convaincant, parce qu'il appartient aux cas de cette affection qui restent rebelles au traitement et qui poursuivent leur évolution jusqu'à la terminaison mortelle.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, exerçant la profession de tonnelier, qui entra à la clinique le 12 mars 1902, et en sortit le 15 mai, dans un état extrêmement grave, pour succomber chez lui dès le surlendemain. Le départ du malade de l'hôpital, malgré tous les efforts de persuasion faits pour le garder, a enlevé à cette observation le contrôle de l'autopsie; quelque regrettable que soit cette lacune, les détails observés ne peuvent laisser aucune hésitation sur la réalité du diagnostic clinique d'anémie pernicieuse progressive. Le seul doute possible serait celui qu'on pourrait élever sur le rôle pathogénique du parasite intestinal, ou sur l'espèce exacte de ce dernier; mais, à ces deux points de vue, l'autopsie n'aurait rien appris de plus que l'observation clinique.

Au moment de l'entrée, l'aspect était nettement celui des anémies graves: décoloration de la peau et des muqueuses, extrême faiblesse, souffles inorganiques précordiaux, jugulaires et oculaires, hémorragies rétiniennes, augmentation de volume de la rate dont on sentait le pôle inférieur, phénomènes subjectifs ordinaires, rien ne manquait au tableau classique. L'hypothèse de cancer latent de l'estomac était seule à éliminer : dès les premiers examens elle perdait toute vraisemblance, et l'évolution ultérieure de la maladie permit ensuite de la rejeter complètement.

Le début de l'affaiblissement et de la dimi-

(1) O. SCHAUMAN. Zur Kenntniss der sogenannten Bothriocephalus-Anämie. Berlin, 1894.

(1) Voir, sur la signification de ces données : L. BARD. De l'utilisation clinique du dosage du fer dans le sang. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 265-266.) H. MALLET. Des variations de qualité de l'hémoglobine et de leur valeur clinique. (*Thèse de Genève*, 1901.) — L'observation de ce malade figure dans cette thèse (obs. VIII, p. 95).

nution des forces remontait au commencement de 1900; l'appétit n'avait jamais été perdu et restait encore assez bon : il n'y avait jamais eu de dégoût électif pour aucun aliment, jamais de vomissements, jamais de douleurs, ni même de pesanteurs gastriques; par contre, il existait une diarrhée lientérique à peu près continue depuis deux ans, mais sans melæna.

L'exploration de la région gastrique est facile, indolente; elle ne révèle pas de dilatation ni de rénitence; nulle part de ganglions; un peu d'hypertrophie splénique. On constate un léger œdème malléolaire, et l'urine renferme des traces indosables d'albumine. La température est normale au début, plus tard survient une fièvre peu élevée. Pas de lésions pulmonaires ni cardiaques. Bien que le malade, qui pèse actuellement 62 kilogrammes (nu) dise en avoir pesé autrefois 85 (habillé), l'amaigrissement n'est pas apparent.

Le sang, soumis pour la première fois à un examen complet le 25 mars, contient 1,900,000 globules rouges et 32 % d'hémoglobine; la valeur globulaire est de 0.82. La tension artérielle, très basse, marque 13 au sphygmomanomètre de Potain, 7 à celui de Gärtner.

Un repas d'épreuve montre qu'il n'y a aucune rétention, aucune fermentation anormale; par contre, l'apepsie est presque absolue: pas d'acide chlorhydrique libre et 0.15 seulement d'acidité totale. Une seconde épreuve, faite un mois plus tard, donne les mêmes résultats généraux : pas de rétention, pas de fermentation, pas d'HCl libre; l'acidité totale a encore baissé, elle n'est plus que de 0.09; l'achylie est donc à peu près complète.

L'examen du chimisme intestinal, par la méthode de Schmidt, révèle également un trouble profond de la digestion intestinale : réaction acide des selles et fermentation très accusée des hydrates de carbone.

Le malade est Italien; il a habité Turin jusqu'en décembre 1898, époque à laquelle il a quitté cette ville pour venir s'établir à Genève. Je pense d'abord à l'anémie par anchylostome duodénal; des examens répétés des selles ne permettent de découvrir aucun parasite, aucun œuf d'anchylostome, pas plus d'ailleurs que de bothriocéphale.

Cependant, interrogé à diverses reprises, cet homme finit par se rappeler qu'il a eu un ver solitaire il y a un an. En le faisant préciser, on apprend qu'il s'en est aperçu pour la première fois le 16 avril 1900, jour où il a eu à satisfaire un besoin impérieux en plein champ, ce qui lui a permis de constater, dit-il, une quinzaine de fragments de ver assez longs. A ce moment, il présentait déjà de la faiblesse et de la diarrhée, depuis trois ou quatre mois; il ne s'en est néanmoins pas préoccupé davantage et il n'a pas remarqué de nouvelle expulsion de son parasite (notamment jamais d'anneaux isolés ou en dehors des selles), jusqu'à un an plus tard environ, c'est-à-dire vers le milieu de l'année 1901.

A cette date, *après de fortes coliques* qui avaient duré toute la journée, il a expulsé en plusieurs fois (en deux heures au total) un ver très long, *qui sentait très mauvais*. Pendant les deux mois qui ont suivi, il a pris à quatre reprises des purgations, qu'on lui a vendu très cher, dit-il, comme anthelminthiques, mais qui ne lui ont fait expulser aucun autre fragment de ver; puis il n'y a plus songé.

En présence de ces renseignements, malgré l'absence d'œufs dans les selles, on administre, le 2 avril, de l'extrait éthéré de fougère mâle, d'ailleurs sans aucun résultat local et sans provoquer aucune amélioration de l'état général.

Le malade, qui n'avait cessé tout travail qu'une semaine avant son entrée à l'hôpital, a éprouvé tout d'abord une amélioration subjective assez marquée, due sans doute plus encore au repos qu'à la médication employée (injections de cacodylate de soude). L'appétit était conservé et, en l'absence de tout œdème, le poids se relevait : de 61 kilogr. 500 le 15 mars, il avait atteint 65 kilogr. 100 le 25 avril, et n'avait pas baissé au moment où le malade quitta l'hôpital, presque agonisant.

Par contre, la décoloration des muqueuses, les souffles inorganiques, notamment le souffle oculaire, présentaient une augmentation considérable, sans qu'il se fût produit d'ailleurs aucune hémorrhagie, gastro-intestinale ou autre.

L'examen du sang accusait aussi une aggravation continue, d'abord lente, puis très rapide. Le 24 avril on trouve 25 % d'hémoglobine, 1,700,000 globules rouges, 1,860 leucocytes, une valeur globulaire de 0.76. Le 1er mai, 18 % d'hémoglobine, 1,200,000 globules rouges, 3,700 leucocytes, une valeur globulaire de 0.75. Enfin le 15 mai, jour du départ et avant-veille de la mort, 18 % d'hémoglobine, 680,000 hématies, 6,200 leucocytes, une valeur globulaire de 1,27. Le fer n'a pas été dosé.

L'altérabilité de l'hémoglobine, de sept minutes au premier examen, est montée à deux minutes au troisième. L'altérabilité des globules s'est montrée elle-même très élevée et progressivement croissante : alors que le procédé employé pour cet examen détruit en moyenne 40 % des globules du sang normal, cette destruction a atteint chez notre malade 72 % au premier examen, 87 % aux deux derniers.

Sur les préparations fixées et colorées, on constatait une poikilocytose (variété de formes) très accusée, une anisochromie (inégalité de coloration) et une anisométrie (inégalité de diamètre) également très marquées (cette dernière atteignait 1 : 4), tous caractères habituels des anémies pernicieuses; on constatait aussi quelques globules rouges à noyaux, la plupart de la variété mégaloblaste. La numération des variétés de leucocytes, faite le 1er mai, a révélé les proportions suivantes : 57.5 % de polynucléaires, 24 % de lymphocytes, 11 % de gros mononucléaires et 7.5 % de leucocytes éosinophiles.

Les détails hématologiques qui précèdent montrent que les caractères du sang de ce malade étaient bien conformes à ceux des anémies pernicieuses essentielles, dites cryptogéniques; le mode d'évolution de la maladie, la terminaison mortelle ne laissent subsister aucune différence entre ce cas et ceux de maladie de Biermer. D'autre part, M. Müller et M. Lichtheim ont publié chacun une observation d'anémie bothriocéphalique ayant poursuivi son évolution fatale, même après l'expulsion ou la disparition du parasite; dès lors, il n'existe aucun motif plausible de refuser à ce nouveau fait la même signification.

L'objection la plus grave que l'on ait adressée à l'existence d'une anémie pernicieuse bothriocéphalique, c'est assurément l'extrême tolérance que présentent pour le bothriocéphale la plupart des sujets qui en sont porteurs, ceux même qui l'hébergent depuis de nombreuses années, quelquefois même en grand nombre, puisqu'on a observé la présence simultanée de 70 à 80 de ces vers intestinaux, avec intégrité de la santé de leur hôte.

Les auteurs qui ont établi l'existence de la forme morbide qui nous occupe se sont également étonnés de cette opposition et n'ont pas manqué d'en rechercher la raison. On s'est d'abord contenté d'invoquer la variabilité des susceptibilités particulières des porteurs, ou la variabilité de nocivité individuelle des parasites : de même que certains microbes sont saprophytes ou pathogènes suivant les cas, de même les bothriocéphales pourraient être inoffensifs ou nuisibles selon leurs propriétés biologiques particulières.

On doit à MM. Schapiro et Dehio une théorie pathogénique moins fuyante, qui correspond bien à la réalité des faits, et qui me paraît être tout à fait satisfaisante. Pour ces auteurs, le mécanisme de l'action pathogène serait la résorption de substances toxiques provenant du corps des parasites, soit par le fait d'altérations pathologiques, de maladies de ces organismes, soit par celui de leur putréfaction après leur mort.

On a observé, il est vrai, quoique plus rarement, des cas d'anémie plus ou moins sévère, avec présence de vers frais et vivants dans l'intestin. M. Dehio pense que, dans ces cas, l'anémie est due à la non-expulsion et à la putréfaction des segments inférieurs détachés de l'animal; M. Schauman suppose, au contraire, que les parasites sont alors multiples et qu'un d'eux a pu mourir, se détruire et être résorbé sans compromettre la vitalité des autres. Le fait est d'autant plus plausible, qu'on a vu des cas où les selles avaient contenu des œufs, sans que, ni par l'expulsion, ni à l'autopsie, on eût pu retrouver les vers; d'où il faut conclure que ceux-ci avaient été complètement résorbés après leur mort.

MM. Schauman et Tallqvist ont essayé d'apporter à l'appui de cette opinion des preuves expérimentales (1); ils ont injecté à un chien le produit de la macération de bothriocéphale dans de l'eau salée, et ils ont obtenu ainsi une destruction globulaire plus ou moins active. Dans un cas, la mort est survenue en quinze jours, alors que le nombre des globules était tombé de 7,200,000 à 3,400,000. Cette démonstration expérimentale me paraît frapper plus fort que juste sur la raison du lecteur; les auteurs, en effet, n'indiquent pas que les bothriocéphales macérés fussent différents de ceux qui sont d'ordinaire inoffensifs, et d'autre part je ne vois pas trop quelle est la macération de cadavre animal dont l'injection pourrait être inoffensive.

Je préfère, je l'avoue, à des raisons de cet ordre, les constatations si précises et si convaincantes de l'observation pure, celles, par exemple, qui résultent des recherches de M. Wiltschur. Celui-ci a étudié les vers dans 12 cas d'anémie sévère guéris par leur expulsion; il les a toujours trouvés morts, décomposés ou malades; leurs œufs étaient profondément modifiés; dans un cas le ver était si fétide, malgré l'immersion dans une solution phéniquée, qu'il eut beaucoup de peine à en continuer l'étude.

Chez notre premier patient, le bothriocéphale expulsé n'a malheureusement pas été l'objet d'une étude bien approfondie; il n'était pas fétide et l'examen de quelques anneaux ne nous a pas révélé de lésion manifeste. Il est vrai que l'anémie, très intense au point de vue de la diminution de nombre des hématies, était par contre très récente et en somme peu profonde, puisqu'elle a guéri complètement et avec une extraordinaire rapidité.

Le second cas est conforme à la règle de Wiltschur : l'expulsion spontanée s'est faite après et avec de violentes coliques; elle a été précédée d'une longue période de diarrhée; le malade a remarqué l'extrême fétidité de son ver, et il y a tout lieu de penser que cette expulsion a précisément été provoquée par cette putréfaction même.

On peut supposer que la gravité et l'incurabilité de l'anémie dans ce cas ont été dues à la longue durée de l'intoxication, à l'expulsion trop tardive du parasite, survenue à un moment où l'organisme affaibli, et épuisé par une lutte trop longue, ne pouvait plus faire les frais de la guérison.

La comparaison de ces deux faits montre tout l'intérêt qu'il y a à connaître l'anémie pernicieuse bothriocéphalique, à en établir le diagnostic précoce, pour pouvoir instituer à temps le traitement. Il y a tout lieu de penser que la curabilité n'est possible, en tout cas qu'elle n'est certaine, que si, le diagnostic établi dès les pre-

(1) O. Schauman et T. Tallqvist. Ueber die blutkörperchenauflösenden Eigenschaften des breiten Bandwurms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mai 1898 et *Semaine Médicale*, 1898, p. 295-296.)

miers mois, le parasite est expulsé artificiellement avant d'avoir eu le temps de surmener la résistance de l'organisme et d'amener à l'impuissance les organes hématopoiétiques.

Le diagnostic est évidemment des plus faciles, tant que le sujet est encore porteur de son parasite non expulsé et non décomposé, pourvu, toutefois, que l'on y pense; et la première règle, à l'avenir, doit être assurément d'y songer toujours en cas d'anémie pernicieuse d'apparence cryptogénique. Dès qu'on y a pensé, les anamnestiques le plus souvent, en tout cas la recherche des œufs dans les selles, et bientôt le résultat d'un anthelminthique, lèveront tous les doutes.

Dans le cas contraire, les anamnestiques restent seuls, comme dans notre seconde observation; les faits actuellement connus permettent de s'en contenter, surtout lorsque, ainsi que chez notre second malade, ils mettent en évidence une longue diarrhée, des coliques toxiques, et la putréfaction du parasite expulsé, révélée par sa fétidité.

Les caractères hématologiques ne semblent pas, par contre, atteindre la valeur pratique de ces simples constatations directes. Aucun détail essentiel ne sépare le sang des anémies pernicieuses bothriocéphaliques de celui de leurs analogues cryptogéniques; il est bien probable, d'ailleurs, que nombre de celles-ci cachent des cas méconnus des premières.

Ce sont les mêmes chiffres d'hématies, les mêmes écarts de forme, de diamètre et de couleur de ces globules, la même fréquence de la valeur globulaire trop haute, la même diminution de nombre des leucocytes, les mêmes globules rouges à noyaux, avec la même prédominance des formes mégaloblastiques. Dans un travail récent, portant sur les caractères hématologiques des diverses anémies, MM. Strauss et Rohnstein (1) émettent l'avis que, dans les anémies bothriocéphaliques, la poikilocytose et l'anisométrie seraient particulièrement accusées, la diminution du nombre des globules blancs serait moins profonde, les mégaloblastes seraient plus rares que les normoblastes, enfin et surtout, le rapport des diverses espèces de leucocytes serait, le plus souvent, ou conservé, ou modifié dans le sens de l'augmentation relative des polynucléaires, alors que dans les anémies pernicieuses cryptogéniques, il serait toujours modifié dans le sens de l'augmentation des mononucléaires.

En réalité, les trois premiers caractères sont trop relatifs et trop vagues pour pouvoir servir au diagnostic clinique, et la constance du quatrième ne résulte pas du tout des faits signalés. Les cas étudiés par MM. Strauss et Rohnstein (ces auteurs n'ont vu que les préparations histologiques de sang, prêtées par M. Schauman) sont au nombre de trois; dans un d'entre eux, il y avait 60.6 mononucléaires pour 37.1 polynucléaires, soit une prédominance des premiers; dans un autre il y avait 36.5 des uns pour 43.5 des autres, c'est-à-dire un nombre relatif de mononucléaires supérieur à la normale; seul le troisième patient avait 14 mononucléaires et 78.6 polynucléaires; la moyenne des trois révèle une prédominance des polynucléaires, mais inférieure à leur prédominance normale; que vaut d'ailleurs la considération d'une moyenne pour le diagnostic d'un cas particulier? Chez notre premier malade le pourcentage n'a pas été établi exactement; toutefois, les mononucléaires étaient très nombreux et paraissaient prédominer; chez le second, il y avait 35 mononucléaires pour 57.4 polynucléaires, par conséquent une prédominance des polynucléaires, en chiffres absolus, mais une diminution relative de leur pourcentage par rapport à l'état physiologique.

Si l'examen du sang ne suffit pas à séparer les anémies pernicieuses bothriocéphaliques des anémies pernicieuses essentielles, c'est-à-dire à étiologie inconnue, permet-il au moins d'en établir le pronostic dans leur propre cercle, je veux dire permet-il de distinguer les cas curables d'avec ceux qui échapperont à la thérapeutique?

Dans l'état actuel des choses, il n'en est pas encore ainsi; du moins, les auteurs qui se sont occupés de la question ne fournissent-ils aucune indication à cet égard. La comparaison de nos deux observations n'apporte pas de données nouvelles, précises, à la solution de cette partie du problème; elle montre, en tout cas, que le nombre absolu des hématies, le taux même de la valeur globulaire, le degré de la poikilocytose ne permettent aucune conclusion; elle prouve cependant que l'absence des globules rouges à noyaux, la persistance d'un nombre de leucocytes voisin de la normale, peuvent être considérés comme des indices favorables; il serait imprudent toutefois de conclure qu'il en sera toujours ainsi à l'avenir.

A en juger par nos deux observations, le degré d'influence de l'anémie sur le tube digestif, l'existence d'une diarrhée tenace, les troubles profonds du chimisme gastrique dans le sens de l'achylie, sont des indices importants de gravité.

Jusqu'à nouvel ordre, le pronostic devra surtout prendre en considération les anamnestiques : il sera d'autant plus réservé que le début de l'anémie sera plus ancien; l'ancienneté du bothriocéphale, par contre, n'a aucune importance : on a vu qu'il datait de treize ans dans notre cas suivi de guérison, tandis qu'il a provoqué de l'anémie dès les premiers mois de sa présence chez le malade qui a succombé.

Quoique le fait paraisse au premier abord paradoxal, le pronostic sera plus grave si on ne retrouve plus dans l'intestin le corps même du délit; si on l'y constate, il dépendra du degré d'intégrité ou d'altération du parasite.

Enfin il résultera bien vite des effets du traitement expulseur; dans tous les cas terminés par guérison, l'amélioration a été immédiate, extrêmement rapide; le pronostic devra rester très réservé si cette amélioration prompte fait défaut, si la transformation des données hématologiques tarde à se produire, à plus forte raison si la marche progressive continue sans arrêt.

La découverte de la forme bothriocéphalique de l'anémie pernicieuse, outre son importance immédiate et directe pour les cas qui s'y rattachent, renferme encore en elle-même des promesses plus hautes et plus générales; en extrayant du groupe des anémies pernicieuses une forme parfaitement caractérisée, et cependant à étiologie connue, et à marche curable pourvu qu'elle soit diagnostiquée à temps, elle démontre que l'anémie pernicieuse n'est pas une unité morbide toujours au-dessus des ressources de l'art, mais bien un syndrome clinique, qui n'est incurable que par la méconnaissance de ses causes efficientes; par là elle permet d'espérer qu'il sera possible encore, dans l'avenir, d'en séparer de nouvelles formes, aussi individualisées et aussi curables que celle qui vient de nous occuper.

(1) H. Strauss et R. Rohnstein. Die Blutzusammensetzung bei den verschiedenen Anämieen; morphologische Studien mit besonderer Berücksichtigung der Leukocyten. Berlin, 1900.

MÉDECINE PRATIQUE

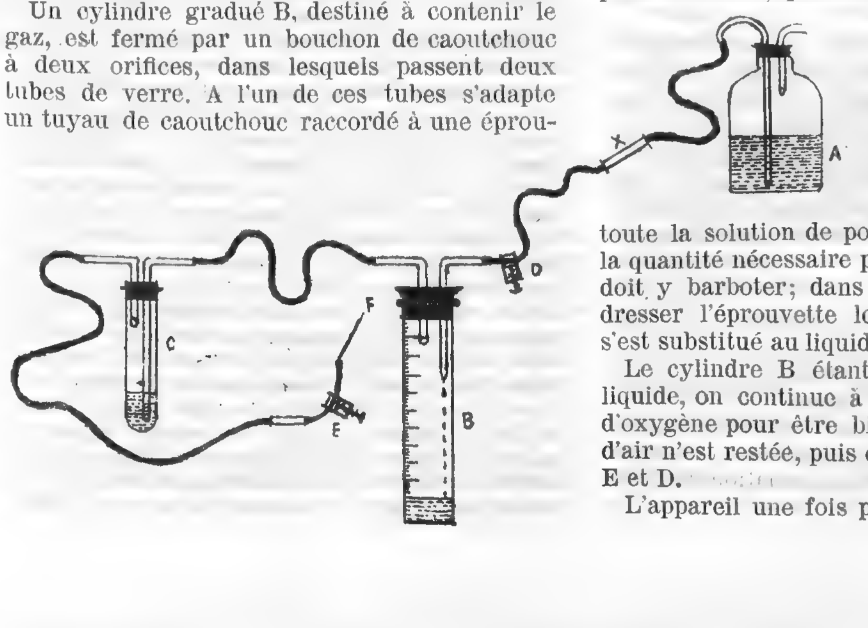
L'injection intraveineuse d'oxygène chez l'homme.

On se rappelle que M. le professeur Gärtner (de Vienne) a tout récemment démontré que le chien supportait parfaitement des injections intraveineuses d'oxygène, ce gaz — à condition que son introduction fût suffisamment lente — étant fixé par les hématies avant d'arriver au cœur, ce qui écarte tout danger d'embolie gazeuse. Un confrère italien, M. le docteur F. Mariani, privatdocent de pathologie interne à la Faculté de médecine de Gênes, après avoir vérifié les résultats expérimentaux de M. Gärtner (il parvint notamment à injecter 1,500 c.c. d'oxygène dans la veine fémorale d'un chien de 10 kilogrammes, dans l'espace d'une heure et demie, sans le moindre accident), vient d'appliquer pour la première fois cette méthode à l'homme, dans les circonstances que voici :

Le 3 juillet dernier entrait dans le service de M. le docteur Maragliano, professeur de clinique médicale à ladite Faculté, un jeune homme de vingt-trois ans, atteint de tuberculose pulmonaire étendue, et qui était dans un état de dyspnée paraissant rendre la mort imminente; ce malade était cyanotique, recouvert de sueur froide, avec les extrémités livides et glacées. Il présentait de l'orthopnée, faisait à la minute 54 respirations, ou plutôt tentatives de respiration; son pouls, petit, filiforme, arythmique, intermittent, battait à 144; la température était de 38°5.

M. Maragliano, trouvant le cas désespéré et ayant essayé en vain la saignée, l'application de ventouses sur le thorax, les inhalations d'oxygène, l'administration de digitale par la bouche, les injections de caféine, d'huile camphrée, etc., etc., proposa à M. Mariani de tenter chez cet agonisant l'introduction intraveineuse d'oxygène, ce que notre confrère réalisa au moyen du dispositif suivant, qui lui avait déjà servi dans ses expériences sur le chien :

Un cylindre gradué B, destiné à contenir le gaz, est fermé par un bouchon de caoutchouc à deux orifices, dans lesquels passent deux tubes de verre. A l'un de ces tubes s'adapte un tuyau de caoutchouc raccordé à une éprouvette C renfermant une solution de potasse destinée à laver l'oxygène et à neutraliser les traces d'acide que peut contenir le gaz; un autre tube de caoutchouc, raccordé lui aussi à l'éprouvette C, porte à son extrémité l'aiguille F.



L'appareil étant ainsi préparé, on le remplit complètement d'une solution de potasse caustique à 5 %, en ayant soin qu'aucune bulle d'air ne soit contenue dans les tubes, dans le cylindre gradué ou dans l'éprouvette. On met alors en communication le tube D avec un gazogène contenant l'oxygène sous pression, et on laisse passer celui-ci, qui chasse devant lui la solution de potasse de l'appareil renversé et remplit complètement le cylindre gradué B, les tubes et l'éprouvette C. En ce qui concerne l'éprouvette, il faut avoir la précaution de ne point faire sortir toute la solution de potasse, mais d'en laisser la quantité nécessaire pour laver l'oxygène, qui doit y barboter; dans ce but, il suffit de redresser l'éprouvette lorsqu'un peu d'oxygène s'est substitué au liquide.

Le cylindre B étant complètement vidé de liquide, on continue à faire passer un courant d'oxygène pour être bien sûr qu'aucune trace d'air n'est restée, puis on ferme les deux pinces E et D.

L'appareil une fois plein d'oxygène, on rac-

corde l'extrémité X du tube avec un autre tube relié au réservoir A plein d'eau qui, posé à une hauteur suffisante, fonctionne comme un siphon. Alors, en réglant la pince à vis D, on laisse tomber goutte à goutte l'eau dans le cylindre B, ce qui détermine l'issue, par l'aiguille, d'un égal volume d'oxygène. On peut ainsi mesurer exactement, par l'eau tombée dans le cylindre B, la quantité d'oxygène injectée.

Les choses étant ainsi disposées, on isola, chez le malade en question, la veine dorsale du pied droit, avec le secours de l'anesthésie cocaïnique; la section complète de ce vaisseau ne donna qu'une hémorrhagie minime centripète, ce qui indiquait que la circulation était gravement compromise. On introduisit alors l'aiguille dans le bout central de la veine, puis on laissa passer l'oxygène : tandis qu'un aide appliquait son oreille sur le cœur, pour signaler le moindre bruit traduisant l'imminence d'une embolie gazeuse, un autre assistant suivait attentivement les phases de la respiration et du pouls.

Les 10 premiers centimètres cubes pénétrèrent ainsi sans inconvénients. Au bout d'une demi-heure, 80 c.c. sont déjà injectés; la respiration est à 50, le pouls à 140; celui-ci est un peu mieux rythmé et un peu plus régulier. Le malade, cependant, accuse un sentiment d'angoisse, demande de l'alcool et des excitants; aussi, par prudence, suspend-on l'opération qui a duré en tout quarante-cinq minutes : *on a injecté 120 c.c. d'oxygène.* Cinq minutes plus tard, on ne compte déjà plus que 46 respirations et 134 pulsations; le patient se sent mieux; son pouls devient plus régulier. Une heure après, on note 40 respirations et 120 pulsations; la température est à 38°. On avait donc obtenu, sous l'influence de l'injection intraveineuse d'oxygène, une diminution de 14 respirations, de 24 pulsations et d'un demi-degré de température.

Le malade passa assez bien la nuit du 3 au 4; le matin du 4, à sept heures, il présente 44 respirations, 120 pulsations, sa température est à 38°. Mais bientôt l'aggravation s'accélère: à huit heures, on a : respirations 48, pouls 126, température 38°; à midi, respirations 50, pouls 140, température 36°8; à quatre heures, respirations 56, pouls 140, température 36°. A sept heures du soir, les conditions sont tellement mauvaises que la mort est de nouveau imminente. On observe une température de collapsus (36°); le pouls est à 160, la respiration à 50. Le patient sollicite une nouvelle intervention comme celle de la veille, et on essaie de lui donner satisfaction; mais on ne peut parvenir à faire gonfler une veine pour la rendre visible et pouvoir l'isoler : sous l'influence de la compression, la jambe devient cyanotique, sans qu'aucune veine se montre à sa surface. Il aurait fallu faire une dissection de la peau, et encore n'aurait-on pas été sûr de trouver le vaisseau; la pédieuse, qui avait servi la veille, était thrombosée, et par conséquent inutilisable. On ne voulut point, d'autre part, pratiquer l'injection dans une des veines du bras, de crainte que, ce vaisseau étant trop près du cœur, l'oxygène n'ait pas le temps d'être absorbé par les globules rouges.

Il semble bien que, dans ce cas, l'injection intraveineuse d'oxygène ait prolongé la vie d'un agonisant, en lui fournissant l'élément oxydant que ses poumons n'étaient plus à même de lui procurer. En tout cas, M. Mariani croit pouvoir conclure de cette expérience sur l'homme, ainsi que des recherches effectuées sur les animaux par M. Gärtner et par lui-même, que l'oxygène introduit dans les veines est complètement absorbé par les hématies et ne provoque point d'embolie gazeuse, à condition qu'on n'injecte que 500 c.c. au maximum par heure.

A son avis, les injections intraveineuses d'oxygène trouveraient leurs indications dans tous les cas où l'hématose est sérieusement compromise; elles seraient alors de nature à rendre de réels services en activant la formation de l'oxyhémoglobine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1902.

Le microbe de la dysenterie épidémique.

M. A. Chantemesse fait une communication dans laquelle il cite les travaux publiés dans divers pays touchant le microbe de la dysenterie épidémique, qu'il a décrit avec M. F. Widal il y a quatorze ans (Voir *Semaine Médicale*, 1888, p. 153) et dont l'étude a été complétée par MM. Celli, Shiga, Roger, etc.

De l'ensemble de ces travaux, il résulte que le microbe en question est bien l'agent pathogène d'une forme de dysenterie que l'on peut appeler *bacillaire*, et qui est surtout remarquable par son allure épidémique et infectieuse; elle peut tuer rapidement par son propre virus, ou évoluer d'une façon chronique et déterminer des ulcérations et des épaississements considérables de la paroi du gros intestin.

Toutefois, à côté de cette variété de dysenterie, il faut reconnaître l'existence d'une forme *amibienne* de la même affection. Celle-ci, causée par l'amibe de Kartulis, est caractérisée par sa faible tendance à l'expansion épidémique et par sa marche le plus souvent chronique : elle dure des mois et des années, avec des alternatives de constipation et de diarrhée; elle peut guérir, ou entraîner la mort par épuisement, par perforation intestinale, et surtout par abcès du foie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 15 et 21 juillet 1902.

Etude expérimentale sur la rondelle réimplantée après trépanation chez le chien.

MM. V. Cornil et **P. Coudray.** — On a cru généralement, jusqu'à ces dernières années, que la rondelle crânienne détachée par le trépan, et immédiatement réimplantée, continuait à vivre comme l'os voisin. Il n'en est rien. Ainsi que l'a indiqué M. A. Barth, les éléments vivants de cette rondelle dégénèrent et disparaissent au bout de quelques jours, et après plusieurs mois il ne reste rien de cette rondelle qui est remplacée par de l'os nouveau (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 200 et 1894, p. 201).

Les expériences de M. A. Barth ont été répétées par MM. Laurent, Valan, Mertens. Nos recherches confirment celles de M. Barth, mais nous ne sommes pas d'accord avec cet auteur sur le mécanisme de la résorption de la rondelle. M. Barth n'a pas vu, en effet, le processus de résorption accompagné de lacunes osseuses et de cellules géantes. Or, nous avons trouvé avec une évidence absolue les lacunes osseuses et les cellules géantes sur un grand nombre de préparations et à des périodes diverses (après huit, douze, dix-huit, vingt-six jours). Nous concluons donc, contrairement à M. Barth, que la rondelle disparaît suivant le processus ordinaire et qu'il n'y a pas dans l'espèce à invoquer un mécanisme particulier et exceptionnel.

Dès le troisième jour, les ostéoplastes de la rondelle sont déjà presque tous dépourvus de noyaux, et les cellules osseuses disparaissent dans les huit premiers jours. La réparation s'ébauche le quatrième jour sous la forme de cellules de tissu conjonctif néoformé au contact de la dure-mère, entre celle-ci et l'os récepteur. Le septième jour, on constate l'existence d'une couche fondamentale osseuse au contact de la dure-mère et sous le péricrâne. Au bout de huit jours, le nouveau tissu conjonctif est déjà très complet et envoie des bourgeons fibro-vasculaires sur les bords de l'os ancien, formant des lacunes de Howship, et, en même temps, ce tissu conjonctif commence à envahir aussi les bords de la rondelle. Ainsi se développe un double processus : envahissement de l'os ancien par le tissu conjonctif d'une part, formation d'os nouveau d'autre part, os nouveau qui prendra petit à petit la place de l'os ancien, tant sur les bords de l'os récepteur que sur les petits fragments microscopiques et sur la rondelle elle-même. Au vingt-sixième jour, l'ossification nouvelle est très avancée, mais cependant on trouve encore, au bout de trois mois, une petite parcelle de la rondelle dont les bords sont festonnés de lacunes occupées par du tissu conjonctif.

Enfin, après six mois, il ne reste plus rien de l'ancienne rondelle. L'os qui la remplace est beaucoup plus mince que l'os voisin. Histologiquement, c'est un os entièrement nouveau, avec un système complet de vaisseaux, le système superficiel sous-épicrânien communiquant par de fins canaux de Havers avec les vaisseaux de la dure-mère. Celle-ci reste toujours adhérente à l'os nouveau, à la formation duquel elle contribue dans une large mesure.

Résistivités électriques de sérums sanguins pathologiques et d'épanchements séreux chez l'homme.

MM. Lesage et **Dongier.** — Après nous être assurés que le sérum sanguin de l'homme a une résistivité électrique normale variant entre 100 et 103 ohms, nous avons constaté que cette résistivité ne varie pas dans la plupart des maladies aiguës ou chroniques (rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, grippe, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme blennorrhagique, syphilis, cancer, diabète, etc.). Deux affections seulement la modifient : l'urémie d'abord, où l'on voit la résistivité du sérum (normale chez les albuminuriques sans accidents urémiques) s'élever à 108, voire 113 ohms; la fièvre typhoïde ensuite, où elle est comprise entre 106 et 109 ohms dans les cas bénins, 109 et 112 ohms dans les formes moyennes, 112 et 118 ohms chez les malades le plus gravement atteints.

En ce qui concerne les épanchements séreux, la résistivité électrique est presque normale pour le liquide pleural sérofibrineux (de 95.7 à 102 ohms) et le liquide articulaire blennorrhagique (98 ohms); elle est sensiblement plus basse pour la sérosité ascitique (89 à 90 ohms). Ajoutons que, pour le liquide céphalo-rachidien, elle n'est que de 80 à 82 ohms.

Sur l'acide glycuronique dans le sang du chien.

MM. R. Lépine et **Boulud.** — Nous insistons de nouveau sur la forte proportion d'acide glycuronique contenue dans le sang du chien à l'état de santé (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 371). Le sang artériel d'un chien asphyxié par obstruction des narines peut en renfermer tout autant; au contraire, nous n'en avons pas trouvé dans le sang (rutilant) d'un chien asphyxié par le gaz d'éclairage.

L'augmentation de la déviation à droite, *coexistant* avec l'augmentation du pouvoir réducteur après chauffage de l'extrait de sang en présence d'un acide, ne suffit d'ailleurs pas pour qu'on puisse affirmer la présence de l'acide glycuronique, car le glycogène peut amener le même résultat. C'est ce que nous avons observé dans le sang des veines sus-hépatiques d'un chien bien nourri, immédiatement après l'assommement. Dans ce cas, à la suite d'un chauffage très prolongé (nécessaire pour hydrolyser le glycogène), le pouvoir réducteur du sang s'est élevé de 4 grammes à 8 gr. 44 centigr.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 juillet 1902.

Pouls lent permanent par ischémie bulbaire.

M. Widal. — L'observation suivante est un exemple très démonstratif de pouls lent permanent par ischémie bulbaire : il s'agit d'un vieillard de soixante-dix-huit ans qui depuis trente-cinq ans présentait des irrégularités du pouls. Au mois d'avril dernier, cet homme fut atteint de la grippe et c'est pendant la convalescence de cette affection que son pouls commença à se ralentir; un accès d'angine de poitrine survenu quelque temps après décida le malade à entrer à l'hôpital. Là on constata que le pouls ne battait pas plus de 30 à 35 fois par minute, que le cœur était hypertrophié et que les artères périphériques étaient dures et athéromateuses. Il existait, en outre, de la pollakiurie et de l'albuminurie. Une attaque syncopale emporta le patient quelques jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva des lésions scléreuses du rein et des artères coronaires, ainsi que de

toutes les branches de l'hexagone de Willis; quant aux artères bulbaires proprement dites, elles étaient saines, mais à leur émergence de l'artère basilaire leur calibre était rétréci par les incrustations calcaires de ce vaisseau, de sorte que le sang ne pénétrait que très difficilement dans le bulbe.

M. Siredey. — Le pouls lent permanent n'est pas toujours le résultat d'une ischémie du bulbe, comme dans le fait que vient de communiquer M. Widal; je me souviens de deux malades qui furent atteints de pouls lent permanent à la suite d'urémie : l'un de ces individus succomba et l'autopsie montra l'existence d'une néphrite chronique brightique; l'autre a survécu et a même été très amélioré par le régime lacté et la caféine administrée à petites doses; l'existence d'une lésion rénale ne pouvait cependant pas être mise en doute chez lui, bien qu'il ne fût pas albuminurique, car lorsqu'on lui injectait du bleu de méthylène, ses urines gardaient la coloration bleue pendant plusieurs jours. J'ajoute que chez l'un et l'autre de ces patients les artères n'étaient que très légèrement athéromateuses; l'ischémie bulbaire ne semble donc pas pouvoir être incriminée dans ces cas pour expliquer la production du pouls lent, lequel était vraisemblablement d'origine toxémique.

Myélite antérieure aiguë consécutive à un traumatisme.

M. Ferrier (médecin militaire) communique l'observation d'un malade qui fut atteint, trois jours après un violent traumatisme de l'épaule gauche, d'une paralysie du membre supérieur correspondant, puis des deux membres du côté opposé. Actuellement, cette paralysie a rétrocédé, sauf au niveau du membre traumatisé, lequel est complètement inerte et atrophié.

Cette localisation des accidents paralytiques permet de supposer que le traumatisme n'est pas resté étranger à leur développement. L'étude des amyotrophies réflexes démontre, en effet, d'une façon manifeste, l'influence des excitations périphériques sur les centres trophiques de la moelle : il est donc légitime d'admettre que le traumatisme, en troublant le dynamisme de ces centres, peut les placer en état de moindre résistance à l'égard des germes infectieux et provoquer ainsi dans certains cas des localisations poliomyélitiques.

M. Le Gendre présente un homme de soixante-trois ans atteint depuis trois semaines d'une hémichorée survenue progressivement, sans ictus. Il ne semble pas cependant qu'on puisse rattacher ce trouble moteur à l'hystérie, le malade ne présentant aucun stigmate de cette névrose.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 juillet 1902.

Sur l'évolution et le rôle phagocytaire de la cellule endothéliale dans les épanchements des séreuses.

MM. Widal, Ravaut et Dopter. — On sait que la présence, dans les épanchements des séreuses, de cellules endothéliales soudées en placards ou deux à deux, ainsi que des leucocytes qui les accompagnent, peut fournir des indications utiles sur la nature de ces épanchements. Il résulte de nos recherches que les cellules desquamées sous forme de placards ne restent pas pendant toute la durée de l'épanchement dans cet état, si ce n'est dans les cas de pleurésie aseptique des cardiaques ou des brightiques; au contraire, dans les pleurésies septiques dont la pleurésie pneumococcique est le type, au fur et à mesure que les polynucléaires deviennent plus nombreux, ces cellules se désagrègent et finissent par disparaître.

Lorsque ces éléments sont isolés, il est presque impossible de les différencier des gros mononucléaires, d'autant plus qu'on les voit accomplir des fonctions spéciales à ces derniers; ils jouent, en effet, un rôle phagocytaire des plus accusés, et, au début des pleurésies pneumococciques, rhumatismales, etc., il est très fréquent de les trouver bourrés de polynucléaires dégénérés, de quelques rares lymphocytes et globules rouges. Cette action phagocytaire peut encore s'exercer, dans les hydrocèles, sur les spermatozoïdes introduits fortuitement dans le liquide exsudé.

Il semble bien avéré que la cellule endothéliale qui, à l'origine, n'est qu'une cellule conjonctive, se différencie ultérieurement quand elle est appelée à de nouvelles fonctions. Pour servir de revêtement aux membranes séreuses, et remplir ses divers rôles physiologiques, notamment le rôle de glissement, elle s'aplatit et se soude aux cellules voisines. Elle conserve cette forme tant que la séreuse reste saine. Mais sous des influences pathologiques variées, elle se modifie. Dans les épanchements aseptiques, elle subit mécaniquement une desquamation qui l'entraîne dans le liquide exsudé, où elle demeure accolée à plusieurs de ses congénères; là, elle ne réagit pas, elle est inerte, elle ne dégénère complètement qu'après avoir persisté longtemps dans cet état passif. Survienne un état inflammatoire de la séreuse, la cellule endothéliale joue un rôle très actif : pour opérer la défense contre l'infection, elle se desquame, s'isole, devient sphérique, prend l'aspect des gros mononucléaires dont elle arrive à partager les fonctions macrophagiques, et retourne ainsi probablement à son origine.

En un mot, les diverses modifications morphologiques que la cellule endothéliale peut présenter au cours de son évolution, ont pour but de lui permettre de faire face aux rôles éventuels qu'elle est appelée à remplir, et, par là même, de s'adapter aux fonctions nouvelles qui lui incombent à l'occasion.

Rôle des anaérobies dans les cholécystites.

MM. A. Gilbert et A. Lippmann. — Continuant nos recherches sur le microbisme des voies biliaires (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 214), nous avons trouvé dans 5 cas de cholécystite calculeuse le liquide vésiculaire, purulent ou non, constamment fertile. Mais alors que les germes aérobies faisaient 3 fois défaut, les cultures anaérobies fournirent toujours des résultats positifs. Quand il existait des microbes aérobies, ceux-ci appartenaient à l'espèce colibacillaire, si bien qu'à ne considérer que la recherche exclusive des aérobies, le colibacille demeurerait, selon la donnée classique, le grand envahisseur des voies biliaires.

Ainsi, sans l'étude des anaérobies, 3 fois sur 5 le contenu vésiculaire eût été déclaré stérile; on voit donc quelle importance il faut attribuer à ces germes anaérobies, aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal : dans les deux cas les microbes rencontrés sont identiques, et il y a tout lieu de croire que ce sont ces germes mêmes, habitants physiologiques des voies biliaires, qui interviennent dans la genèse des diverses affections biliaires.

Dès lors, à l'hypothèse d'une infection ascendante des voies biliaires par des germes venus de l'intestin, infection précédant la réalisation de l'état pathologique, on peut substituer celle d'une action pathogène des germes autochtones. De cavitaire et physiologique, l'infection anaérobie deviendrait pariétale et pathologique.

Néanmoins, il y a lieu de tenir compte des cas toujours possibles où les germes intestinaux, intervenant dans le processus pathologique soit primitivement, soit plutôt secondairement, viennent renforcer l'action pathogène des hôtes normaux anaérobies des voies biliaires.

Des altérations globulaires au cours de l'ictère.

M. Vaquez. — Il est généralement admis que les globules rouges ne présentent aucune altération notable du fait de la présence des pigments biliaires dans le sang.

Des recherches que nous avons faites avec M. Ribierre, il résulte qu'il existe cependant une modification très importante, consistant dans l'augmentation parfois considérable du volume des hématies. Cette modification est constante et précoce. Elle se produit presque en même temps que l'ictère et disparaît lorsqu'il n'y a plus de pigments dans le sérum. Les globules rouges, qui, normalement et en moyenne, mesurent 7 μ 5, atteignent les dimensions de 8 à 9 μ et même plus. Certains, vraiment gigantesques, vont jusqu'à 12 μ.

Cette augmentation est surtout manifeste dans les ictères prolongés et dans l'ictère grave. Elle est d'ordre physique — car elle se produit, *in vitro*, avec des globules normaux, mis en présence de sérum ictérique — et est due, probablement, à la pénétration de certaines substances, encore indéterminées, dans le stroma globulaire.

Cette augmentation du volume des globules doit, à notre avis, favoriser, dans quelques cas, la plasmolyse et peut-être expliquer un certain nombre d'accidents que l'on voit survenir au cours de divers ictères.

Etudes sur la bactériolyse « in vitro ».

M. Levaditi (de Bucharest). — On sait, depuis les travaux de Neisser et Wechsberg, que, pour obtenir *in vitro* une bactériolyse complète, il est nécessaire d'employer des doses moyennes d'immun-sérum inactivé à 56°. Si l'on dépasse ces doses, on entrave la destruction des microbes, au lieu de la favoriser.

Les expériences que j'ai entreprises dans le but de préciser le mécanisme de ce phénomène paradoxal ont montré qu'il n'est dû ni à l'intervention d'un *anticomplément*, ni à une *déviation du complément* déterminée par l'excès d'ambocepteurs. Mes recherches m'autorisent à l'attribuer à un composant des sérums bactéricides, différent de la sensibilisatrice (*ambocepteur actif*). Ce composant, que j'appelle *ambocepteur inactif*, neutralise, d'une part, le complément et se fixe, d'autre part, sur les microbes, sans entraîner leur destruction. On peut, en chauffant un immun-sérum à 65°, annihiler le pouvoir sensibilisateur de ce sérum (ambocepteur. actif), tout en laissant intactes ses qualités empêchantes (ambocepteur inactif). Il n'y a donc aucun parallélisme entre le pouvoir sensibilisateur et le pouvoir empêchant d'un sérum bactéricide.

Des moyens de défense de l'organisme dans la cholémie.

MM. Gilbert et Herscher. — L'organisme fait usage, pour se défendre contre l'empoisonnement biliaire, de deux ordres de moyens : il lutte soit à l'aide des cellules fixes constitutives de ses tissus, soit à l'aide de ses éléments mobiles.

Ces derniers, c'est-à-dire les leucocytes, subissent, en effet, dans la cholémie, une augmentation de nombre rapide, abondante et persistante.

Quant aux éléments fixes, ils interviennent en éliminant et en modifiant les poisons biliaires. Le revêtement cutané contribue à cette élimination du fait de la desquamation, mais ce sont surtout les glandes qui agissent dans ce sens.

Le rein débarrasse l'organisme à la fois des pigments et des sels et son rôle paraît prédominant; d'autres glandes (glandes mammaires, sudorales, salivaires, etc.) se comportent d'une manière analogue, au moins en ce qui concerne les pigments.

Les modifications des éléments biliaires se produisent principalement dans le rein, qui transforme les pigments biliaires en urobiline, facilement éliminable, et dans la peau qui les convertit en mélanine et retient cette dernière substance à l'intérieur des cellules du corps muqueux.

Des lésions des ganglions rachidiens et des racines postérieures dans le tabes.

MM. Thomas et Hauser. — Nous avons examiné histologiquement les racines postérieures et les ganglions rachidiens d'un certain nombre de tabétiques. Très souvent nous avons constaté la présence, au niveau de ces organes, des lésions interstitielles décrites par M. Nageotte, mais ces lésions ne sont ni constantes ni proportionnelles à l'atrophie radiculaire. Le tabes est une maladie plus complexe; non seulement les racines postérieures sont malades, mais aussi les nerfs périphériques, cutanés et musculaires, et les nerfs sympathiques : il s'agit d'une névrite et même d'une névrite segmentaire. Peut-être *la prédominance* sur les racines postérieures est-elle expliquée par les lésions de méningite sur leur trajet, par une altération fonctionnelle des cellules ganglionnaires (car celles-ci présentent rarement des modifications anatomiques), par les altérations vasculaires et enfin par la moindre influence trophique de la cellule ganglionnaire sur la racine postérieure.

Passage des bacilles tuberculeux, après ingestion, dans les chylifères et le canal thoracique.

MM. J. Nicolas et **A. Descos** (de Lyon). — Nous avons constaté qu'en faisant ingérer à des chiens des bacilles de Koch en suspension dans une soupe grasse, on pouvait, dans certains cas, retrouver ces microbes, soit par la coloration soit par l'inoculation, et s'assurer que ces bacilles avaient passé dans le chyle et la lymphe du canal thoracique. On comprend l'importance de ces résultats, même inconstants, dans le mécanisme possible de la tuberculisation d'origine alimentaire.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 2 juillet 1902.

Hystérectomie abdominale avec « extrapéritonéalisation » du petit bassin.

M. Mackenrodt fait une communication dans laquelle il expose la technique qu'il a adoptée pour éviter les dangers résultant, dans l'hystérectomie abdominale, de la communication entre la cavité péritonéale et le petit bassin.

Ce procédé consiste, après dissection et relèvement des muscles droits de l'abdomen, à suturer, à la limite supérieure du pelvis, le feuillet pariétal antérieur du péritoine avec le feuillet pariétal postérieur, de façon que le petit bassin soit ainsi complètement isolé de la cavité abdominale; il faut seulement avoir soin d'établir un drainage efficace, pour prévenir l'infection du tissu cellulaire pelvien.

Cette intervention donne également accès sur le rectum, dont elle permet la résection. L'orateur a fait 11 hystérectomies par ce moyen; une seule de ses opérées a succombé : c'était une cardiaque.

Tumeur congénitale du rein.

M. Salzwedel présente un enfant chez lequel il a extirpé une tumeur congénitale du rein, dont la nature histologique est encore douteuse; cette intervention a été couronnée de succès, bien que les ganglions inguinaux et axillaires fussent déjà envahis.

Pour l'ablation des volumineux néoplasmes rénaux, l'orateur préconise la voie transpéritonéale de préférence à l'incision lombaire.

M. von Hansemann croit que la tumeur dont il s'agit ici est un de ces néoplasmes embryonnaires mixtes provenant, comme l'a démontré Birch-Hirschfeld, des restes du corps de Wolff.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 7 et 14 juillet 1902.

Sur les rapports existant entre la pommelière et la tuberculose humaine.

M. Max Wolff. — Un cas que j'ai observé à la clinique de M. von Leyden m'a permis de faire quelques recherches sur la question des rapports existant entre la tuberculose humaine et la pommelière des bovidés. Il s'agit d'un homme qui souffrait depuis un an de troubles digestifs, de diarrhée et de douleurs de ventre, et qui succomba trois jours après son admission à l'hôpital. A l'autopsie, nous constatâmes une tuberculose intestinale ulcéreuse primitive, avec granulations miliaires sur le péritoine et dans la rate, sans aucune lésion des poumons ni des ganglions trachéo-bronchiques. Un cobaye fut inoculé avec les produits tuberculeux recueillis au cours de cette autopsie; il mourut de tuberculose en huit semaines. Un veau de cinq mois, ne réagissant pas à la tuberculine, reçut alors, au cou, une injection de l'émulsion filtrée de la rate et des poumons de ce cobaye; il se produisit une tuméfaction du cou, tuméfaction qui atteignit le volume d'un poing d'adulte. Une injection de tuberculine, faite au bout de quatre semaines, détermina une fièvre de 41°5; cinq semaines plus tard, une seconde épreuve fut également positive. L'animal succomba au quatre-vingt-cinquième jour, et son autopsie révéla des lésions typiques de pommelière : au point d'inoculation il existait une volumineuse tumeur avec dépôts caséeux, et les ganglions voisins renfermaient les masses caséo-calcaires caractéristiques de cette affection; les séreuses étaient profondément touchées; des nodules de pommelière s'observaient également au niveau de la rate, du foie, etc.; ces diverses productions, examinées au microscope, contenaient des cellules géantes et des bacilles tuberculeux. Enfin un cobaye, inoculé avec des substances infectieuses provenant de ce veau, périt avec des lésions tuberculeuses du poumon et du foie.

Ainsi, nous voyons qu'une tuberculose intestinale primitive de l'homme peut déterminer chez l'animal une pommelière, et d'autre part que cette dernière peut atteindre l'homme et évoluer chez lui sous les apparences d'une tuberculose miliaire.

Dans une autre série de recherches, j'ai injecté à un veau de l'expectoration de 5 tuberculeux; il survint au point d'inoculation un abcès dont le pus renfermait de nombreux bacilles de Koch; au bout de cinq semaines, l'épreuve de la tuberculine donna un résultat négatif; trois semaines plus tard, au contraire, la réaction fut positive; enfin une dernière injection demeura sans effet. A l'autopsie, tous les organes internes furent trouvés sains; au voisinage du point d'inoculation, les ganglions étaient ramollis et caséifiés; un autre ganglion, enlevé en une région plus éloignée, était même caséo-calcaire et contenait des bacilles. En somme, cet animal n'avait pas manifesté une réceptivité prononcée; un cobaye fut inoculé avec des produits provenant de ce veau; il mourut tuberculeux.

M. Stadelmann. — La preuve ne nous a pas été fournie qu'il se soit agi réellement de pommelière chez le malade de M. Max Wolff; de même, est-ce de pommelière ou de tuberculose qu'a été atteint le premier cobaye inoculé? En tout cas, je crois que ces expériences démontrent, contrairement à la nouvelle théorie de M. Koch, que ces deux affections sont identiques; peut-être diffèrent-elles seulement par la virulence des bacilles.

M. Max Wolff. — D'après M. Koch, la tuberculose ne peut pas engendrer la pommelière, et ma seconde série d'expériences paraît le démontrer. Dès lors, puisque les produits recueillis chez le malade que j'ai observé ont déterminé une pommelière typique chez le veau, c'est que c'est bien de pommelière que cet homme était atteint.

M. Möller. — Sur quoi M. Max Wolff se fonde-t-il pour déclarer que le premier cobaye inoculé n'était pas infecté avant cette inoculation? Et, d'autre part, quelle dose de tuberculine a-t-il injectée à son veau, pour s'assurer qu'il était indemne?

M. Max Wolff. — La tuberculose, chez le cobaye en question, fut bien consécutive à l'inoculation, car les lésions débutèrent par le point d'injection, puis envahirent les ganglions de voisinage et se propagèrent peu à peu. Pour ce qui est de l'épreuve de la tuberculine, chez le veau, j'ai employé la dose classique de 0 gr. 10 centigrammes.

M. Möller. — Je considère précisément cette dose comme insuffisante; c'est au moins 0 gr. 20 centigr. qu'il faut injecter.

Pour ma part, j'ai essayé d'infecter deux veaux avec des crachats de tuberculeux : l'un reçut des produits infectieux *per os*, il demeura complètement indemne; l'autre fut d'abord soumis, à trois reprises différentes, à l'inhalation de 0 gr. 25 centigr. d'une culture pure (en pulvérisations), puis on lui fit une injection sous-cutanée de crachats à l'épaule droite, et on lui badigeonna une plaie vive de l'épaule gauche avec une culture pure; le résultat de toutes ces manœuvres fut seulement la production d'un abcès à l'épaule gauche, sans aucune généralisation.

M. Max Wolff. — J'ai autopsié avant-hier 2 cobayes qui avaient ingéré des cultures pures diluées dans du lait; tous deux présentaient de grosses lésions tuberculeuses du poumon.

M. Lassar. — J'ai poursuivi mes recherches sur la tuberculose verruqueuse de la peau (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 7); pour cela, j'ai examiné 365 personnes employées aux abattoirs : sur ce nombre j'ai trouvé 7 cas typiques et 3 cas douteux de l'affection en question; c'est là une proportion relativement élevée, tout à fait en opposition avec la rareté de cette forme de tuberculose d'inoculation dans la population hospitalière. Ces faits me paraissent constituer un argument important en faveur de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme.

Greffes tendineuses pour paralysie infantile.

M. Hoffa (de Wurtzbourg) montre un certain nombre d'enfants qu'il a traités avec succès par la greffe tendineuse pour des paralysies infantiles ayant déterminé des difformités définitives : épaule et coude « ballants », paralysie dans le domaine du radial, pied calcanéo-valgus double, pied bot paralytique, etc.

M. Lazarus fait observer que, si la greffe tendineuse donne de bons résultats en cas de paralysie infantile, elle peut également être utilement appliquée au traitement de certaines paralysies de l'adulte.

M. Joachimsthal déclare que parfois la simple section des muscles contracturés se montre efficace; la couleur des muscles permet de se rendre compte de leur valeur fonctionnelle : alors que les muscles capables d'effort sont d'un rouge vif, les muscles paralysés ont une teinte jaune pâle.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 juin 1902.

Sur une maladie des ongles affectant les ouvriers « écharneurs de peaux ».

M. Leboucq fait, à propos d'une note adressée par M. D. Glibert (de Bruxelles), un rapport que nous résumons ainsi :

Dans la préparation des peaux destinées à la fabrication des fourrures artificielles, certains ouvriers (*écharneurs de peaux*) se livrent, sur les peaux soumises préalablement à une putréfaction partielle, à une sorte de dissection qu'ils pratiquent au moyen des ongles. Ce genre de travail détermine une maladie tout à fait spéciale de la lame unguéale, maladie revêtant deux formes principales; il s'agit tantôt d'un décollement de l'ongle qui se détache en tout ou en partie de son lit, tantôt d'un gonflement de la lame cornée qui devient noire et se désagrège plus ou moins complètement.

L'examen bactériologique, fait par M. Glibert dans un certain nombre de cas, a permis de déceler, au sein de la masse ramollie, l'existence de divers microorganismes qui ont tous été reconnus comme saprophytes.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur un cas de péritonite par propagation (sans perforation) survenue au cours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire, par MM. Véron et Busquet.

Il y a six ans environ, M. Dieulafoy s'efforçait d'établir que la notion de péritonite typhoïdique *par propagation*, devenue classique depuis la description de Trousseau, ne correspondait pas à la réalité des faits, et que les infections péritonéales survenant au cours de la dothiénentérie relevaient soit de la perforation de l'intestin, soit d'une lésion appendiculaire (*appendicites paratyphoïdes*) (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 432). Cependant, un cas plus récent de M. Chantemesse semble avoir rendu droit de cité en nosographie à la péritonite typhoïdique par propagation, et l'observation de MM. Véron et Busquet témoigne dans le même sens.

Un jeune soldat, peu de jours après son arrivée en Algérie, fut pris de symptômes assez vagues (céphalalgie, anorexie, sommeil troublé, etc., etc.); au bout d'une dizaine de jours, cet homme était à l'exercice, quand il ressentit brusquement dans le flanc droit une vive douleur qui le força à abandonner le champ de manœuvres; quelques heures plus tard, la fièvre s'allumait, en même temps que survenaient des nausées et des vomissements.

Les jours suivants, se sentant un peu mieux, le malade revint prendre part aux exercices militaires, mais bientôt — deux semaines environ après l'apparition des premiers troubles — il dut se faire admettre à l'hôpital.

A ce moment, l'état général était fort grave : température au-dessus de 39°, pouls à 120, vomissements continus et porracés, langue sèche, ventre météorisé et douloureux, etc.; on ne constatait pas de taches rosées; par contre, la séroréaction, positive à 1 pour 200, permit d'affirmer le diagnostic de fièvre typhoïde. L'existence d'une péritonite concomitante ne faisant aucun doute — et l'hypothèse d'une appendicite paratyphoïde paraissant, en raison de la marche de la maladie, plus vraisemblable que celle de perforation intestinale —, on se décida à tenter la laparotomie. Or, à l'ouverture du ventre, on ne rencontra ni le pus franc des abcès appendiculaires enkystés, ni le liquide louche et fétide de l'appendicite perforante aiguë, ni l'épanchement de gaz et de matières fécales de la perforation intestinale : la séreuse abdominale ne renfermait que la sérosité citrine, mélangée de flocons fibrineux, qui caractérise la péritonite simple. L'appendice était normal; quant à l'intestin, hyperémié, sa surface présentait par endroits, *en l'absence de toute perforation*, des plaques arrondies, d'un rouge brun, correspondant aux plaques de Peyer. La sérosité péritonéale, ensemencée sur les milieux usuels, donna naissance à des colonies de bacilles d'Eberth.

Le malade ayant succombé deux jours après l'opération aux progrès de l'infection péritonéale, l'autopsie ne fit que confirmer les constatations faites pendant la laparotomie : les plaques de Peyer étaient profondément ulcérées, et au niveau de certaines d'entre elles la séreuse était seule conservée, mais en aucun point l'examen le plus minutieux ne permit de découvrir la moindre perforation intestinale.

Il paraît donc bien démontré que le bacille d'Eberth est capable de franchir sans effraction la paroi intestinale; un fait expérimental observé par l'un des auteurs (Busquet) prouve que ce passage peut même se faire quand les parois de l'intestin sont saines : chez un lapin soumis à l'administration quotidienne *per os* d'une culture sur bouillon de bacille typhique, en vue de la production d'une infection éberthienne par ingestion, il se développa, sans lésion intestinale, une péritonite avec épanchement abondant (250 c.c.) dans lequel on put déceler le microbe en question. (*Rev. de méd.*, avril 1902.) — F. F.

Un cas de paronyxis tuberculeux d'inoculation, par M. Dalous.

Quoique les tuberculoses d'inoculation soient bien connues au point de vue clinique et anatomo-pathologique, il nous paraît intéressant de signaler le fait relaté par M. Dalous, en raison de la localisation un peu insolite qu'y affectaient les lésions.

Il s'agit d'un étudiant en médecine, n'offrant rien de bien particulier dans ses antécédents morbides, si ce n'est une attaque subaiguë de rhumatisme articulaire, accompagnée d'hydarthrose du genou gauche, dont l'évolution fut des plus traînantes, puisque l'articulation demeura douloureuse pendant près de deux ans.

Ce jeune homme, au cours de l'autopsie d'un tuberculeux, s'égratigna légèrement dans la rainure unguéale de l'annulaire gauche, en un point où il s'était déjà écorché la veille en se nettoyant les ongles. La région fut un peu sensible à la pression les jours suivants, et, trois semaines plus tard, il s'était formé un petit panaris sous-cutané dont l'incision donna issue à du pus louable.

La petite plaie semblait en voie de cicatrisation, quand il s'établit tout le long de l'ongle un léger suintement purulent qui détermina la production d'une croûtelle sous laquelle la sécrétion se tarit en peu de temps; néanmoins le bout du doigt restait toujours assez douloureux. Une contusion du doigt malade fut l'occasion d'une nouvelle poussée, au cours de laquelle on remarqua l'existence de trois petits pertuis par où apparurent des fongosités. Tout rentra bientôt dans l'ordre, sauf la sensibilité persistante de la région.

Au bout de trois mois, on observait encore de la rougeur du côté interne du doigt avec un léger suintement dans la rainure unguéale; l'application d'un pansement humide donna un nouveau coup de fouet aux lésions, qui prirent alors l'aspect d'un ongle incarné; deux petits abcès furent successivement ouverts, et leur débridement permit de mettre en évidence des fongosités qui remplissaient la rainure. Toutes ces masses furent enlevées ainsi que le bord interne de l'ongle; après curettage, on cautérisa au thermocautère toute la surface dénudée; enfin, on pratiqua l'ablation du ganglion épitrochléen correspondant, qui était légèrement augmenté de volume. La guérison se fit sans aucun incident.

La nature tuberculeuse des lésions que nous venons de décrire fut confirmée par les résultats de l'examen histologique, de même que par l'inoculation positive, à un cobaye, d'un fragment du ganglion épitrochléen. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, mars 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Emploi du nitrate et du nitrite de potasse contre l'hypertension artérielle chronique, par Sir Lauder Brunton.

Lorsque, par suite du progrès de l'âge, les parois artérielles commencent à perdre leur élasticité et offrent de la sorte une plus grande résistance au courant sanguin, il ne tarde pas à se produire une hypertrophie compensatrice du cœur, en même temps que la tension augmente dans les petites artères. Cette hypertension artérielle comporte, par elle-même, des dangers multiples : d'une part, elle menace le cœur dont les troubles se traduisent, en pareille occurrence, par l'angine de poitrine; d'autre part, elle peut amener une hémorrhagie cérébrale avec tout le cortège habituel de symptômes graves consécutifs à cet accident. Aussi comprend-on toute l'importance qu'il y a à disposer d'un moyen susceptible d'abaisser la tension sanguine. Sans doute, le nitrite d'amyle ou la nitroglycérine permettent d'obtenir rapidement une diminution de la pression artérielle, mais les effets de ces deux médicaments sont transitoires. Le tétranitrol, administré à la dose de 0 gr. 03 centigr. répétés trois fois par jour, exerce une action plus lente, mais aussi plus durable, de sorte que, par l'emploi prolongé de cette substance, on parvient quelquefois à prévenir les accès d'angine de poitrine chez les individus qui y sont sujets. Par contre, on ne saurait compter sur aucun de ces trois produits pour conjurer le danger de rupture d'une artère cérébrale; à cet effet, il faut un médicament à action encore plus lente, quoique plus faible, que celle du tétranitrol. A ces desiderata semble répondre un remède tombé aujourd'hui dans un oubli à peu près complet, le nitrate de potasse ou salpêtre.

C'est un vieux confrère qui a attiré l'attention de Sir Lauder Brunton sur ce produit, en lui apprenant qu'il a réussi à se débarrasser de la goutte au moyen de l'azotate de potasse, pris, tous les matins, à la dose de 1 gr. 20 centigr. dans 500 c.c. d'eau additionnée de 1 gr. 80 centigrammes de bicarbonate de potasse. Ce confrère avait remarqué que le salpêtre brut agissait d'une manière beaucoup plus efficace que le nitrate de potasse pur. La même constatation a été faite ensuite par Sir Lauder Brunton chez un goutteux de soixante-cinq ans, qui vint le consulter pour des épistaxis excessivement fréquentes et auquel il prescrivit l'azotate de potasse suivant la formule sus-mentionnée : quand on employa du salpêtre du commerce, les hémorrhagies nasales s'arrêtèrent immédiatement, tandis que le nitrate de potasse acheté dans une pharmacie resta sans effet. Frappé par ce fait, l'auteur se demanda si l'action du médicament n'était pas due précisément aux impuretés et à la décomposition partielle du sel de nitre avec formation de nitrites. Il prescrivit alors un mélange composé de 1 gr. 80 centigr. de bicarbonate de potasse, de 1 gr. 20 centigr. d'azotate de potasse et de 0 gr. 30 centigr. de nitrite de soude ou de nitrite de potasse. Ce mélange ayant produit les mêmes effets que le salpêtre brut, Sir Lauder Brunton l'ordonne depuis lors, d'une façon systématique, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'une hypertension artérielle durable. La médication peut être continuée, sans inconvénient, pendant plusieurs années consécutives, car les sels de potasse n'exercent une action nuisible sur le cœur qu'à la condition d'être absorbés à hautes doses. Tous les nitrites possèdent, comme on le sait, la propriété de dilater les petites artères et d'abaisser de la sorte la tension sanguine; les azotates agissent dans le même sens, mais d'une manière plus lente et plus durable (Leach). L'association de ces sels régularise la pression artérielle à la fois en modérant l'activité cardiaque et en dilatant les vaisseaux sanguins. Il y a plus : les sels de potasse exercent en même temps une action diurétique et contribuent ainsi à l'élimination de produits nuisibles qui déterminent une vasoconstriction par irritation réflexe du système sanguin.

Comme l'hypertension artérielle est loin de constituer l'apanage de la sclérose sénile des artères, et qu'elle s'observe également au cours des affections du rein, le traitement en question est tout indiqué dans le mal de Bright. Institué à la période précoce, avant l'apparition de l'albuminurie et de la pollakiurie nocturne, lorsque toute la symptomatologie se réduit encore au renforcement du second bruit du cœur au niveau de l'orifice aortique, ce traitement rendrait d'excellents services et permettrait d'éviter les complications habituelles liées à l'hypertension artérielle. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril 1902.) — L. CH.

Contribution à l'étude des ruptures itératives de l'utérus, par M. L. Kriwski.

L'extrême rareté des ruptures itératives de l'utérus mérite d'attirer l'attention sur le fait relaté par M. Kriwski, d'autant que, dans ce cas, la rupture se produisit deux fois sous ses yeux.

Une femme âgée de trente-trois ans, et dont le diamètre sous-promonto-pubien mesurait 10 centim. 1/2, se trouvait en travail à la fin du mois d'août 1899; c'était sa sixième grossesse; des 5 précédentes, une s'était terminée par avortement et deux par une intervention manuelle ou instrumentale. Le fœtus se présentait par le sommet en première position; douze heures après l'écoulement des eaux, l'engagement ne se faisant pas et, de plus, le col ayant tendance à se refermer, l'auteur résolut de tenter une version. Quand on pratiqua cette intervention, les douleurs avaient presque complètement disparu, mais le ventre était ballonné et le palper en était douloureux; le pouls était bon. Tandis qu'il explorait la cavité utérine à la recherche des pieds, et alors qu'il avait déjà reconnu le cordon qui présentait des battements, M. Kriwski éprouva distinctement la sensation d'une anse intestinale; au voisinage de celle-ci, c'est-à-dire à droite et un peu au-dessus du col, la paroi utérine semblait manquer. La version fut cependant achevée, mais il fallut broyer la tête dernière.

Les suites opératoires furent bonnes, à part une légère élévation thermique (38°5 au maximum). Il n'y eut jamais d'hémorrhagie. Au toucher, l'on rencontrait une déchirure dans la partie supérieure du col et, au palper, la moitié droite de l'excavation semblait occupée par un vaste exsudat, qui était en voie de disparition quatre semaines après l'accouchement. Ces divers symptômes permettaient de penser que la rupture et l'hémorrhagie s'étaient produites dans l'épaisseur du ligament large, et que le péritoine était demeuré intact.

Quatorze mois plus tard, cette femme se trouvant au quatrième mois d'une nouvelle grossesse, on lui démontra la nécessité de se soumettre à un accouchement prématuré; mais quand l'auteur la revit, elle était presque à terme. On provoqua néanmoins l'accouchement; au bout de sept heures, la poche des eaux se rompit; mais, à partir de ce moment, l'utérus prit une forme en sablier, les douleurs devinrent extrêmement violentes et les battements du cœur fœtal s'affaiblirent; d'autre part, l'engagement ne se faisait pas; aussi, dans la crainte d'une rupture utérine, recourut-on à l'opération césarienne. Au moment d'opérer, on fut fort étonné de percevoir, directement sous la peau de l'abdomen, de petites parties fœtales là où l'on sentait auparavant le dos : le vagin ne contenait cependant que quelques caillots, mais la présentation (un sommet en deuxième position) semblait avoir remonté. L'abdomen aussitôt incisé, on rencontra effectivement le siège; le fœtus et les membranes furent extraits par une déchirure qui, après rétraction de l'utérus, occupait la partie antérieure du segment infé-

rieur : elle était à peu près transversale et mesurait 7 centimètres. L'opération fut terminée par une hystérectomie supravaginale. Les suites opératoires furent excellentes.

Le segment utérin enlevé n'offrait pas trace de la première rupture, ni aucune altération pouvant expliquer la seconde. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janvier 1902.) — R. DE B.

Un cas de tuberculose chez l'homme par inoculation de tuberculose bovine, par M. P. Krause.

La question de la transmissibilité de la tuberculose des bovidés à l'homme étant toujours à l'ordre du jour — comme en témoigne la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de médecine interne de Berlin (Voir plus haut, p. 246) —, il nous paraît intéressant de relater ici brièvement l'observation publiée par M. Krause et qui, venant s'ajouter aux faits communiqués par M. Ravenel (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 251 et 1902, p. 238), montre une fois de plus le peu fondé de la théorie de M. Koch sur la non-identité de la pommelière et de la tuberculose humaine.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de trente ans, ayant toujours joui d'une bonne santé et exempt d'antécédents héréditaires, qui était employé dans un abattoir à titre d'équarrisseur d'animaux malades. Un jour, immédiatement après s'être enfoncé un éclat de bois dans le pouce droit, il fut appelé à dépecer une vache atteinte de pommelière. Le bras ne tarda pas à se tuméfier, et peu à peu toute l'extrémité fut prise jusqu'au creux axillaire. Bientôt le malade vit se former des abcès qui s'ouvrirent spontanément; puis, d'autres collections purulentes se produisirent, nécessitant plusieurs incisions. Comme, au point de vue de l'assurance, il importait de savoir s'il existait réellement un rapport de cause à effet entre le métier exercé par cet homme et l'affection qu'il présentait, M. Methner, dans le service duquel le patient entra deux ans environ après l'accident, excisa un ganglion lymphatique et un fragment de peau ulcérée en vue de l'examen microscopique. Celui-ci fut pratiqué à l'Institut anatomopathologique de Breslau et confirma le diagnostic de tuberculose porté par M. Methner, ainsi que par le médecin traitant qui avait vu le malade auparavant. Admis finalement à la clinique du professeur Kast, le patient y fut examiné de nouveau, en même temps qu'on lui extirpait un ganglion siégeant au niveau du bord interne du biceps : le microscope y décela la présence de tubercules typiques, de cellules géantes et de quelques bacilles de Koch. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 juin 1902.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La levure de bière dans le traitement des affections pulmonaires du vieillard.

Il y a deux ans environ, M. le docteur P. Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, après avoir eu l'occasion de voir survenir rapidement la guérison d'une pneumonie grave, sous l'influence de la levure de bière qu'il avait prescrite contre une furonculose concomitante, proposa de traiter d'une façon systématique les phlegmasies pulmonaires par cette médication (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 177). A en juger d'après les observations que M. le docteur J. Lardier a recueillies dans le service de M. le docteur Toupet, médecin des hôpitaux de Paris, et qu'il a consignées dans sa thèse inaugurale, la levure de bière constituerait également un bon moyen de traitement des bronchites aiguës ou chroniques chez les vieillards.

Dans la bronchite aiguë, la substance en question, employée à l'exclusion de tout autre médicament, resterait, il est vrai, sans effet sur l'évolution de la maladie à la période de crudité; mais il n'en serait plus de même dès que le mal est arrivé à la phase de coction et que le patient commence à expectorer des crachats épais d'un jaune verdâtre. En prescrivant alors de la levure sèche, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, on verrait l'expectoration diminuer sensiblement en l'espace de deux ou trois jours et la guérison s'établir au bout d'une à deux semaines.

Dans les vieux catarrhes bronchiques, si lointain que fût leur début et quelle que fût l'abondance de l'expectoration, l'emploi de la levure de bière amènerait d'abord une diminution rapide de la sécrétion bronchique et ensuite la guérison complète, en une quinzaine ou une vingtaine de jours. Toutefois, pour assurer le résultat, il serait utile de continuer encore l'usage du médicament durant une période de huit à quinze jours en moyenne. De plus, afin de prévenir le retour des accidents bronchiques, M. Lardier recommande d'administrer aux individus prédisposés la levure de bière, au début de l'hiver, pendant un mois environ, même en l'absence de toute manifestation du côté des bronches.

Notre confrère a également essayé la levure de bière contre la pneumonie, en l'utilisant, sur les conseils de M. Toupet, non pas dès le début de la maladie et pendant toute sa durée, comme le fait M. Marie, mais au moment de la défervescence, et cela afin d'éviter les accidents qui surviennent souvent, chez les vieillards, à cette période, le processus morbide ayant alors tendance à devenir chronique. Sous l'influence de la levure, un mieux notable ne tarderait pas à se manifester au bout de deux ou trois jours et on obtiendrait la guérison définitive en l'espace d'une à deux semaines.

Notre confrère administre la levure sèche, entre les repas, délayée soit dans de l'eau sucrée, soit dans du lait sucré, ou encore sous forme de cachets, si le goût du médicament déplaît au malade. Employée de la sorte, la levure agirait non seulement à titre de modificateur des sécrétions broncho-pulmonaires, mais aussi comme tonique.

Ajoutons que M. Lardier a eu recours, avec succès, à la même médication dans les affections thoraciques chez l'adulte et chez l'enfant.

Traitement de la méningite tuberculeuse à la période prodromique par l'application répétée de vésicatoires sur le cuir chevelu.

Sans vouloir contester la fatalité du pronostic de la méningite tuberculeuse *confirmée*, M. le docteur R. Tripier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lyon, estime que l'application de vésicatoires sur le cuir chevelu — moyen qui, après avoir jadis été en vogue, paraît aujourd'hui fort discrédité — est susceptible d'amener la guérison, à la condition qu'on y ait recours avant la production du moindre symptôme de contracture ou de parésie caractérisant la méningite confirmée.

Notre confrère commence par faire raser le cuir chevelu, puis il applique tous les jours une bandelette vésicante. Une des raisons qui ont contribué à faire rejeter cette méthode de traitement, c'est la crainte d'occasionner des souffrances aux malades. Or, d'après l'expérience de M. Tripier, ces applications ne seraient que peu ou point douloureuses. L'albuminurie elle-même, loin de constituer une contre-indication à l'emploi des vésicatoires, disparaîtrait avec les autres symptômes morbides sous l'influence de ce traitement.

Notre confrère a eu l'occasion d'utiliser avec succès ce procédé chez 6 patients dont l'âge variait entre deux et dix-huit ans, et chez lesquels on pouvait exclure l'hypothèse d'hystérie. Sans doute, le diagnostic de la période prodromique d'une méningite ne peut être basé que sur des probabilités; il importe, toutefois, de faire remarquer que dans un de ces cas, les mêmes troubles s'étant reproduits au bout d'un an et n'ayant pas été traités par la vésication, la méningite ne tarda pas à se confirmer et à entraîner l'issue fatale.

Aussi M. Tripier est-il d'avis que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un malade qui offre des symptômes paraissant se rapporter à la période prodromique de la méningite, on doit procéder à l'application d'une série de vésicatoires sur le cuir chevelu, et cela sans attendre que le diagnostic se précise, sous peine de voir l'affection passer dans une phase où elle échappe à toute intervention thérapeutique.

Le fil de lin comme matériel de suture et de ligature.

Après avoir longtemps utilisé les divers fils qu'on emploie habituellement en chirurgie, M. le docteur Arthur E. J. Barker, chirurgien de l'University College Hospital de Londres, a, depuis deux ans environ, arrêté son choix sur le fil de lin dont on se sert pour les machines à coudre et qui joint à la solidité l'avantage d'être très bon marché et facile à trouver partout. Il se laisserait, d'ailleurs, aisément désinfecter par l'ébullition dans de l'eau simple pendant une heure environ; on le conserve ensuite dans de l'alcool méthylique. Pour la suture de la paroi abdominale, ainsi que pour la ligature des grosses artères, notre confrère emploie le n° 40; dans d'autres cas, il se sert du fil n° 60, qui, tout en étant plus fin, est encore très solide; enfin, pour les entérorrhaphies et autres interventions du même genre, il prend le n° 90.

Préparé comme nous venons de le dire, le fil de lin n'irriterait pas les tissus, pourvu que les nœuds ne fussent pas trop serrés, et présenterait l'avantage de pouvoir être abandonné sans inconvénient dans la profondeur des organes.

Contrairement au fil de coton, qui ne convient guère à l'usage chirurgical, le fil de lin supporterait très bien l'ébullition.

L'oxymel scillitique dans le traitement de la coqueluche.

D'après 57 observations que M. le docteur Boulade a recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades et qu'il a consignées en partie dans sa thèse inaugurale, faite sous l'inspiration de M. le docteur J. Comby, médecin des hôpitaux de Paris, l'oxymel scillitique constituerait un excellent moyen de traitement de la coqueluche. M. Comby prescrit ce médicament à l'état de pureté, comme l'avait recommandé le docteur Netter (de Nancy) (Voir *Semaine Médicale*, 1886, p. 321), à la dose d'une à deux cuillerées à café par année d'âge. Administré, de préférence, entre cinq et six heures du soir, l'oxymel scillitique ne tarderait pas à amener une diminution dans le nombre et l'intensité des quintes et permettrait à l'enfant de reposer pendant la nuit. A l'encontre de la belladone et de l'atropine qui, tout en procurant un certain soulagement, restent sans effet sur la marche et la durée de la maladie, l'oxymel scillitique semble exercer une influence très sensible sur l'évolution même de l'affection. La médication serait, d'ailleurs, acceptée par les petits malades sans aucune répugnance et offrirait, sur le traitement par l'ozone, l'avantage de pouvoir être facilement employée dans la clientèle de ville.

Traitement électrolytique du xanthélasma.

L'excision du xanthélasma étant souvent difficilement acceptée par le malade et pouvant, en outre, créer une déformation cicatricielle plus disgracieuse que le mal lui-même, il nous paraît utile d'attirer l'attention sur les bons résultats qu'ont récemment obtenus M. le docteur L. Leplat (de Liège), d'une part, et M. le docteur P. Pansier (d'Avignon), d'autre part, en traitant cette affection au moyen de l'électrolyse qui, préconisée contre le xanthome il y a quinze ans environ, n'a cependant pas été employée jusqu'à présent d'une façon tant soit peu systématique.

On se sert d'aiguilles en platine, voire même en acier, qu'on relie au pôle négatif, le pôle positif étant appliqué sous forme d'une éponge sur la joue du patient. M. Leplat utilise des courants de 2 à 4 milliampères; pour peu que la plaque de xanthome soit volumineuse, M. Pansier n'hésite pas à employer des courants plus intenses (de 6 à 10 milliampères) qu'il laisse agir au moins pendant deux minutes. On peut soit ponctionner la tumeur plusieurs fois avec la même aiguille, comme le fait M. Leplat, soit introduire, suivant la technique adoptée par M. Pansier, simultanément plusieurs aiguilles, ce qui permet de réduire la durée de chaque séance. Les aiguilles doivent être insinuées très obliquement dans le derme. Afin d'éviter la douleur causée par le passage du courant et qui est, du reste, supportable, on peut pratiquer, au préalable, une injection de cocaïne; mais comme il se produit, sous l'influence de cette injection, un œdème notable de la paupière avec ecchymose, il est préférable de faire précéder l'électrolyse d'onctions sur la paupière avec un mélange composé de 3 grammes de menthol et d'autant d'hydrate de chloral pour 6 grammes de lanoline.

REVUE CRITIQUE

La digestion gastrique et intestinale et l'assimilation des substances albuminoïdes.

Dans aucun domaine des sciences médicales, les recherches de ces dernières années n'ont plus profondément modifié des opinions qui semblaient définitivement acquises, qu'en ce qui concerne la digestion des matières protéiques. L'étude de la digestion gastrique et intestinale, après les travaux de Kühne, ne paraissait incomplète que sur quelques points de détail; elle a repris un nouvel essor depuis que nous possédons des connaissances plus exactes concernant la constitution des substances albuminoïdes et de leurs dérivés. On croyait que la décomposition de ces corps se bornait à une hydrolyse donnant seulement naissance à des produits très voisins des substances ingérées : aux albumoses et aux peptones; or l'analyse chimique a révélé que l'action des ferments peptique et tryptique ne s'arrêtait pas là, mais avait pour effet de transformer les peptones en une multitude de corps cristallisés que nous pouvons également obtenir artificiellement par l'hydrolyse des substances albuminoïdes. Ces corps cristallisés ont acquis une très grande importance dans nos vues sur la résorption de l'albumine ingérée et sur la formation des matières protéiques du corps humain.

Au total, nous voyons qu'on peut classer les dérivés des albuminoïdes en deux groupes. Dans le premier, rentrent des corps offrant encore la plupart des réactions des substances protéiques, et notamment la réaction du biuret; ce sont les acidalbumoses, les albumoses primaires ou secondaires (deutéralbumoses) et les peptones. Le second comprend les corps cristallisés, dont les plus importants sont l'arginine, la lysine, l'histidine, le glycocolle, l'acide α-amidopropionique, la tyrosine, la leucine, les acides asparaginique et glutaminique, etc.

En outre, le nombre des ferments protéolytiques du tube digestif (parmi lesquels il faut citer en première ligne la pepsine et la trypsine) a singulièrement augmenté dans ces dernières années. Au cours de cette étude, nous verrons que dans l'estomac, à côté de la pepsine, la digestion est influencée par un autre ferment, la pseudopepsine, sécrétée par les glandes du pylore; dans l'intestin, ce sont les glandes de Brunner qui déversent un ferment protéolytique; enfin, dans la muqueuse intestinale elle-même, se trouverait un ferment, l'érepsine, ayant le pouvoir de décomposer les albumoses et les peptones provenant de la digestion antérieure.

I

Pour étudier la digestion peptique, nous pouvons partir de la discussion du schéma de Kühne, que je simplifie quelque peu :

Matière albuminoïde

Hémialbumose — Antialbumose

Hémipeptone. — Antipeptone.

Ce schéma, qui a prévalu très longtemps malgré la grande autorité de Hoppe-Seyler, lequel ne l'acceptait pas, résume les opinions de Kühne sur la question. D'après cet auteur, l'albumine se compose de deux parties, la partie hémi et la partie anti; toutes deux se transforment en leurs albumoses qui, sous l'influence de la digestion peptique, se scindent en peptones, celles-ci pouvant être considérées comme les produits terminaux de l'action peptique.

Nous reviendrons plus loin, quand nous étudierons la digestion tryptique, sur la question des hémi et des antipeptones; pour le moment, nous n'avons qu'à discuter le point de savoir si réellement l'action peptique s'arrête à la production des peptones ou si elle va jusqu'à la formation des substances cristallisées. Des travaux très intéressants parus dans le cours de ces dernières années tranchent la question d'une façon indiscutable : M. Lawrow (1), M. Zunz (2) et M. Langstein (3) ont isolé, parmi les produits d'une digestion peptique ayant duré quelques mois, produits qui ne contenaient plus guère trace de corps albuminoïdes, les substances cristallisées en question, et particulièrement la leucine, la tyrosine, la lysine (4), la putrescine et la cadaverine (tétra et pentaméthylènediamine). Ces données pourraient nous paraître inapplicables à la digestion dans le corps humain, si M. Zunz n'avait pas réussi à démontrer que, déjà au bout de trois ou quatre heures, une forte proportion (30 à 40 %) de l'albumine ingérée n'a plus la structure albuminoïde, car elle n'est plus précipitable par l'acide phosphotungstique. Il est donc établi que dans le cours de la digestion peptique, plus du tiers de l'albumine ingérée se décompose en produits cristallisés, qui sont absorbés par les muqueuses gastrique et intestinale.

M. Zunz (5), dans son très intéressant travail sur la digestion gastrique, relate les résultats de quelques expériences qu'il a instituées pour élucider les rapports existant entre les résorptions stomacale et intestinale des produits de la digestion peptique, et pour déterminer quelles sont les substances qui sont résorbées le plus rapidement. Il ressort de ces recherches — ayant consisté à injecter un mélange déterminé de produits de la digestion gastrique dans l'estomac isolé, et une autre portion identique dans une anse intestinale également isolée — que la résorption stomacale est beaucoup plus lente que la résorption intestinale et joue un rôle tout à fait secondaire comparativement à cette dernière. Et ce qui est particulièrement remarquable, c'est que les albumoses ne sont guère résorbées et que les peptones vraies n'ont qu'une importance très relative, car elles ne se trouvent qu'en proportions infimes. Les corps que la muqueuse gastrique résorbe sont surtout les substances non précipitables par l'acide phosphotungstique, c'est-à-dire des composés qui n'ont plus la structure albuminoïde et appartiennent au groupe des corps cristallisés énumérés plus haut.

J'ai évité jusqu'à présent d'identifier les termes de digestion gastrique et de digestion peptique, ce qui n'est plus possible depuis qu'un second ferment protéolytique a été découvert dans la muqueuse gastrique par M. Glässner (6), qui le désigne sous le nom de « pseudopepsine »; ce ferment, par ses propriétés, son mode d'action et les produits qui se forment sous son influence, diffère absolument de la pepsine et de la trypsine. Il est caractérisé par ce qu'il agit en solution alcaline, alors que la pepsine est détruite dans un tel milieu; qu'il donne naissance au tryptophane, produit qu'on n'a jamais pu isoler à la suite de la digestion peptique; qu'il agit en présence d'acide chlorhydrique libre et que la coexistence de pepsine n'empêche nullement son action. Nous ne sommes d'ailleurs pas renseignés sur son influence à l'égard de la digestion peptique et nous ne savons nullement pour quelle part il participe à la digestion des matières albuminoïdes dans l'estomac.

(1) D. Lawrow. Zur Kenntniss des Chemismus der peptischen und tryptischen Verdauung der Eiweisskörper. I. Mitteilung. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1901, XXXIII, 3-4, p. 312.)

(2) E. Zunz. Contribution à l'étude de la digestion peptique et gastrique des substances albuminoïdes. Bruxelles, 1902.

(3) L. Langstein. Zur Kenntniss der Endproducte der peptischen Verdauung. (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, I, p. 507.)

(4) L. Langstein. Die Endproducte des krystallisirten Ovalbumins. (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, II, p. 229.)

(5) Zunz. (*Loc. cit.*, p. 181.)

(6) Glässner. Ueber die örtliche Verteilung der Profermente. (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, I, p. 24.)

II

Si nous passons de la digestion gastrique à la digestion intestinale, nous avons en première ligne à nous occuper d'un ferment intermédiaire entre la pepsine et la trypsine, sécrété par les glandes de Brunner. Des essais antérieurs faits par MM. Gachet et Pachon (1) nous avaient appris que le duodénum isolé avait un pouvoir digestif très marqué, se traduisant par la dissolution de l'albumine coagulée qu'on introduit dans ce segment de l'intestin après avoir lié ses bouts supérieur et inférieur, ainsi que les canaux excréteurs du foie et du pancréas, et avoir fait un lavage minutieux de la muqueuse duodénale. En excluant de la sorte l'action de tout autre ferment, les auteurs précités avaient prouvé que la muqueuse duodénale produisait un ferment protéolytique. Ce ferment a été isolé comme sécrétion des glandes de Brunner par M. Glässner (2) de la manière suivante : après avoir gratté, au moyen d'un morceau de verre, la couche superficielle de la muqueuse intestinale pour enlever les glandes de Lieberkühn, on plonge la muqueuse pendant une à deux minutes dans de l'eau bouillante afin de détruire la pepsine et la trypsine qui pourraient se trouver dans les couches superficielles; puis on découpe cette muqueuse en petits morceaux, qu'on soumet à l'autodigestion pendant quelques jours à une température de 37°. La solution que l'on obtient après filtration (pour éliminer le résidu non digéré) a des propriétés protéolytiques très prononcées qui se manifestent soit en solution acide soit en solution alcaline, et aboutissent très vite à la réaction du tryptophane. Le ferment qui traduit ainsi son action paraît identique à la pseudopepsine sécrétée par les glandes du pylore, car il a les mêmes propriétés protéolytiques que celle-ci et il donne naissance aux mêmes produits; il est intermédiaire, par son mode d'action, entre la pepsine et la trypsine.

Nous arrivons maintenant à la digestion tryptique; pour l'étudier, nous allons suivre, comme nous l'avons fait pour la digestion peptique, le schéma de Kühne modifié d'après les données de M. Neumeister (3).

Matière albuminoïde

Hémialbumose — Antialbumose

Hémipeptone — Antipeptone

Leucine, tyrosine, etc.

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué à propos de la digestion peptique, la molécule albuminoïde se scinde, d'après les vues de Kühne, en deux parties, la partie hémi et la partie anti. Tandis que les corps du groupe hémi se désagrègent en corps cristallisés, le groupe anti résisterait à la digestion tryptique aussi bien qu'à la digestion gastrique et, formant l'antipeptone, constituerait ce qu'on appelle un produit terminal (*Endproduct*); résorbé comme tel, il se retransformerait en albumine coagulable dans la muqueuse intestinale, fournissant ainsi à l'organisme l'albumine nécessaire pour remplacer l'albumine désassimilée. Les produits cristallisés qui résultent de la digestion tryptique n'auraient au contraire, d'après Kühne, aucune valeur pour la restitution des organes et la néoformation des tissus de l'organisme; ils ne pourraient servir que comme corps combustibles.

(1) J. Gachet et V. Pachon. De la digestion de l'albumine par le duodénum. (*Arch. de physiol.*, avril 1898, p. 322.)

(2) Glässner. Ueber die Function der Brunner'schen Drüsen. (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, I, p. 105.)

(3) R. Neumeister. Lehrbuch der physiologischen Chemie mit Berücksichtigung der pathologischen Verhältnisse. 2e éd., p. 247. Iéna, 1897.

Les travaux qui ont été institués pour contrôler ces hypothèses de Kühne nous ont amenés à une conception tout à fait différente du processus de la digestion tryptique. Ce sont surtout les expériences de M. Kutscher qui nous ont appris que, au bout d'une digestion tryptique ayant duré de quatre à six semaines, les corps albuminoïdes ne se trouvent qu'en proportion infime, ou même ont totalement disparu, et que la partie que Kühne croyait inaltérable s'était décomposée en substances ne donnant plus aucune réaction des albuminoïdes. M. Kutscher a pu compléter sa démonstration en dissociant l'antipeptone, préparée selon le procédé de Kühne, en plusieurs corps cristallisés, soit acides, comme la leucine, la tyrosine, l'acide asparaginique et l'acide glutaminique, soit basiques, tels que l'arginine, l'histidine et la lysine. Ces résultats nous conduisent à une toute autre conception de la digestion tryptique, conception que nous pouvons synthétiser dans le schéma suivant :

Matière albuminoïde

|

Peptones

Leucine, tyrosine, lysine, arginine, histidine, ammoniaque, acides asparaginique et glutaminique.

On voit qu'il ne reste plus place, dans ce schéma, pour une substance de caractère protéique, et que les produits de la digestion tryptique sont sans exception des corps cristallisés.

Je ne voudrais pas terminer l'étude de la digestion tryptique sans parler d'un produit qu'on a récemment trouvé parmi les corps résultants de la digestion; dans le laboratoire de M. Hofmeister, à Strasbourg, M. Emerson (1) vient d'isoler l'oxyphényléthylamine, que M. Langstein (2) a également pu déceler parmi les produits de la digestion peptique. L'intérêt de ce corps réside dans son origine : M. Emerson a démontré, par des expériences très concluantes, qu'il se formait dans des proportions beaucoup plus fortes quand on ajoutait de la tyrosine aux substances subissant la digestion tryptique. Il est donc hors de doute que cette substance dérive de la tyrosine, dont elle diffère par une molécule d'acide carbonique en moins; c'est là le premier exemple d'une formation d'acide carbonique à la suite d'une action fermentative, sans absorption d'oxygène ni d'hydrogène. Un second exemple du même genre est fourni par la digestion peptique où M. Lawrow (3) a pu isoler la putrescine, laquelle pourrait très bien dériver de la lysine par la perte d'une molécule de CO^2.

Un dernier ferment qui décomposerait les corps protéiques a été découvert il y a peu de mois par M. Cohnheim (4). Ce ferment n'agirait que sur les albumoses et les peptones et serait incapable d'influencer les matières albuminoïdes intactes; il se trouverait dans la muqueuse intestinale et dissocierait en peu de temps les peptones en produits cristallisés, parmi lesquels M. Cohnheim a pu isoler la leucine et la tyrosine : c'est à cause de cette action rapide et intense qu'il lui a donné le nom d'*érepsine* (ἐρείπω, je détruis). Les faits sur lesquels cet auteur s'appuie pour démontrer l'action de ce ferment sont les suivants : il soumet de la viande, pendant à peu près trente jours, à la digestion peptique, après quoi il ajoute à la solution obtenue, qui donne une belle réaction du biuret, des morceaux de muqueuse intestinale récemment recueillis; au bout de quelques heures la réaction du biuret a disparu, et l'on trouve dans la solution de la leucine et de la tyrosine. Ces expériences ne me paraissent pas très concluantes et soulèvent des objections bien graves : la solution qui résulte d'une digestion aussi longue, et qui, d'après les analyses de M. Cohnheim lui-même, ne contient que des traces d'albumoses, ne peut, si l'on en juge par les expériences de MM. Lawrow, Zunz et Langstein, renfermer également que des traces de peptones; or M. Cohnheim considère tout l'azote de cette solution, dans laquelle existent sûrement déjà tous les produits cristallisés de la digestion peptique, comme appartenant aux peptones. La disparition de la réaction du biuret n'est pas davantage un argument décisif, car on pourrait très bien l'expliquer par la présence de ferment tryptique imprégnant la muqueuse. M. Cohnheim, qui cherche à réfuter cette objection en invoquant l'inactivité de la prétendue érepsine sur l'albumine intacte, oublie que l'action de la trypsine sur l'albumine est beaucoup plus lente au commencement que celle de la pepsine. La présence de leucine et de tyrosine parmi les produits de la digestion effectuée par la muqueuse intestinale ne saurait non plus être probante, car ces produits se trouvaient sans aucun doute dans la solution à laquelle on a ajouté la muqueuse. Pour toutes ces raisons, je ne crois pas qu'on puisse regarder l'existence de l'érepsine comme absolument prouvée.

III

Nous avons vu, en étudiant la digestion gastrique et intestinale des corps protéiques, que partout la désagrégation de la molécule albuminoïde est beaucoup plus avancée qu'on ne l'avait soupçonné jusqu'à présent. La digestion gastrique, qu'on croyait limitée à la production d'albumoses et de peptones, ne s'arrête qu'aux produits cristallisés, et la digestion tryptique ne laisse plus subsister trace de corps ayant la structure albuminoïde.

Dans toute la longueur du tube digestif se manifeste donc la tendance de l'organisme à décomposer les corps protéiques en substances de structure très simple. On pourrait objecter que tous ces corps ont été obtenus comme produits de digestions ayant duré des semaines et des mois, et n'offrant par suite aucune analogie avec les conditions qui règlent l'action digestive dans le corps humain : le suc gastrique et le suc pancréatique agissent pendant quelques heures au plus, durant lesquelles la production d'albumoses et de peptones prévaudrait sur celle des corps cristallisés, lesquels ne pourraient se former qu'après une digestion de quelques jours ou de quelques semaines.

Il n'existe malheureusement qu'un petit nombre d'expériences aptes à élucider ce point, mais elles me semblent absolument concluantes dans ce sens que, déjà à l'état physiologique, la production des produits cristallisés l'emporte de beaucoup sur celle des albumoses.

Les recherches de M. Zunz (1), comme nous l'avons déjà indiqué, ont démontré que, au bout d'une digestion peptique de deux à trois heures, plus de 30 % de l'albumine ingérée se retrouve sous forme de produits cristallins; après dix heures, plus de la moitié de cette albumine a perdu la structure albuminoïde. Il est vrai que, dans des expériences instituées sur des chiens, le même auteur n'a pu retrouver qu'une faible partie de ces corps cristallisés, mais cette particularité s'explique par la résorption de ces produits.

Ces expériences ont été reprises à la clinique médicale de Bâle, sous la direction de M. le professeur Müller, par M. Emerson (2); celui-ci a observé qu'après quelques heures plus de 40 % de l'albumine ingérée se retrouve sous forme de corps cristallisés. L'étude plus approfondie de ces corps a amené l'auteur de ces recherches à des constatations des plus curieuses, capables d'éclairer la question si souvent discutée du déficit de l'acide chlorhydrique libre dans le contenu de l'estomac des malades atteints de cancer de l'estomac : en séparant les corps basiques (lysine, histidine et arginine) des corps acides, il a pu constater que les premiers existaient en proportion beaucoup plus forte dans le suc gastrique des cancéreux que dans celui des sujets normaux ou affectés de maladies d'estomac non cancéreuses. Comme il est démontré que dans le suc des cancéreux il y a autant de chlore que dans le suc gastrique normal, il faut admettre la présence, dans ce suc cancéreux, de corps basiques capables de fixer l'acide chlorhydrique sécrété par la paroi gastrique en quantité normale. Ces corps basiques ne sauraient être différents de ceux qui proviennent de la décomposition peptique des substances protéiques.

En ce qui concerne la digestion intestinale, nous n'avons que quelques données permettant de nous former un jugement sur la proportion des corps cristallisés par rapport aux produits albuminoïdes. Des expériences déjà très anciennes et complètement oubliées, instituées par Kölliker et Müller (1) sous la direction de M. Virchow, nous ont appris qu'il existe, dans le contenu intestinal de chiens en pleine digestion, des quantités très considérables de leucine et de tyrosine qu'on peut très facilement déceler en filtrant le contenu de l'intestin grêle, acidifié de quelques gouttes d'acide acétique, et en évaporant le liquide obtenu. Le même résultat ressort des expériences de Kühne (2) qui a également isolé de la leucine et de la tyrosine du contenu d'une anse intestinale dans laquelle il avait soumis de l'albumine à la digestion tryptique pendant quatre heures.

Des recherches toutes récentes de MM. Kutscher et Seemann (3) viennent de confirmer ces travaux et nous renseignent sur l'intensité de la digestion intestinale : un chien, porteur d'une fistule située à peu près vers le milieu de l'intestin grêle, évacuait après un repas de 500 grammes de viande un chyme qui ne contenait pas trace d'albumoses ni de peptones, mais d'où l'on pouvait isoler de la leucine, de la tyrosine et de la lysine, c'est-à-dire les produits qui se forment aussi à la suite de la digestion tryptique artificielle. Cette expérience, qui me paraît décisive, prouve que la décomposition de la molécule albuminoïde s'accomplit bien plus vite et plus complètement *intra corpus* que dans nos essais de laboratoire.

IV

Si nous cherchons à pénétrer la signification de cette décomposition si rapide et si intense de la molécule albuminoïde, nous aurons en première ligne à approfondir le sort des corps cristallisés qui prennent naissance pendant la digestion, puis nous devrons discuter la question de savoir si l'albumine servant à la constitution et au renouvellement des organes se forme par synthèse aux dépens de ces corps cristallisés, ou si elle provient de l'albumine résorbée comme telle, les corps cristallisés ne servant qu'à la combustion et comme matériel respiratoire.

Des recherches de MM. Kutscher et Seemann nous renseignent sur le sort des corps cristallisés. Le sang de chiens sacrifiés en pleine digestion, après un repas copieux de viande, ne contenait pas trace de leucine ni de tyrosine, alors que l'intestin en renfermait des quantités

(1) Emerson. Ueber das Auftreten von Oxyphenylethylamin bei der tryptischen Verdauung und über fermentative CO^2-Abspaltung. (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, I, p. 501.)

(2) Langstein. (*Loc. cit.*)

(3) Lawrow. (*Loc cit.*)

(4) O. Cohnheim. Die Umwandlung des Eiweiss durch die Darmwand. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1901, XXXIII, 5-6, p. 451.)

(1) Zunz. (*Loc. cit.*)

(2) Ch. P. Emerson. Der Einfluss des Carcinoms auf die gastrischen Verdauungsvorgänge. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1902, LXXII, 5-6, p. 415.)

(1) Kölliker et Müller. (*Verhandl. d. physik.-med. Gesellschaft in Würzburg*, 1856, VI, p. 507.)

(2) W. Kühne. Ueber die Verdauung der Eiweissstoffe durch den Pankreassaft. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1867, XXXIX, 1, p. 130.)

(3) F. Kutscher et I. Seemann. Zur Kenntniss der Verdauungsvorgänge im Dünndarm. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1902, XXXIV, 5-6, p. 528.)

considérables; les auteurs, surpris de ce résultat, ont admis que ces composés pouvaient se transformer par synthèse en albumine en traversant le foie. Ils ont donc repris les mêmes expériences en faisant circuler le sang par l'intestin, le cœur et les poumons, et en excluant tous les autres organes de la circulation : ils n'ont pu davantage déceler trace de leucine ou de tyrosine dans le sang de leurs animaux. Ces corps ne pouvaient donc pas avoir franchi la muqueuse intestinale; ils y avaient nécessairement subi une transformation. Leur recherche dans la muqueuse donna également des résultats négatifs; les acides monoaminés qui existaient en grande quantité dans le contenu intestinal ne se retrouvaient plus dans la paroi. Cette observation est analogue à celle de Hofmeister (1) qui a pu s'assurer que les albumoses du contenu stomacal n'étaient pas résorbées comme telles, mais subissaient une reconstitution en albumine dans la muqueuse; et ce point a été confirmé ultérieurement par M. Glässner (2). La probabilité que ces corps cristallisés soient retransformés en albumine est donc des plus grandes.

Cette probabilité devient même une certitude, si l'on s'en rapporte aux résultats d'une expérience de M. Löwi (3). Celui-ci a recherché s'il était possible de substituer, aux substances protéiques de la nourriture, les corps cristallisés issus de la digestion. Il a obtenu un mélange de ces corps, libre de substances protéiques, par l'autodigestion du pancréas prolongée pendant six à huit semaines. Les solutions obtenues de cette manière ne donnaient plus la réaction du biuret. En substituant ce mélange aux corps protéiques de la nourriture, il a maintenu un chien, pendant cinq semaines, en équilibre azoté, en même temps que le poids du corps montait de quelques centaines de grammes. Ce résultat ne saurait se comprendre que si les produits cristallisés se transforment dans l'organisme en substances protéiques, car il n'est pas possible de nourrir un animal sans albumine, ou bien alors celui-ci s'attaque aux corps protéiques de ses tissus, ce qui se traduit par une perte d'azote : au contraire, nous avons dit que, dans l'expérience de M. Löwi, l'azote excrété par l'urine et les matières fécales était égal à l'azote ingéré.

Ceci posé, nous arrivons à localiser la formation de l'albumine aux dépens des corps cristallisés dans les muqueuses stomacale et intestinale : nous pouvons, en effet, suivre ces corps jusqu'à leur entrée dans cette muqueuse, tandis qu'au delà nous ne retrouvons plus que de l'albumine.

Ces faits s'accordent au mieux avec les données que l'étude du sang nous a fournies. Nous savons par les recherches de M. Bordet, de MM. Wassermann et Schütze, etc., que tout corps protéique introduit dans le courant circulatoire se comporte comme un corps étranger et y provoque la formation d'une substance qui, ajoutée aux solutions de ce même corps, y détermine une coagulation. En utilisant cette méthode, nous arrivons à différencier des albuminoïdes qui, à l'analyse chimique, nous semblent identiques, quoiqu'ils proviennent d'espèces animales différentes. Si, dans le tube digestif, il n'y avait pas désagrégation complète, puis synthèse de l'albumine dans la muqueuse, on n'arriverait pas à comprendre la différence existant entre les corps qui se trouvent dans le sang et les corps ingérés. Il faut donc admettre que l'albumine étrangère se décompose en produits cristallisés et que la muqueuse intestinale les synthétise en albumine humaine, qui, résorbée dans le sang, peut servir à la reconstitution des organes, tandis qu'une albumine étrangère serait vouée à l'excrétion par l'urine.

Des expériences qui donnent un nouvel appui à cette manière de voir ont été entreprises par M. Ascoli (1). Il est admis par tous les auteurs que l'albumine d'œuf est le corps protéique qui passe le plus facilement dans l'urine, et une vieille règle clinique défend les œufs aux brightiques. Or, M. Ascoli a observé que le sérum d'un animal dans l'estomac duquel on a introduit du blanc d'œuf détermine un précipité dans le sérum d'un autre animal chez lequel on a provoqué, par des injections antérieures de blanc d'œuf, la formation d'une coaguline de l'albumine d'œuf. Ces expériences nous permettent de conclure qu'une albumine résorbée comme telle et non transformée en albumine humaine doit se comporter comme un corps étranger à la composition sanguine et, en conséquence, être éliminée par l'urine.

V

Toutes ces données démontrent que l'organisme humain ne résorbe pas l'albumine telle quelle, mais qu'il la forme par synthèse, aux dépens de produits cristallisés de nature non protéique; ainsi tombe une des dernières barrières qu'on avait voulu élever entre le règne animal et le règne végétal : jusqu'à présent, on avait admis que la synthèse des corps albuminoïdes était l'apanage des plantes et que les animaux ne pouvaient assimiler de l'albumine qu'autant qu'elle leur était fournie par un végétal. L'identité du processus d'assimilation de l'albumine dans les deux règnes est encore beaucoup plus complète si l'on considère les nombreux travaux de M. Schulze concernant le transport et la néoformation de l'albumine dans les parties croissantes des pousses étiolées de quelques légumineuses (*Lupinus*, *Vicia*); ils prouvent que l'albumine emmagasinée dans les pousses et destinée à la croissance n'est pas transportée comme telle dans les canaux servant à la nutrition, mais qu'elle se forme après un dédoublement donnant naissance aux mêmes produits qui résultent, chez les animaux, de l'action fermentative de la pepsine et de la trypsine (lysine, arginine, histidine, acides asparaginique et glutaminique, etc.). Ce sont ces produits qui circulent dans la plante et qui, pour la néoformation des cellules, se synthétisent en albumine; cette synthèse commence par l'accouplement de l'acide asparaginique avec le glucose. Nous voyons donc que l'analogie est presque complète, au point de vue du sort des albuminoïdes destinés à la nutrition, entre les plantes et les animaux.

L'étude plus approfondie encore des conditions du dédoublement et de la synthèse des corps protéiques, et du tissu où cette dernière a lieu, fera disparaître sans doute les quelques points obscurs qui nous cachent encore les détails de ce processus.

Dr E. Schmoll (de Bâle).

(1) F. Hofmeister. Das Verhalten des Peptons in der Magenschleimhaut. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1882, VI, 1, p. 69.)

(2) Glässner. Ueber die Umwandlung der Albumosen durch die Magenschleimhaut. (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, I, p. 328.)

(3) Löwi. Ueber Eiweisssynthese im Thierkörper. (*Centr.-Bl. f. Physiol.*, XV, p. 590.)

(1) M. Ascoli. Ueber den Mechanismus der Albuminurie durch Eiereiweiss. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 mars 1902, p. 398.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1902.

Plaie double du cœur par balle de revolver, traitée avec succès par l'intervention chirurgicale.

M. Peyrot lit, à propos d'un travail de M. Launay (de Paris), un rapport que nous résumons ainsi :

Le fait observé par M. Launay concerne un homme de vingt-six ans, qui s'était tiré un coup de revolver dans la région du cœur. Trois heures après, la percussion révèle une sonorité exagérée dans toute la moitié gauche du thorax; de ce côté les bruits respiratoires ne sont pas perçus et les bruits du cœur sont faibles et assourdis; de temps en temps on entend un bruit de clapotis (bruit de moulin). On diagnostique une plaie pénétrante de la plèvre gauche et du cœur et on pratique immédiatement une large ouverture du côté gauche du thorax : la cavité pleurale est remplie d'air et de sang; celui-ci provient d'une plaie péricardique située près de la pointe du cœur. Le péricarde est incisé et le cœur apparaît battant avec violence : il existe une plaie de la face antérieure du ventricule gauche — à 2 centimètres environ de la pointe —, par l'orifice de laquelle le sang ne s'écoule qu'au moment de la diastole. Cette plaie est facilement suturée par un surjet au catgut qui l'obture complètement. L'orifice de sortie de la balle, situé au niveau de la face postérieure du ventricule gauche, au voisinage de sa base, est également suturé.

Cela fait, on débarrassa la cavité péricardique des caillots qu'elle contenait et on referma le péricarde en plaçant un drain à sa partie inférieure. La plèvre fut ensuite nettoyée et le volet costal rabattu en laissant un second drain dans la plèvre. Les deux drains furent fixés à la paroi et le volet recousu sur tout son pourtour.

L'opération avait duré trente-cinq minutes; ses suites ont été très simples : les deux drains furent supprimés au bout de quarante-huit heures, les fils enlevés le huitième jour; deux jours plus tard, le malade se levait; il quittait l'hôpital peu de temps après, complètement rétabli.

Emploi de la gélatine « per os » dans le traitement de l'hémophilie, de l'albuminurie et de la glycosurie.

M. Lancereaux lit, à l'occasion d'une note de MM. Laffont et Lombard, un rapport dans lequel il montre que l'absorption de la gélatine par la voie gastrique, à la dose de 15 grammes par jour pris en quatre fois, est une méthode de traitement très efficace contre l'hémophilie.

Ce traitement peut être aussi mis en œuvre contre l'albuminurie et le diabète, mais on ne saurait actuellement lui attribuer d'autre résultat qu'une amélioration passagère, persistant aussi longtemps que les changements de plasticité du liquide sanguin inhérents à la médication gélatinée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 21 juillet 1902.

Production du sommeil et de l'anesthésie générale et locale par les courants électriques.

M. S. Leduc. — On peut, au moyen de courants électriques, réaliser instantanément l'inhibition complète des centres cérébraux, en procédant de la manière suivante :

On se sert d'un générateur de courants continus, ayant une faible résistance intérieure et permettant d'augmenter graduellement la force électromotrice (accumulateurs ou piles avec collecteur, réducteur de potentiel, etc.); on intercale dans le circuit un interrupteur donnant de 150 à 200 interruptions par seconde, ainsi qu'un milliampèremètre; l'animal en expérience (chien ou lapin) ayant la tête et le dos rasés, la cathode — formée de coton imprégné d'eau salée et recouvert d'une plaque métallique — est placée sur la tête, tandis qu'une large anode est maintenue sur le dos à la région postérieure du corps.

Les choses étant ainsi disposées, et l'interrupteur fonctionnant, on fait passer le courant dont on augmente la force électromotrice jusqu'à la production de contractures généralisées; l'animal tombe sur le flanc, la respiration s'arrête; on diminue alors la force du courant jusqu'à ce que les mouvements respiratoires se rétablissent. On obtient de la sorte un sommeil calme et régulier : la respiration et le cœur fonctionnent normalement, mais l'activité cérébrale est complètement abolie, et l'animal ne réagit à aucune excitation (pincement, piqûre, coupure), si ce n'est par quelques mouvements réflexes. Ce sommeil peut être très prolongé : certains de nos chiens ont été maintenus endormis à diverses reprises pendant plus de

deux heures sans inconvénient. Le réveil est immédiat, dès que le courant est interrompu; non seulement on n'observe pas d'effets consécutifs fâcheux, mais même les animaux semblent plus joyeux et plus gais.

L'établissement du courant suivant les principes que nous venons d'exposer ne semble pas douloureux. Au contraire, quand on l'établit lentement et progressivement, sans aller jusqu'à la phase de contractures généralisées, en un mot en s'efforçant de ne pas dépasser la dose nécessaire, le sommeil est précédé d'une période d'agitation et de contractions cloniques, et l'opération semble plus pénible.

Les courants qui nous ont le mieux réussi avaient de 150 à 200 intermittences par seconde, avec une tension de 12 à 30 volts et une intensité de 2 à 10 milliampères selon les animaux.

Par la même méthode, on peut obtenir chez l'homme l'anesthésie locale, en plaçant la cathode sur le trajet d'un nerf sensitif ou mixte superficiel (le médian au poignet, par exemple) : à une certaine intensité, le sujet accuse une forte sensation de fourmillement, non douloureuse, en même temps qu'il survient, dans la région innervée par le nerf, une insensibilité complète et absolue.

Sur le rôle de la rate dans la fonction hématolytique.

M. L. Lapicque. — Pour étudier l'importance hématolytique de la rate, j'ai fait, avec l'aide de M. Calugareanu, des transfusions de sang chez des chiens splénectomisés : on sait en effet que les hématies introduites par transfusion ne tardent pas à être détruites et éliminées. Or, j'ai pu m'assurer que la splénectomie préalable ne modifiait pas sensiblement la durée de l'hyperglobulie artificiellement obtenue : le taux des hématies revenait à la normale dans les délais normaux. Dans le but de rechercher quels sont les organes qui suppléent ainsi la rate au point de vue de l'hématolyse, je me suis adressé au dosage de la rubigine, substance facile à mettre en évidence et qui s'accumule dans les organes hématolytiques : je l'ai trouvée abondante surtout dans la moelle osseuse, et aussi, quoique à un plus faible degré, dans le foie.

Sur la présence de lécithine dans les végétaux.

MM. Schlagdenhauffen et **Reer.** — Nous avons pu nous assurer que la lécithine existe dans un grand nombre de végétaux, particulièrement dans les organes ou tissus contenant des corps gras libres ou combinés; d'après nos dosages, on en trouve dans les légumineuses de 0.26 à 0.61 %, dans les céréales de 0.10 à 0.18 %; elle atteint la proportion de 0.69 % pour l'avoine.

Si l'on dose maintenant non plus la lécithine, mais l'acide phosphorique *organique*, et qu'on le rapporte à l'acide phosphorique *total*, on trouve que ce rapport, variable suivant les espèces végétales, oscille entre 40 (orge) et 4.1 (sarrasin).

Enfin, on peut s'assurer qu'une partie du phosphore décelé dans les cendres existe sous la forme de phosphates de calcium ou de manganèse; ce fait permet de supposer que les bases, dans les lécithines végétales, sont constituées par ces deux métaux, au lieu et place de la choline et de la névrine des lécithines animales.

Variations de l'iode du sang.

MM. E. Gley et **P. Bourcet.** — Nous avons montré, il y a deux ans, que le sang contient normalement de l'iode, dans la proportion de 0 milligr. 013 à 0 milligr. 112 % (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 226). Poursuivant nos recherches sur ce sujet, nous nous sommes appliqués à déterminer quelles modifications imprime à la teneur du sang en iode une saignée copieuse (de 500 c.c. à 1,000 c.c., chez des chiens mâles, adultes, nourris de pain et de viande). Nous avons pu constater qu'après une telle perte sanguine, le taux de l'iode diminue rapidement et que cet élément finit même par disparaître tout à fait.

Par contre, la glande thyroïde, chez les animaux ainsi traités, renferme plus d'iode (0 milligramme 534 au lieu de 0 milligr. 4) que chez les chiens normaux; il semble donc que cet organe, non seulement retienne fortement son iode, mais encore fixe les petites quantités de ce corps qu'une alimentation faiblement iodée — comme l'était celle de nos animaux — fait passer dans le sang.

Les moustiques et la fièvre jaune à la Havane.

M. A. Poëy envoie une note tendant à démontrer que, depuis qu'on a institué la lutte contre les moustiques, à la Havane, la fièvre jaune a presque complètement disparu de cette ville. Les premières mesures prophylactiques ont été prises en février 1901 : dans l'été suivant, on n'enregistra que 5 décès par fièvre jaune, et du 28 septembre de la même année au 19 juin dernier il n'y aurait pas eu un seul cas de cette affection.

Le moustique propagateur de la fièvre jaune est le *Stegomyia fasciata;* c'est un insecte diurne, qui ne semble guère vivre plus de trente à quarante jours. Le rôle pathogénique des moustiques, au point de vue de la contagion de la fièvre jaune, paraît avoir été entrevu dès 1848 par Josiah Nott (de Mobile).

M. S. Dombrowski adresse une note relative à une méthode permettant de séparer, des liquides animaux ou végétaux complexes, la plupart des matières ternaires et plusieurs des bases qui peuvent les accompagner. Cette méthode consiste à traiter les liquides en question — l'urine, par exemple — par l'acétate neutre de plomb; ce réactif laisse, après filtration, un certain nombre de corps azotés, qu'on enlève par l'acétate neutre de mercure; après filtration et séparation du mercure, on trouve dans cette liqueur la plupart des corps ternaires et quelques rares composés azotés.

M. Foveau de Courmelles envoie une note portant pour titre : *Des énergies photochimiques comparées de diverses sources lumineuses.*

Séance du 28 juillet 1902.

Nature parasitaire (Oospora) de certaines dégénérescences calcaires de quelques néoplasies et de dystrophies spéciales du squelette.

MM. Charrin et **Delamarre.** — Dans les parois solides d'une tumeur kystique hydatique provenant d'un lapin, nous avons rencontré un parasite qui, en raison de ses caractères de forme, de culture, de fructification, etc., n'est autre qu'une espèce nouvelle d'*Oospora*, voisine — mais quelque peu différente — de l'*Oospora Guignardi.*

Avec ce parasite, dans le tissu conjonctif de cette tumeur existaient des dépôts calcaires sous forme concentrique, dégageant de l'acide carbonique (carbonate de chaux) sous l'influence d'un acide, rappelant en somme les calco-sphérites d'Henneguy. Or, si on mélange de la chaux à l'agar, on reconnaît que cet *Oospora* forme également du carbonate de chaux. En rapprochant ces différentes constatations, on est, par suite, amené à penser que ce champignon joue un rôle dans la genèse de cette dégénérescence calcaire. Ce fait est important, si l'on songe que cette action sur les substances calcaires constitue un attribut commun à plusieurs de ces champignons, dont diverses espèces ont déjà été rencontrées dans notre économie où la chaux ne manque pas.

La virulence de cet *Oospora* est faible. Le mal se borne en général à des réactions locales inflammatoires, ulcératives ou suppurées; par exception, on peut voir évoluer des pleurésies ou péricardites purulentes à fausses membranes toutes spéciales; mais ordinairement, dans ces conditions, il y a symbiose parasitaire. Chez quelques animaux on observe aussi des sortes de nodules sous-cutanés, tumeurs dont la structure purement inflammatoire ne rappelle pas, en général, celle des néoplasmes proprement dits.

Les plus intéressantes des lésions obtenues sont celles qui portent sur le squelette. Nous avons, en effet, constaté la formation de saillies costales, contenant toutes l'*Oospora*. Mais ces nodosités, véritable chapelet thoracique, n'ont pris naissance que chez des sujets affaiblis, spécialement chez des animaux légèrement acidifiés, ayant reçu des doses insuffisantes pour agir par elles-mêmes.

Tout en mettant en évidence ce rôle sans cesse croissant du terrain, ces résultats prouvent combien il peut être difficile de définir, à un moment donné, quelle est la nature — cellulaire, humorale ou parasitaire — d'une affection. Assurément, ces lésions osseuses contiennent bien le parasite; mais leur production exige cette dyscrasie acide, dyscrasie qui peut être l'œuvre de nos propres cellules troublées dans leur nutrition ou leurs fonctions ou celle des bactéries, cellules et bactéries agissant isolément ou en s'associant; autrement dit, si le terrain n'avait pas été modifié, ce parasite n'aurait pas évolué et lésé le squelette. Il y a lieu de remarquer que notre cellule aussi bien que la cellule bactérienne, génératrices de produits acides dissolvant les phosphates, sont aptes toutes les deux, séparément ou en se combinant, à altérer le squelette. C'est ce qu'on observe, en particulier, dans l'ostéomalacie, qui relève soit de troubles nutritifs ou fonctionnels de nos tissus (ostéomalacie de la gestation), soit d'un agent parasitaire, comme tendent à l'établir des recherches que nous poursuivons avec M. Moussu, et qui prouvent l'inoculabilité de cette cachexie osseuse, épidémique, contagieuse du porc, de la chèvre, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 16 et 23 juillet 1902.

De la gastrostomie par le procédé de la torsion.

M. Schwartz. — Le procédé usuel de gastrostomie présente un inconvénient : c'est que, si le malade néglige de cathétériser sa fistule, celle-ci se rétrécit rapidement et peut même finir par se fermer tout à fait. Aussi ai-je voulu essayer du procédé de gastrostomie par torsion, récemment imaginé par M. Souligoux (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 69 et 83); je l'ai appliqué chez un vieillard, qui est mort dans le marasme, au dix-septième jour, avec une désunion complète. Le seul temps un peu délicat de l'intervention avait été le repérage et l'incision de la muqueuse; pensant que les difficultés que j'avais éprouvées tenaient à ce que je possédais insuffisamment la technique, j'ai prié M. Souligoux de faire lui-même la gastrostomie par son procédé, chez un autre patient atteint d'un cancer de l'œsophage; mais j'ai également été frappé de la peine qu'a eue notre confrère à trouver et à inciser la muqueuse pour pénétrer dans la cavité stomacale. Néanmoins, cette fois, le résultat a été parfait, et la fistule reste continente, bien qu'il y ait un peu de rougeur autour de l'orifice.

En somme, le procédé de M. Souligoux me paraît très bon — malgré la difficulté de technique que je viens de vous signaler — quand il s'agit d'obtenir une bouche stomacale définitive, parce qu'il assure la permanence et la continence de la fistule; mais, pour les autres cas, je resterai fidèle au procédé que j'ai employé jusqu'ici.

M. Guinard. — Pour ne pas avoir de difficultés dans l'ouverture de l'estomac, après la torsion, il est nécessaire de saisir dès l'abord les trois tuniques de l'estomac ensemble. J'ai fait 6 fois l'opération de M. Souligoux : 4 de mes malades sont morts dans le mois qui a suivi l'intervention; chez les deux survivants, la bouche gastrique est tout à fait continente.

M. Monod. — Je crois que la rougeur signalée par M. Schwartz ne peut guère être expliquée que par une légère incontinence.

M. Reynier. — Je considère le procédé de M. Souligoux comme supérieur aux autres, au point de vue des facilités de l'alimentation du malade.

Des interventions pour occlusion intestinale par calculs biliaires.

M. Rochard. — Je dois vous faire un rapport sur 2 observations d'occlusion intestinale par calculs biliaires, qui nous ont été adressées par M. Lévêque (de Saint-Germain-en-Laye).

Le premier cas concerne une femme de soixante-dix-neuf ans, chez laquelle notre confrère pratiqua une laparotomie pour des accidents d'occlusion datant déjà de quelques jours; il sentit un corps étranger de l'intestin, attira au dehors l'anse intestinale qui renfermait ce corps étranger, et, au moyen d'une entérotomie,

put extraire un volumineux calcul; cette première opération a été suivie de guérison.

Dans le deuxième fait, M. Lévêque a été moins heureux; il s'agissait également d'une vieille femme qui, comme la première, n'avait jamais eu la moindre colique hépatique. Notre confrère sentit le calcul, mais ne put attirer au dehors l'anse adhérente qui le contenait; il fit alors cheminer le calcul jusque dans une portion accessible de l'intestin. La malade mourut de péritonite généralisée, et il semble que celle-ci ait été la conséquence de lésions des parois intestinales, déterminées par le refoulement du calcul.

M. Routier. — Au cours d'une laparotomie pour des accidents d'occlusion, j'ai trouvé un calcul volumineux qu'on n'aurait jamais pu faire cheminer dans l'intestin, car celui-ci enserrait fortement le corps étranger par une sorte de contracture spasmodique. J'ai enlevé le calcul, mais la malade n'a pas survécu à l'opération.

M. Reynier. — J'ai eu aussi l'occasion d'intervenir dans un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire, et mon opérée a succombé également; mais j'ai eu le tort de ne pas drainer largement le péritoine, et je me demande si, en prenant cette précaution, je n'aurais pas sauvé la malade.

M. Terrier. — Je ne crois pas que le drainage dont vient de parler M. Reynier puisse diminuer la gravité des accidents, et je pense plutôt qu'il ne faut pas hésiter à faire la résection de l'anse intestinale intéressée, lorsque ses parois paraissent altérées.

M. Tuffier. — J'ai opéré, pour occlusion par calcul, une femme chez laquelle j'ai pu constater cette striction de l'intestin sur le corps étranger, dont il vient d'être question. Mon opérée est morte au bout de vingt-six heures.

M. Ricard. — Je suis intervenu pour un cas du même genre, il y a une dizaine d'années; l'opération a été également suivie de mort rapide.

Résultats éloignés de l'extirpation du rectum par voie abdomino-périnéale.

M. Quénu. — J'ai pratiqué 7 fois l'extirpation du rectum par voie abdomino-périnéale, chez la femme, pour des cas de cancer, avec un seul décès. Chez une des 6 opérées qui ont guéri, la récidive s'est produite assez rapidement au niveau du foie, mais je crois que la localisation hépatique existait déjà au moment de l'intervention. Une autre a succombé à une hémorrhagie cérébrale, trois ans et quatre mois après l'opération; à l'autopsie, on n'a pas trouvé la moindre trace de récidive. J'ai revu et examiné une troisième malade pour laquelle l'intervention date de dix-huit mois; elle a en ce moment un peu d'incontinence vésicale et quelques douleurs de ventre, et, bien que le toucher vaginal ne révèle aucune récidive dans la concavité sacrée, je dois faire des réserves à son sujet. Une quatrième, opérée depuis trois ans, habite la Nièvre et son médecin m'a écrit qu'il n'avait constaté aucune récidive. Quant aux deux autres, opérées il y a quatre ans, leur santé est aussi bonne que possible. Etant donné que chez ces malades les lésions étaient très avancées, je crois qu'on peut considérer les résultats obtenus comme tout à fait satisfaisants.

Traitement de l'ectopie testiculaire.

M. Carlier (de Lille). — Je désire vous communiquer quelques réflexions à propos des faits qui ont été présentés par M. Mignon au cours de l'avant-dernière séance.

Divers orateurs n'ont pas admis qu'après la section de l'artère spermatique, le testicule pût demeurer utile, sinon au point de vue de la spermatogenèse, du moins au point de vue de sa sécrétion interne. Pour ma part, j'ai eu l'occasion de pratiquer un assez grand nombre d'opérations sur le cordon à un moment où l'on espérait, grâce à ces interventions, exercer une action efficace sur la marche de l'hypertrophie de la prostate. J'y ai eu recours aussi chez des hommes jeunes atteints de tuberculose épididymo-testiculaire, pour provoquer chez eux, comme l'avait préconisé M. Mauclaire, une transformation scléreuse de leurs lésions bacillaires. J'ai donc plusieurs fois sectionné intentionnellement tous les éléments du cordon, y compris les trois artères spermatique, déférentielle et funiculaire. Or, non seulement je n'ai pas observé de sphacèle du testicule, mais j'ai pu même constater que parfois la glande diminuait à peine de volume.

Surpris de ces résultats, je priai un de mes internes, M. J. Colle, de faire de nouvelles recherches sur la circulation artérielle du testicule. M. Colle a pu démontrer que l'artère funiculaire est presque toujours située en dehors et en arrière du cordon, ce qui fait qu'elle n'est ordinairement pas comprise dans une ligature en masse pratiquée sur le cordon. En outre — et ceci est plus important — il a prouvé, comme l'a rappelé M. Moty, que les trois artères s'anastomosent à plein canal au niveau de la queue de l'épididyme (*anastomose funiculo-spermatico-déférentielle*), en sorte qu'un seul des trois vaisseaux suffit à assurer la circulation artérielle testiculaire en cas de section des deux autres; mais dans 8 % des cas cette anastomose manque ou est insignifiante, ce qui explique que, chez certains sujets dépourvus de cette anastomose, la section de l'artère spermatique amène une atrophie très rapide du testicule.

Je n'ai pas une expérience suffisante du traitement de l'ectopie testiculaire chez l'enfant pour formuler une opinion personnelle, mais comme les opérés de M. Mignon avaient déjà un certain âge, je crois que la section de l'artère spermatique, qu'a pratiquée chez eux ce chirurgien pour pouvoir abaisser le testicule, était justifiée, et que ces malades conserveront un organe non dénué de toute valeur.

M. Mignon. — Je n'ai pas eu l'intention de présenter comme une méthode générale l'opération que j'ai pratiquée chez les trois malades dont je vous ai entretenus il y a quinze jours. C'est seulement dans les cas où l'on ne peut abaisser le testicule que j'ai proposé de sectionner tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent, puisqu'il faut alors se résoudre soit à pratiquer cette intervention, soit à refouler le testicule dans la cavité abdominale ou à en faire l'ablation — solutions qui ne sont pas sans présenter de graves inconvénients.

Néphrectomie pour kyste hydatique et cholécystotomie pour lithiase vésiculaire.

M. Terrier. — M. Pluyette (de Marseille) nous a envoyé une observation qui fait l'objet de ce rapport. Il s'agit d'une femme chez laquelle on avait porté le diagnostic d'hydronéphrose ou de kyste hydatique du rein. Une laparotomie latérale, pratiquée sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, mit à découvert la tumeur, dont la ponction montra que l'on avait affaire à un kyste hydatique; le rein était très atrophié et notre confrère fit la néphrectomie. Après ablation du rein, il constata que la vésicule renfermait un grand nombre de calculs, et il pratiqua une cholécystotomie qui lui permit d'enlever 140 calculs; la vésicule fut ensuite refermée. Le résultat de cette double intervention fut excellent et la malade a parfaitement guéri.

Polype adénomateux de l'uretère, faisant saillie dans la vessie.

M. Albarran. — J'ai enlevé par la taille suspubienne une petite tumeur qui, développée au niveau de l'orifice urétéral du côté gauche, masquait complètement cet orifice et se présentait à l'examen cystoscopique comme un néoplasme de la vessie; en la soulevant avec le bec d'une sonde urétérale, je pus cependant me rendre compte que cette tumeur était pourvue d'un pédicule ayant son point de départ dans l'uretère. La vessie ouverte, je débridai l'orifice urétéral, et pus ainsi constater directement l'implantation du pédicule sur la portion terminale de l'uretère. L'examen histologique m'a montré qu'il s'agissait d'un adénome, sans transformation épithéliomateuse.

De l'insuffisance de l'ouverture simple des abcès dans le traitement de l'appendicite.

M. Poirier. — M. Gilis (de Montpellier) nous a communiqué un fait d'appendicite au sujet duquel vous m'avez chargé de vous faire un rapport. Notre confrère, appelé auprès d'un malade atteint d'appendicite au troisième jour, l'opéra immédiatement, et se contenta d'ouvrir une collection purulente sans rechercher l'appendice. Le soulagement fut immédiat, mais une fistule resta longtemps persistante. Trois nouvelles crises étant successivement survenues, M. Gilis se décida à enlever l'appendice, en profitant d'une accalmie. La dissection de l'appendice fut assez laborieuse, et il se produisit ultérieurement un dernier abcès, dont l'ouverture laissa une fistule stercorale qui guérit d'ailleurs spontanément. Finalement, la guérison définitive ne fut obtenue que dix-huit mois après la première opération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juillet 1902.

Boulimie pour les aliments carnés dans un cas de diabète azoturique.

M. de Massary montre, au nom de M. Civatte et au sien, une femme soignée depuis six ans pour un diabète azoturique, et dont l'embonpoint est non seulement conservé mais peut même passer pour exagéré, contrairement à ce qui s'observe habituellement chez ces malades : elle pèse 94 kilogrammes, en effet, alors que sa taille ne dépasse pas 1 m. 53. Cette femme, qui est polyphagique comme la plupart des diabétiques, présente, en outre, cette particularité d'avoir une appétence morbide uniquement pour les aliments carnés : obsédée continuellement par le besoin de manger de la viande, elle s'en procure par tous les moyens, en dérobe à l'étalage des bouchers et la dévore cuite ou crue, fraîche ou avariée. Par contre, les aliments féculents ou sucrés lui inspirent une répulsion presque invincible. Sa polydipsie est peu marquée : elle boit de 2 à 3 litres de liquide par jour et excrète dans les vingt-quatre heures de 60 à 100 grammes d'urée, de 5 à 10 grammes d'acide phosphorique et de 16 à 20 grammes de chlorures.

Malgré l'exagération du taux de l'urée, on peut se demander si cette femme est bien réellement atteinte d'un diabète azoturique et s'il ne s'agit pas simplement chez elle d'une perversion particulière de l'appétit, sorte de *carnomanie* comparable à la morphinomanie, à la dipsomanie, et dont la satisfaction aurait pour conséquence naturelle une augmentation des matériaux azotés de l'urine. Pour trancher la question, il faudrait savoir si l'azoturie a précédé la boulimie carnée, mais c'est un point qui n'a pu être établi ni par les commémoratifs, ni par l'interrogatoire de la malade.

Le pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire.

M. Lereboullet. — La *dyspepsie hyperpeptique*, d'après les recherches que nous avons faites, M. Gilbert et moi, est très fréquente chez les sujets atteints des affections que nous avons groupées sous le nom de *famille biliaire*. Les vives douleurs qui traduisent cette dyspepsie hyperpeptique, si elles surviennent d'ordinaire tardivement après le repas, peuvent parfois se montrer beaucoup plus précoces. En outre, il existe chez ces malades une *hypertension portale* qui peut amener une distension exagérée des veines stomacales et œsophagiennes et entraîner leur rupture, d'où la production d'hématémèses abondantes et immédiates, avec ou sans melæna. Cette superposition des douleurs et des hématémèses constitue un syndrome qui rappelle de très près le tableau classique de l'ulcère de l'estomac; aussi ce diagnostic avait-il été porté dans la plupart des cas que nous avons observés. La confusion est d'autant plus facile que souvent l'affection des voies biliaires, s'il s'agit par exemple de *cholémie familiale*, peut être méconnue. Pourtant il n'y a pas ulcère, au sens que l'on donne d'ordinaire à ce mot, mais *varice ulcérée*, comme le prouvent les constatations cliniques et anatomiques. Le diagnostic clinique peut d'ailleurs être fait. Les douleurs, en effet, même quand elles sont précoces, ne surviennent pas immédiatement après les repas. Les hématémèses, si elles sont abondantes, sont constituées par du sang veineux rouge foncé, et non par du sang artériel. L'examen objectif peut révéler une hypertrophie hépatique ou surtout splénique susceptible de rétrocéder au moment des hémorrhagies, ce qui montre bien le rôle de l'hypertension portale dans la production de celles-ci. Enfin, on peut relever divers autres symptômes de la cholémie, soit chez le malade lui-même, soit chez ses

parents, et l'examen du sérum permet, joint à tous ces éléments, d'éviter de confondre avec l'ulcère stomacal vrai *ce pseudo-ulcère d'origine biliaire*, dont l'existence est loin d'être exceptionnelle.

Gangrène de la bouche.

M. Galliard communique, en son nom et au nom de Mlle Francillon, l'observation d'une jeune fille de vingt ans, qui fut atteinte au commencement du mois dernier — sans cause apparente, en dehors du surmenage et d'une hygiène très défectueuse — d'une gangrène de la bouche. Cette affection débuta par de la courbature et des maux de tête, bientôt suivis de diarrhée, de difficulté pour ouvrir la bouche et de l'écoulement, par l'orifice buccal, d'un liquide sanieux extrêmement fétide. En examinant la cavité buccale, on constata l'existence d'ulcérations au niveau des lèvres et des gencives, ainsi que de deux eschares grisâtres à la face interne des joues, surtout de la joue gauche. Bien que l'état général fût des plus mauvais, la malade ne présenta jamais ni fièvre, ni tuméfaction ganglionnaire, ce qui dans l'espèce apportait une confirmation au diagnostic. L'examen du sang, pratiqué à diverses reprises, révéla une augmentation notable des globules blancs, en particulier des polynucléaires; le chiffre des hématies était, au contraire, inférieur à la normale.

A la suite de l'attouchement des eschares des joues avec le thermocautère, de lavages répétés de la bouche au moyen de solutions antiseptiques (eau phéniquée, solution de permanganate de potasse, eau oxygénée, etc.), et grâce aussi à une alimentation tonique associée à des injections répétées de sérum artificiel, les accidents gangreneux disparurent peu à peu et cette jeune fille se rétablit complètement.

Le signe d'Argyll-Robertson et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Widal. — On sait, depuis les travaux de M. Babinski, tout l'intérêt qui s'attache à l'étude du signe d'Argyll-Robertson, observé à l'état de symptôme nerveux isolé, ou à peu près isolé: l'an passé, MM. Babinski et Nageotte ont communiqué 4 cas où, le signe d'Argyll-Robertson étant le seul symptôme présenté par les patients, ils avaient constaté une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 176).

J'ai eu l'occasion d'examiner à ce point de vue, avec M. Lemierre, le liquide céphalo-rachidien de 6 malades. Chez 5 d'entre eux, le signe d'Argyll-Robertson existait à l'état isolé; chez le sixième on constatait, en plus, l'abolition des réflexes rotuliens; or, dans ces 6 cas, nous avons trouvé une lymphocytose nette du liquide céphalo-rachidien. Chez 2 de ces sujets on notait des antécédents certains de syphilis; chez un troisième, cette infection pouvait être soupçonnée mais non affirmée; chez les 3 autres, il n'y avait aucun antécédent spécifique. Le signe d'Argyll-Robertson, comme l'a démontré M. Babinski, semble cependant tellement lié à la syphilis, que nous avons considéré tous ces malades comme atteints de syphilis méconnue et que nous les avons soumis sans distinction au traitement spécifique intensif.

L'exploration méningée montrant la fréquence de la lymphocytose chez tous les sujets, prouve bien, grâce à ce symptôme anatomique, que le signe d'Argyll-Robertson, même isolé, décèle une altération organique des centres nerveux, venant irriter les méninges.

Les flux bilieux dans la cholémie familiale.

M. Lereboullet. — Les recherches que nous avons faites, M. Gilbert et moi, prouvent que, parmi les symptômes révélateurs de la cholémie familiale, les flux bilieux tiennent une place très importante. Ces flux de bile peuvent se montrer à l'état isolé, tantôt sous forme de vomissements, tantôt sous forme de selles survenant soit irrégulièrement, soit périodiquement. Lorsqu'il s'agit de vomissements, les matières fécales sont le plus souvent décolorées, au moins temporairement.

A côté des flux bilieux simples, on peut observer un autre type clinique, caractérisé par des migraines accompagnées de vomissements de bile. On peut voir aussi les flux bilieux coexister avec des douleurs abdominales plus ou moins violentes, hépatalgiques ou splénalgiques, et avec des phénomènes généraux fébriles qui peuvent être fort intenses. Ces derniers faits se rapprochent de ceux qui ont été décrits sous le nom de vomissements périodiques ou cycliques de l'enfance, et dont l'étiologie est encore mal précisée.

Dans tous les cas que nous avons observés, il a été facile de mettre en évidence la cholémie familiale, tant par l'examen du sérum que par les symptômes secondaires associés aux flux bilieux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 juillet 1902.

Sur la leucolyse produite par l'hyperthermie expérimentale.

M. Vincent. — Lorsqu'on fait des prises de sang chez des cobayes mis à l'étuve à une température de 41°, on constate que les globules ne sont pas altérés. Au contraire, dès que la température des animaux atteint 42°, le chiffre des leucocytes polynucléaires et des grands mononucléaires diminue progressivement, en même temps qu'apparaissent, en proportion anormale, des cellules éosinophiles ou amphophiles. Seuls les petits leucocytes mononucléaires ne sont pas modifiés dans leur nombre. A la mort de l'animal, la numération dénote une diminution globale des leucocytes qui sont, en moyenne, deux fois moins nombreux qu'avant l'expérience. La perte de l'équilibre thermique a entraîné celle de l'équilibre leucocytaire.

Chez les animaux déjà malades (tuberculose), en état d'inanition ou intoxiqués par des toxines microbiennes ou des poisons méthémoglobinisants tels que l'aniline, la mort par la chaleur est plus rapide et la leucolyse plus intense.

L'examen microscopique du sang montre que la raréfaction des leucocytes est due à une véritable destruction de ceux-ci. Elle débute par le gonflement du plasma et du noyau des polynucléaires et des grands mononucléaires, qui deviennent difficiles à colorer; plus tard la cellule n'est plus qu'un amas vacuolaire informe, à peine teinté par la thionine ou le triacide.

Chez les animaux qu'on retire assez tôt de l'étuve, et qui survivent, le sang renferme, le lendemain, un assez grand nombre de macrocytes; la présence de cadavres leucocytaires sollicite l'arrivée des grands macrophages dans le sang.

La proportion anormale des cellules acidophiles est peut-être en rapport avec le rôle de défense que, d'après M. Ehrlich, ces cellules jouent dans l'intoxication. J'ai constaté, du reste, que l'injection du sang des cobayes morts d'hyperthermie à de jeunes cobayes âgés de quelques jours détermine la cachexie et la mort de ces derniers sans lésion ni infection d'aucune nature. Ce sang était donc toxique.

La leucolyse produite par l'hyperthermie pourrait être utilisée pour mettre en liberté, dans le plasma sanguin, les alexines et les anticorps leucocytaires chez les cobayes expérimentalement infectés et immunisés.

Cette leucolyse et la destruction de la leuconucléaire expliquent peut-être la lenteur remarquable de la coagulation du sang, qu'on observe d'une manière constante chez les animaux morts d'hyperthermie.

D'autre part, lorsqu'on ensemence le sang ou les viscères des animaux mis à l'étuve à 41° et morts d'hyperthermie expérimentale, on obtient fréquemment des cultures microbiennes (staphylocoque, colibacille, coccobacille, streptocoque, etc.). Afin d'éviter la cause d'erreur résultant de la présence de bactéries pendant la digestion, je me suis servi d'animaux à jeun depuis au moins douze heures. Les examens ont été faits soit immédiatement après la mort, soit chez les animaux sacrifiés à diverses périodes de leur hyperthermie.

Le foie est, de tous les viscères, celui qui renferme le plus souvent des bactéries. Le sang et les organes ne sont en général envahis que lorsque la température de l'animal atteint 42°.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux que l'on obtient par la réfrigération intense ou le surmenage expérimental des animaux (Bouchard, Charrin et Roger).

L'urobilinurie dans la cholémie familiale.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — L'urobilinurie est très fréquente dans la cholémie familiale. Sur 50 malades dont nous avons systématiquement examiné le sérum et les urines à ce point de vue, nous avons constaté 25 fois une urobilinurie notable, 20 fois des traces légères d'urobiline, 5 fois seulement une absence complète de cette substance.

L'existence de cette urobilinurie s'explique facilement par la théorie de l'origine rénale de l'urobiline, récemment défendue par l'un de nous (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 228). Si l'acholurie existe dans ces faits, ce n'est pas en raison de l'imperméabilité rénale, souvent absente, ni à cause du faible degré de la cholémie, fréquemment assez marquée; c'est simplement parce que la totalité des pigments biliaires contenus dans le sérum est transformée au niveau du rein en urobiline. *Les sujets atteints de cholémie familiale sont donc bien acholuriques, mais en même temps urobilinuriques.* Il peut, par suite, être utile, lorsqu'on pense à la cholémie familiale, de rechercher dans les urines non les pigments biliaires vrais, qui font défaut dans la presque totalité des cas, mais l'urobiline, le plus souvent facile à mettre en évidence; sa présence doit être considérée comme révélatrice de la cholémie, au même titre que le teint cholémique, au même titre que les diverses pigmentations résultant de la transformation des pigments biliaires en mélanine au niveau de l'épiderme. Il convient donc, pour porter le diagnostic de cholémie familiale, de ne chercher ni l'ictère conjonctival, ni la cholurie, presque toujours absents, et de considérer comme signes révélateurs et les diverses pigmentations cutanées, surajoutées ou non au teint cholémique, et l'urobilinurie si fréquente dans la cholémie familiale.

De la résistance du sang dans l'ictère.

MM. Vaquez et **Ribierre.** — Au cours de l'ictère, les globules du sang acquièrent une résistance très marquée à l'action dissolvante de l'eau distillée. Les globules rouges s'hématolysent normalement à 0.44 ou à 0.42 % de chlorure de sodium (méthode d'Hamburger); or, par le fait de la présence de ces pigments biliaires dans le sang, ce chiffre s'abaisse à 0.36 ou 0.30 %. La gravité et l'ancienneté de l'ictère paraissent accuser encore plus l'importance de l'écart avec l'état normal.

Ce phénomène a surpris les auteurs qui l'ont constaté. Certains (Malassez, Chanel, etc.) l'ont expliqué en disant que, les globules les moins résistants disparaissant sous l'action hémolysante de la bile, les globules de plus forte résistance persistaient seuls et qu'il y avait de la sorte une augmentation plus apparente que réelle. Il n'en est rien, car les globules persistants présentent aussi une résistance supérieure à celle de tout autre sang.

L'explication nous semble tout autre. Les globules d'un sang normal mis pendant vingt heures au contact d'un sérum ictérique, offrent également de ce fait une augmentation de leur résistance liée à la présence même de ce sérum, car si, après le mélange indiqué, on reprend ces mêmes globules et qu'on les centrifuge après lavage avec une solution physiologique de chlorure de sodium, ils retrouvent leur résistance primitive.

D'autre part, le chauffage du sérum ictérique à 55° détruit sa propriété antihémolysante vis-à-vis d'un sang normal.

Par contre, les globules du sang ictérique, séparés de leur sérum et lavés, conservent leur même augmentation de résistance vis-à-vis des solutions salines diluées.

Il nous semble donc que ce phénomène de l'augmentation de la résistance du sang ictérique réside dans la formation d'une véritable antihémolysine créée par vaccination naturelle, répartie dans le sérum et dans les globules, et capable de préserver également les globules d'un sang normal, sans qu'elle pénètre ces derniers. Sa destruction par le chauffage à 55° plaide encore en faveur de sa réalité.

M. Widal. — J'ai observé avec M. Ravaut une augmentation très nette de la résistance globulaire, à une épreuve pratiquée suivant la technique de M. Vaquez, chez un homme de vingt-neuf ans, atteint depuis de nombreuses

années d'ictère acholurique. Les urines n'ont jamais présenté de pigments biliaires, quel que fût le procédé employé; par contre, on y décelait parfois de l'urobiline en abondance. La réaction de Gmelin, avec le sérum, était douteuse. L'épreuve de la résistance globulaire décelait, au contraire, très facilement et suivant une intensité que l'on pouvait mesurer, l'imprégnation du sérum par des substances de la bile.

Injections intraveineuses de glycogène animal chez le lapin.

MM. P. Teissier et **Aly-Zaky**. — Des doses moyennes (de 2 à 3 grammes) de glycogène animal en solution aqueuse (glycogène hépatique du chien, du cheval, glycogène des moules), injectées dans la veine marginale de l'oreille du lapin, apportent quelques troubles à l'activité cellulaire générale, en particulier à l'activité de la cellule hépatique, provoquant ainsi des modifications transitoires de la nutrition, préjudiciables à l'organisme.

L'abaissement du rapport azoturique, du taux de l'urée, etc., d'une part, la congestion et l'hypertrophie du foie, la cholurie dans certains cas, d'autre part, témoignent de ces divers troubles.

Il semble que le foie, en présence de quantités anormales, sinon excessives, de glycogène animal, fasse effort pour l'emmagasiner ou le transformer, et que ce surcroît de travail aboutisse rapidement à une déviation fonctionnelle passagère de la cellule hépatique.

Virulence du liquide céphalo-rachidien au cours de la méningite tuberculeuse.

MM. Widal et **L. Le Sourd**. — Nous avons inoculé dans le péritoine de cobayes le liquide céphalo-rachidien recueilli pendant la vie chez 12 malades atteints de méningite tuberculeuse. Dans tous ces cas, les animaux sacrifiés ont présenté des lésions tuberculeuses. Dans nos premières recherches, nous inoculions à chaque cobaye 10 à 15 c.c. de liquide céphalo-rachidien, mais nous avons vu ensuite que les animaux devenaient tuberculeux après inoculation de doses beaucoup moindres : ainsi 4 cobayes ayant reçu respectivement 1, 2, 3, 5 c.c. de ce liquide offrirent tous les lésions classiques de la tuberculose.

Les épanchements de nature tuberculeuse développés au sein des séreuses, tels que les épanchements sérofibrineux de la plèvre, n'ont pas toujours une virulence aussi intense et aussi constante. Nous nous sommes assurés que le liquide céphalo-rachidien de phtisiques non atteints de méningite tuberculeuse est dépourvu de virulence.

Avant de parler à l'avenir de prétendues méningites tuberculeuses terminées par la guérison, il faudra donc avoir soin d'éprouver le liquide céphalo-rachidien par l'inoculation au cobaye.

Urticaire et prurigo d'origine biliaire.

MM. Gilbert et **Lereboullet**. — Dans la pathogénie de l'urticaire et des diverses variétés de prurigo, il faut faire jouer un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a fait jusqu'ici à la cholémie.

De très nombreux faits nous ont montré que, presque toujours, *l'urticaire est d'origine biliaire*. Quelle que soit la cause alimentaire incriminée par les malades, on retrouve facilement chez ceux-ci les signes révélateurs de la cholémie, décelée, en outre, par l'examen du sérum. Si donc les facteurs ordinairement invoqués à l'origine de l'urticaire sont valables comme causes occasionnelles, c'est la cholémie qui nous semble la cause prédisposante la plus importante et, selon nous, nécessaire dans presque tous les cas.

Les prurigos prêtent aux mêmes remarques. Récemment, nous avons pu suivre 2 malades atteints de *prurigo de Hebra* chez lesquels il a été facile de mettre en évidence le rôle de la cholémie, que révélaient tant les symptômes associés que l'examen du sérum. On peut donc se demander s'il n'y a pas lieu d'invoquer une pathogénie biliaire pour les cas de prurigo dont l'étiologie est actuellement mal précisée.

Ces constatations nous ont conduit à essayer dans ces cas de prurigo le traitement thyroïdien.

Nous avons constaté avec M. Herscher que l'ingestion de corps thyroïde fait disparaître ou tout au moins améliore notablement un des symptômes les plus pénibles de l'ictère, à savoir le prurit.

Nous avons noté aussi que, dans quelques cas, la réaction de Hay paraît modifiée par le traitement thyroïdien.

On admet généralement que le prurit des ictériques est occasionné par l'action des sels biliaires sur les terminaisons nerveuses; on considère, d'autre part, la réaction de Hay comme révélatrice de la présence de sels biliaires dans les urines. Nous avons été amenés ainsi à penser que le corps thyroïde est susceptible d'exercer sur les sels biliaires, directement ou indirectement, une action destructive ou modificatrice telle, que la toxicité de ces sels est diminuée.

Les quelques recherches expérimentales que nous avons faites ont donné des résultats favorables à cette conception. Nous avons constaté que, du fait de l'association du corps thyroïde, les solutions de sels biliaires sont moins toxiques pour des lapins auxquels on les injecte dans une veine de l'oreille. Si l'on divise une même solution de sels biliaires en deux parties, et si l'on injecte l'une pure et l'autre après l'avoir additionnée préalablement de corps thyroïde, on voit, en effet, qu'il faut une dose beaucoup plus considérable de la deuxième pour entraîner la mort de deux lapins de même poids.

Il semble donc que le corps thyroïde doive être rangé au nombre des glandes qui protègent l'organisme contre l'empoisonnement biliaire.

Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets préventifs et curatifs du sérum antitétanique.

MM. A. Descos et **H. Barthélemy** (de Lyon). — Pour faire suite aux travaux de M. S. Arloing sur les sérums antidiphtérique et anticharbonneux, nous avons étudié expérimentalement, chez le lapin, l'influence de la voie d'introduction sur les effets immunisants et thérapeutiques du sérum antitétanique. Voici le résultat de nos recherches :

1° *Injecté préventivement*, vingt-quatre heures avant la toxine, le sérum, quelle que soit la voie d'introduction, fournit une immunisation absolue à une dose égale à $^1/_{10,000}$ du poids du lapin; en utilisant la voie intraveineuse, la même immunisation peut être obtenue avec une quantité de sérum 10 fois plus faible.

Par les voies sous-cutanée et intraveineuse, il donne une immunisation imparfaite (survie avec accidents tétaniques) avec des doses égales à $^1/_{1,000,000}$ et $^1/_{10,000,000}$ du poids. En ce qui concerne les voies sous-arachnoïdienne et intracérébrale, les résultats ont été un peu moins favorables. Enfin la voie péritonéale s'est montrée nettement inférieure aux précédentes.

2° *Injecté immédiatement ou vingt-quatre heures après la toxine*, le sérum à la dose de $^1/_{10,000}$ du poids, quelle que soit la voie d'introduction, a empêché l'apparition ou considérablement atténué l'évolution du tétanos : les résultats les plus complets ont été obtenus par les voies intraveineuse et intracérébrale.

3° *Injecté à la fin de la période d'incubation ou au début des contractures*, le sérum, à la dose ordinaire, n'a empêché la mort qu'injecté par la voie intraveineuse. Mais employé à des doses plus élevées et répétées de douze heures en douze heures, il a amené la guérison des animaux, avec tétanos léger, par toutes les voies, sauf la voie intrapéritonéale.

4° *Injecté en pleine période tétanique*, le sérum, quelles que soient la voie et la dose employées, semble incapable de guérir le tétanos : à noter, toutefois, 2 cas de guérison de tétanos confirmé, *tous les deux par la voie sous-arachnoïdienne*. La voie intracérébrale est peut-être celle qui a donné les survies les plus longues, sans qu'il y ait rien de net à ce point de vue.

Des variations de volume de la rate pendant la grossesse.

MM. Bianchi et **Léri**. — Nous avons constaté, au moyen du phonendoscope, que le volume de la rate augmente d'une façon notable pendant la grossesse pour diminuer après l'accouchement, sauf chez les syphilitiques, qui normalement ont une rate très volumineuse.

Ces constatations confirment celles que MM. Charrin et Guillemonat ont faites antérieurement chez les cobayes; elles permettent de considérer la splénomégalie persistante comme un signe de grossesse, en raison de la précocité de ce phénomène, et sa prolongation après l'accouchement comme un signe d'infection chronique, de syphilis en particulier.

Valeur sémiotique du réflexe d'accommodation binauriculaire.

M. Gellé. — Une excitation de l'oreille droite provoque des mouvements synergiques des tympans droit et gauche à la fois : c'est le réflexe d'accommodation binauriculaire. Il naît d'un ébranlement labyrinthique, et disparaît dans les surdités d'origine labyrinthique. Il persiste, au contraire, dans les surdités d'origine cérébrale (surdité hystérique, psychique, surdité verbale, surdité par hémorragie, etc.).

Le foyer réflexe siège dans la moelle cervicale, car le réflexe disparaît dans les affections de cet organe (pachyméningite, mal de Pott cervical).

M. Quiserne adresse une note relatant des expériences qui prouvent que, chez les animaux privés de rate et soumis à une altitude de 1,500 mètres environ, la polyglobulie est notablement moins accusée que chez les témoins et, en outre, que le diamètre des hématies est légèrement accru.

M. Loisel communique les résultats de quelques expériences qui tendent à démontrer que le testicule est un grand destructeur de graisse pendant sa période d'activité sexuelle.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 juillet 1902.

Des lésions vasculaires du cerveau dans la paralysie générale.

M. Heger. — Dans un mémoire sur lequel je dois vous présenter un rapport, M. J. Havet (de Gheel) prouve, en s'appuyant sur une série de préparations microscopiques, que l'importance attribuée par M. Vogt aux cellules plasmatiques de Marschalko, au point de vue du diagnostic de la paralysie générale, n'est pas fondée. Il montre, en effet, qu'il est possible de constater la présence de ces éléments autour des vaisseaux cérébraux d'aliénés autres que les paralytiques généraux; de plus, ces cellules prétendues pathognomoniques peuvent faire défaut dans des cas indubitables de paralysie générale.

L'auteur combat également l'opinion de M. Mahaim (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 263) qui accorde une valeur considérable, pour le diagnostic de la même affection, à l'infiltration lymphocytaire de la gaine périvasculaire des vaisseaux cérébraux.

Il s'appuie sur ce fait, que cette lésion vasculaire peut se rencontrer dans des maladies mentales autres que la paralysie générale et les psychoses syphilitiques, et qu'elle est loin d'exister dans tous les cas de paralysie générale. D'ailleurs, cette infiltration n'est, à son avis, ni plus constante, ni plus facile à reconnaître que la présence des cellules plasmatiques de Marschalko.

Enfin, M. Havet signale, autour des vaisseaux cérébraux des paralytiques généraux, des éléments caractéristiques, qui, d'après lui, seraient des cellules plasmatiques *pathologiques*. Elles rappellent un peu les cellules plasmatiques de Marschalko par la forme et la situation de leur noyau. Mais leur protoplasma présente des particularités remarquables : il contient souvent des vacuoles très volumineuses et des granulations fortement colorées.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 38 cerveaux d'aliénés, dont 8 ou 9 de paralytiques généraux. Les coupes, pratiquées dans toutes les circonvolutions et d'une épaisseur de

2 à 5 μ, ont été colorées à la thionine, rapidement décolorées à l'alcool absolu, montées dans la glycérine et observées à l'objectif à immersion.

Dr KEIFFER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Tétanos consécutif à des injections de sérum gélatiné.

Nous avons signalé naguère un cas de tétanos consécutif à des injections d'une solution de gélatine à 2 % — observé par MM. Ch. Hochhalt et M. de Herczel (de Budapest) —, en même temps que les recherches bactériologiques instituées de divers côtés, concernant la présence de spores tétaniques dans la gélatine du commerce (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 96). Quatre nouveaux faits publiés presque simultanément par M. le docteur Gerulanos, ancien privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Kiel, actuellement chirurgien en chef de l'hôpital Evangelismos, à Athènes, par un confrère allemand, M. le docteur Georgi, et par M. le docteur Hans Lorenz, assistant de M. le docteur von Eiselsberg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Vienne, démontrent que l'infection tétanique, à la suite d'injections de sérum gélatiné, est loin de constituer une rareté.

Le premier de ces cas (Gerulanos) a trait à une malade atteinte de cancer du larynx, et chez laquelle on avait injecté, comme mesure prophylactique à l'égard de l'hémorrhagie, 4 grammes de gélatine dissoute dans 200 grammes d'eau. Cette solution avait été stérilisée par le pharmacien et l'injection fut faite avec toutes les précautions d'asepsie. La région de la cuisse au niveau de laquelle on avait pratiqué la piqûre présenta quelques jours plus tard une nécrose limitée, et au bout d'une semaine éclatait un tétanos très intense qui, malgré l'injection de sérum antitétanique, amena l'issue fatale en vingt-quatre heures. L'examen bactériologique ne permit cependant pas de déceler le bacille tétanique. Il est intéressant de constater que la solution de gélatine fournie par ce pharmacien avait été employée en même temps chez d'autres malades, sans aucun inconvénient.

Dans l'observation de M. Georgi, l'injection de gélatine avait été faite pour parer à une hémorrhagie très intense, consécutive à une blessure du foie. Le tétanos apparut six jours plus tard et causa la mort en quarante-huit heures. Le pus formé au niveau de l'injection, bien que ne renfermant pas de bacilles tétaniques, détermina l'apparition d'un tétanos mortel chez le lapin.

Les deux derniers faits, observés par M. Lorenz, concernent des malades du service de M. von Eiselsberg. Dans l'un de ces cas, une injection de 200 grammes de solution de gélatine à 1 %, pour une hémorrhagie vésicale intense, fut suivie, au bout d'une semaine, d'un tétanos qui entraîna la mort en deux jours. Dans l'autre, la solution de gélatine avait été injectée après l'extirpation d'un cancer rectal pour lutter contre une hémorrhagie post-opératoire; le tétanos survint six jours plus tard et amena l'issue fatale au bout de quarante-huit heures.

D'après M. Lorenz, ces accidents mortels pourraient s'expliquer par l'existence de toxine tétanique dans la gélatine, à défaut du bacille du tétanos lui-même.

Un nouveau procédé d'opération du ptosis.

Des divers procédés opératoires destinés à remédier au ptosis congénital, celui qui a été imaginé par M. le docteur Motais (d'Angers) paraît être le plus rationnel : il consiste à transplanter le tendon du releveur de la paupière supérieure sur celui du muscle droit supérieur de l'œil; mais, d'après un confrère suédois, M. le docteur G. Ahlström, ce dernier muscle serait trop faible pour remplir la double fonction qui lui échoit ainsi. D'autre part, les opérations ayant pour but de suturer le releveur de la paupière au muscle frontal n'atteignent généralement pas le but qu'on se propose : celui de restituer la motilité au muscle paralysé; elles ont, de plus, l'inconvénient de laisser souvent une cicatrice disgracieuse.

Pour ces diverses raisons, M. Ahlström pense que le mieux et le plus simple est de procéder de la manière suivante : une incision horizontale est faite entre le bord libre des paupières et les sourcils; l'on met à nu la surface périostique du rebord orbitaire, puis on dissèque et l'on isole sur ses deux faces et sur ses deux bords la portion du muscle releveur placée au-dessous, de façon à pouvoir le charger sur un ténotome. On passe alors sous le tendon du muscle ainsi isolé — et non dans ses insertions au cartilage tarse, ni dans le cartilage tarse lui-même — un fil armé de deux aiguilles; on soulève le muscle sur cette anse de fil et les aiguilles viennent ensuite traverser le périoste du rebord orbitaire à 15 ou 20 millimètres de distance l'une de l'autre. On vérifie l'attitude que donne à la paupière le déplacement du tendon, puis on noue les deux fils. Il va sans dire qu'il faut éviter de blesser la branche sus-orbitaire du frontal. Ce procédé a l'avantage de raccourcir en quelque sorte le muscle, grâce au coude qu'on lui fait subir.

Notre confrère a ainsi opéré deux malades. Pour l'un, l'intervention est encore récente, mais pour l'autre elle date d'un an déjà et le résultat fonctionnel est très satisfaisant : les deux fentes palpébrales ont presque même ouverture et l'occlusion est également complète des deux côtés; la cicatrice est invisible.

Idiosyncrasie pour la feuille d'uva ursi.

Un confrère hollandais, M. le docteur F. S. Meijers (d'Amsterdam), a eu l'occasion d'observer un cas intéressant d'intolérance à l'égard d'un médicament qui passait jusqu'ici pour très inoffensif.

Une femme de quarante-huit ans souffrait depuis quelques semaines d'une laryngite opiniâtre, s'accompagnant de violentes quintes de toux : celles-ci amenaient l'écoulement involontaire des urines, si bien qu'il en résulta à la longue une inflammation vulvaire, puis finalement de la cystite. M. Meijers prescrivit alors une décoction de feuilles d'uva ursi, dans la proportion de 30 grammes de feuilles pour 300 grammes d'eau : la malade en prit deux cuillerées à bouche, l'une dans l'après-midi et l'autre le soir. La nuit suivante, elle se réveilla avec de la dyspnée, des nausées et des vomissements. Le lendemain matin, la dyspnée persistait, le pouls était petit, irrégulier; il y avait de la cyanose et, sur le visage, la poitrine et le dos, se voyaient de grands placards éruptifs confluents, de coloration rouge vineuse, faisant une légère saillie au-dessus de la peau et rappelant l'urticaire, sauf que les démangeaisons faisaient défaut. Dans l'après-midi, ces divers symptômes augmentèrent encore d'intensité et on dut prescrire un peu de teinture de strophantus. Vers le soir la situation s'améliora et, après une bonne nuit, la guérison se trouva complète; au bout de trois jours, l'éruption avait disparu. Les urines, en raison de l'incontinence vésicale et d'un léger retour menstruel, ne purent être examinées qu'au troisième jour : elles ne contenaient qu'un peu d'albumine, due peut-être à l'écoulement menstruel, et qui disparut, d'ailleurs, bientôt. Quant à la décoction absorbée par la malade, elle ne renfermait, d'après l'analyse chimique qui en fut faite, aucun principe anormal.

Rappelons à ce propos que M. Lewin a déjà signalé un exemple d'intolérance pour l'uva ursi, mais dans ce cas l'éruption ortiée avait été le seul accident toxique observé.

Les sozoiodolates dans le traitement des conjonctivites.

Un médecin militaire russe, M. le docteur A. Chtchepinsky, a expérimenté dans un grand nombre de cas de conjonctivite aiguë ou chronique les sels solubles d'acide sozoiodolique (acide biiodoparaphénolsulfonique) qui, quoique préconisés déjà il y a quelques années (Voir *Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. CCXVIII et 1897, Annexes, p. XXXVIII), ne sont cependant pas encore entrés dans la pratique oculistique courante. Notre confrère a employé le sozoiodolate de soude et surtout le sozoiodolate de zinc qu'on prescrit habituellement en solution de 2 à 6 %. Dans les cas légers, M. Chtchepinsky se borne à retourner les paupières et à pratiquer un simple lavage, d'abord avec la solution médicamenteuse, ensuite avec de l'eau; dans les formes plus graves, il commence par débarrasser la conjonctive du pus et des produits de sécrétion qui la recouvrent, puis il instille dans le sac conjonctival deux ou trois gouttes de la solution de sozoiodolate. Le plus souvent, cette instillation est faite une fois par jour, mais on peut, au besoin, la répéter matin et soir. Dans la plupart des cas, elle provoque une légère sensation de cuisson qui diminue au bout d'environ cinq minutes pour disparaître complètement dans l'espace d'un quart d'heure, sans qu'on puisse constater, à ce moment-là, une exagération de l'hyperémie ou de la photophobie. Chez quelques malades le médicament ne déterminerait même aucune sensation désagréable.

Sous l'influence de ce moyen de traitement, les phénomènes inflammatoires ne tarderaient pas à disparaître, en même temps que la sécrétion purulente diminuerait, tout en se transformant en sécrétion purement catarrhale. D'après l'expérience de M. Chtchepinsky, le sozoiodolate de zinc se montrerait particulièrement utile contre la conjonctivite aiguë, ainsi que dans les poussées subaiguës des conjonctivites chroniques.

L'extrait thyroïdien contre la dysménorrhée douloureuse.

Appelé à donner ses soins à une femme atteinte de dysménorrhée douloureuse, un confrère américain, M. le docteur J. Coplin Stinson (de San Francisco), prescrivit, pour combattre l'obésité concomitante, de l'extrait thyroïdien. La patiente suivit le traitement quelques semaines et le continua pendant la période menstruelle qui, cette fois, évolua sans occasionner la moindre sensation douloureuse, tandis que tous les moyens qu'on avait employés antérieurement (suppositoires de belladone et d'opium, usage interne d'hydrate de chloral, de viburnum, etc.) n'avaient procuré à la malade qu'un soulagement insignifiant et peu durable. Depuis lors, cette femme a réussi à faire disparaître complètement sa dysménorrhée douloureuse, en prenant, deux jours avant l'époque présumée des règles, 0 gr. 06 centigr. d'extrait sec de glande thyroïde, répétés trois fois dans les vingt-quatre heures, et en doublant cette dose pendant la période menstruelle même.

Fort de cet exemple, M. Stinson a souvent eu recours à la thyroïdothérapie contre les troubles menstruels accompagnés de douleurs, et il en a obtenu la guérison dans plus de 80 % des cas. On sait, d'ailleurs, qu'en raison de la corrélation fonctionnelle étroite qui existe entre les organes génitaux et la glande thyroïde, l'opothérapie thyroïdienne a été plus d'une fois employée avec succès contre toute sorte de congestions et d'hyperplasies de la zone utéro-ovarienne.

Un procédé sûr d'incision cutanée du sac lacrymal.

Si dans les cas de dacryocystite chronique avec dilatation considérable du sac lacrymal il est aisé de pratiquer une incision à travers les téguments externes, il n'en est pas toujours de même lorsque le sac n'est que peu ou point dilaté, ou encore quand son contenu est complètement évacué. Afin de faciliter cette petite opération, M. le docteur A. Terson (de Paris) conseille de procéder ainsi qu'il suit : après avoir incisé le canalicule supérieur *en totalité*, on introduit par ce canalicule — quelques jours plus tard ou, au besoin, séance tenante — un crochet à strabisme jusque dans le sac, la concavité de l'instrument étant tournée en avant et en bas. A mesure qu'on relève contre le sourcil le manche du crochet, on sent l'olive mousse qui le termine contourner le tendon de l'orbiculaire, puis arriver brusquement au-dessous de son bord inférieur. La commissure externe étant alors tendue par un aide, il ne reste plus qu'à inciser sur ou contre le crochet qui bombe sous la peau, pour pénétrer directement dans le sac, quitte à agrandir ensuite l'incision, s'il le faut.

Ce procédé, qui rend inutile la recherche des points de repère sur lesquels on se guide habituellement, présenterait l'avantage d'être absolument sûr, le crochet à strabisme mettant le chirurgien à l'abri de toute fausse route.

CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Douzième session tenue à Grenoble du 1er au 7 août 1902.

Des tics en général.

M. Noguès (de Toulouse), *rapporteur*. — Les mouvements cloniques ou toniques désignés généralement sous le nom de *tics* ont, en réalité, des origines très diverses et sont loin de mériter tous cette appellation; il importe donc tout d'abord, sous peine de voir la discussion s'égarer, de s'entendre sur une terminologie précise et de bien spécifier les phénomènes anormaux auxquels le nom de *tics* convient.

Il faut en premier lieu séparer des tics proprement dits toutes les manifestations spasmodiques ressortissant à un substratum anatomique, à une lésion organique; il faut également classer à part les réactions musculaires qui sont la conséquence de névralgies diverses, en particulier de celle du trijumeau. Pour nous, les tics sont des mouvements *volontaires*, *habituels*, alternativement *conscients* et *inconscients*, *coordonnés*, *systématiques*. Mais ils ne sont pas que cela; ils ont quelques autres caractères qui ont été bien mis en lumière par MM. Meige et Feindel : les tics, disent ces auteurs, peuvent être considérés comme des *perturbations motrices d'actes fonctionnels*. Toutes les fonctions, d'ailleurs, ne sont pas aptes à donner naissance à des tics. Ainsi les fonctions de la vie végétative, comme la circulation, la digestion, etc., n'étant pas sous la dépendance de la volonté, les troubles qui peuvent survenir dans leur domaine ne seront jamais des tics. La respiration, au contraire, peut être influencée par la volonté; aussi y a-t-il des tics respiratoires, véritables anomalies de la fonction de respiration. De même, le clignotement est une perturbation de la fonction de nictitation, etc., etc. Enfin, les tics ne constituent pas seulement des *anomalies d'une fonction normale*, ils peuvent être encore l'expression d'une *fonction nouvelle* créée par le malade :

« Un homme remarque un jour qu'un mouvement de son bras détermine un craquement dans l'articulation de l'épaule. Ce bruit le frappe, le préoccupe, il essaye de le reproduire et, pour ce faire, remue son bras de certaine façon. Pendant un temps il répète ce geste, volontairement d'abord; bientôt il en prend l'habitude. Alors le geste se reproduit automatiquement et ne cesse de se répéter : c'est un tic. Et ce tic n'est-il pas un acte fonctionnel adapté à un but, la recherche du craquement? » (Meige et Feindel.)

Mais pourquoi le même geste plusieurs fois répété ne prend-il pas chez tous les sujets le caractère d'un tic?

Pour qu'il y ait tic, il faut que, la cause qui a engendré les mouvements ayant disparu, ceux-ci continuent à avoir lieu sans raison et sans but. Or ce phénomène ne s'observe que chez les sujets dont la volonté est impuissante à refréner ces mouvements paradoxaux, en raison d'un état psychique spécial qu'il est indispensable de connaître.

Le tic, a dit Charcot, est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence; c'est, par un côté, une maladie psychique; c'est un produit direct de la vésanie.

M. Brissaud a bien fait voir quelle influence avait sur les mouvements cet état mental : « Les tiqueurs, dit-il, dont l'intervention volontaire pourrait empêcher la convulsion sont, par malheur, de ceux chez lesquels la volonté est le plus débile : ce sont des cérébraux, des faibles ». Ils ont « un état mental spécial de bizarrerie, de l'excentricité, bref une tournure d'esprit qui marque plus ou moins de déséquilibration ».

Les tiqueurs sont donc des déséquilibrés psychiques, comme ils sont des déséquilibrés moteurs. A cet état de déséquilibration psychique sur lequel tous les auteurs sont d'accord, MM. Meige et Feindel ont voulu ajouter une autre anomalie, celle-là, d'après eux, caractéristique, pathognomonique même de la mentalité du tiqueur.

« Un caractère, disent-ils, sur lequel il ne nous semble pas qu'on ait suffisamment insisté et dont la constance est presque absolue, c'est que, *petits ou grands, les tiqueurs présentent l'état mental d'un âge inférieur à celui qu'ils ont en réalité.* Déjà, en 1825, Itard avait fait cette remarque et signalé chez ces malades une grande mobilité des idées et une légèreté d'esprit et de caractère qui n'appartiennent qu'à la première jeunesse et qui résiste aux progrès de l'âge. Rien n'est plus exact, et l'on peut dire que tous les tiqueurs ont un *état mental infantile...* » D'où le nom d'*infantilisme*, qui pour ces auteurs est la caractéristique de la tare mentale du tiqueur et qui revient à chaque instant dans leurs descriptions de son état psychique.

Cette assimilation de l'état mental du tiqueur avec celui de l'enfant n'est pas, croyons-nous, à l'abri de toute critique.

Assurément, le tiqueur a certains des caractères de la mentalité de l'enfant, notamment l'émotivité, la versatilité, l'aboulie, l'impulsivité. Mais il n'a que ceux-là et non pas les autres. Le plus souvent, en effet, l'intelligence des tiqueurs, leur instruction, leur finesse d'esprit, leur jugement, leur entente des affaires, sont ceux non pas d'enfants, mais d'hommes, voire même d'hommes supérieurs.

L'état mental des tiqueurs ne rappelle donc celui de l'enfant que par certaines particularités, plus marquées d'ailleurs chez eux que chez lui.

Cela suffit déjà à montrer que l'assimilation n'est pas complètement exacte et que, pour être conservée, elle devrait être au moins accompagnée de restrictions. Mais il y a plus : les particularités qui rapprochent l'état mental du tiqueur de celui de l'enfant se retrouvent chez les déséquilibrés, dont la caractéristique consiste précisément dans la coexistence de ces imperfections infantiles avec une évolution intellectuelle de par ailleurs complète, souvent même au-dessus de la normale.

Si bien que, en fin de compte, on en arrive à voir que l'état mental du tiqueur est exactement et uniquement celui du déséquilibré simple, et qu'en le comparant à celui-ci, on sous-entend nécessairement la part d'infantilisme qu'il comprend et qui est plus ou moins considérable suivant les cas.

Nous connaissons, maintenant, les deux éléments constitutifs essentiels du tic : le phénomène moteur et le trouble mental. Ils sont subordonnés l'un à l'autre et leur association constitue vraiment le syndrome qui a été désigné sous le nom de tic. Le tic est donc un trouble psychomoteur qui, par bien des côtés, peut être assimilé, comparé à une impulsion et plus spécialement à une obsession impulsive, puisque, comme dans celle-ci, il y a un besoin souvent anxieux, angoissant, d'accomplir l'acte anormal, suivi d'un sentiment de satisfaction lorsqu'il a été exécuté.

Il existe presque toujours, sinon toujours, une cause *occasionnelle*, *provocatrice* des mouvements anormaux, de l'acte moteur pathologique qui constitue l'un des éléments du tic : ainsi le tic de clignotement peut reconnaître pour cause la présence d'un corps étranger, d'un grain de poussière, d'un cil sous la paupière, une inflammation conjonctivale ou palpébrale; un tic de reniflement a souvent pour origine une croûte, une gerçure, un furoncle, un simple coryza; les tics de la tête peuvent être provoqués par une coiffure trop étroite ou mal assujettie. Une malade de M. Souques avait une fluxion dentaire qui avait duré quatre ou cinq jours; pendant cette fluxion, pour éviter la douleur, elle avait pris l'habitude de tourner la tête à droite et de la maintenir le plus longtemps possible dans cette position. Or, après la guérison, sa tête resta tournée, malgré elle, vers l'épaule droite, d'abord transitoirement, puis d'une façon continue; et c'est ainsi que s'établit un *torticolis mental*. Un détail de costume, un col trop étroit ou trop élevé, par exemple, sera le point de départ d'un tic de l'épaule, qui persistera même lorsque le col aura été élargi, abaissé ou supprimé.

Il arrive même quelquefois que le futur tiqueur, au lieu de s'employer à atténuer une gêne ou à éviter une douleur, recherche une sensation déjà éprouvée : à force d'être répété, le mouvement effectué dans ce but devient permanent, ne peut plus être refréné et le tic est constitué.

Parfois même, l'apparition d'un tic peut être favorisée par le souvenir d'un geste habituel et familier, tel le *tic du colporteur* décrit par M. Grasset : en souvenir de son ancien métier, le malade qui en était atteint reproduisait le geste de charger un ballot sur son épaule. Tel aussi le mouvement d'épaule du fantassin pour mettre son sac sur le dos au moment du départ.

Les maladies infectieuses, les intoxications, les émotions, les frayeurs, les traumatismes, peuvent provoquer l'éclosion des tics.

A côté de ces causes diverses, il en est une dont l'importance est considérable, surtout chez les enfants, c'est l'*imitation*. Les rapports fréquents d'un enfant prédisposé avec un tiqueur constituent une condition très favorable pour le développement d'un mouvement anormal; il suffit même de la vue accidentelle d'un tiqueur pour que l'enfant contracte un tic à son tour. En pareil cas, la rencontre et surtout la fréquentation d'un tiqueur seront la pire des malechances; rien n'est aussi contagieux que le tic entre prédisposés.

« Mais cette promiscuité n'est même pas nécessaire. Il suffit parfois d'un geste insolite exécuté par n'importe qui; le geste, par sa nouveauté, frappe l'esprit de l'enfant; aussitôt il s'essaie à le reproduire, il y parvient généralement, le refait avec complaisance, en éprouve quelque satisfaction, le réitère le lendemain et les jours suivants. L'habitude en est bientôt prise. Et, si l'on n'y prend garde, le mouvement, primitivement voulu, adapté à un but, peut dégénérer en véritable tic. » (Meige et Feindel.)

L'imitation, dont le rôle est si important dans la production des tics, semble présider également au développement de certaines manifestations telles que l'*écholalie*, l'*échokinésie*, la *coprolalie*, que l'on rencontre si fréquemment chez les tiqueurs.

Les tics apparaissent, en général, chez les jeunes gens au moment de la puberté, mais ils peuvent aussi se montrer aux autres périodes de la vie, sauf bien entendu chez les tout jeunes enfants.

De toutes les causes nécessaires pour les produire, la plus importante, celle sans laquelle il n'existe pas de vrais tics, c'est la prédisposition psychique.

C'est grâce à elle et aux troubles mentaux qui en sont la conséquence que les mouvements habituels du début ne peuvent plus être refrénés, deviennent inconscients, plus ou moins irrésistibles et se transforment en tics.

Cette prédisposition peut être héréditaire ou acquise.

Héréditaire, elle est parfois similaire : il existe, en effet, de nombreuses observations où plusieurs enfants d'une même famille présentaient les mêmes tics que leur père ou leur mère. Mais elle peut être également dissemblable; les lésions organiques du système nerveux, les maladies mentales, ou simplement un état névropathique plus ou moins marqué chez les ascendants, suffisent pour créer la prédisposition mentale du futur tiqueur.

Il est très fréquent de constater, sans qu'il soit besoin d'y insister, des associations et des alternances entre les tics et les maladies mentales ou nerveuses (hystérie, neurasthénie, épilepsie, etc.), mais on n'est nullement en droit pour cela de considérer les tics comme les produits directs de ces psychoses ou névroses.

Il nous faut maintenant examiner les caractères permettant de différencier les tics d'avec les maladies qui peuvent les simuler.

Nous avons déjà fait remarquer que dans le *spasme* les mouvements convulsifs ne sont pas influencés par la volonté; ils sont, en outre, plus brusques, instantanés, rapides, comparables à des excitations électriques, et ne sont pas modifiés par les émotions; douloureux quelquefois et s'accompagnant de troubles de la réflectivité, ils se produisent aussi bien pendant le sommeil que pendant la veille. Enfin, le plus souvent, ils affectent un territoire nerveux anatomiquement défini.

Les mouvements du tic, au contraire, sont coordonnés, systématiques, reproduisent un acte fonctionnel; ils sont atténués ou arrêtés momentanément par un effort volontaire; ils sont modifiés par la distraction, les émotions; ils disparaissent pendant le sommeil; ils n'entraînent pas de modification des réflexes; enfin ils sont liés à un état mental spécial de déséquilibration.

Il nous faut ajouter d'ailleurs que certaines localisations du tic prêtent particulièrement à la confusion. Ainsi le diagnostic entre le tic et le spasme facial est presque toujours très difficile : M. Erb avoue que « c'est un des problèmes les plus délicats de la neuropathologie » et M. Brissaud déclare que, dans bien des cas, il renonce à faire le diagnostic quand l'étiologie est muette.

De leur côté, MM. Meige et Feindel rapportent plusieurs exemples où, malgré l'examen le plus attentif, il a été impossible d'aboutir à une conclusion définitive; aussi ajoutent-ils : « Les cas sont nombreux où il est sage de se borner à la description des symptômes et à l'énoncé des arguments favorables au spasme. On ne peut en déduire que des présomptions en faveur de l'une ou de l'autre affection. Dans ces cas, la sagesse est de ne pas conclure. »

Il en est de même dans les faits de *torticolis-tic* et de *torticolis-spasme*. Ici aussi il importe de faire une enquête minutieuse sur les phénomènes objectifs et plus encore sur les manifestations psychiques présentées par le malade. Si les antécédents héréditaires et personnels mettent en lumière ce déséquilibre spécial signalé plus haut, il y a beaucoup de raisons pour que le torticolis puisse être qualifié de mental, surtout si l'on constate l'existence du geste antagoniste efficace.

Il est encore une autre catégorie de mouvements connus sous le nom de *stéréotypies* qui, par leurs étroites affinités avec les tics, ont pu être confondus avec eux : conscients et volontaires au début, ces mouvements deviennent plus tard automatiques par le fait même de leur répétition. Les stéréotypies ne s'observent guère que chez les aliénés et ont pour origine une idée délirante, à la disparition de laquelle il est fréquent de les voir survivre.

Mais de toutes les affections nerveuses avec lesquelles la confusion est possible, la *chorée de Sydenham* est celle qui offre avec le tic les analogies les plus frappantes.

Comme lui, elle débute dans l'enfance, en général entre huit et treize ans; toutefois, au lieu d'être coordonnés, brusques, saccadés, espacés, les mouvements des choréiques sont irréguliers, illogiques, absurdes, très rapides et se succèdent presque sans interruption; les contractions passent d'un groupe musculaire à l'autre sans aucun ordre et la volonté n'a pas d'action sur elles. « Le choréique fait ses mouvements devant le public, le tiqueur les fait dans la coulisse. » (Oddo.) En outre, tandis que le tiqueur n'est pas sensiblement gêné par ses secousses convulsives dans l'exécution de ses mouvements volontaires, le choréique est d'une maladresse insigne.

Il est plus facile de distinguer le tic d'avec la *chorée chronique de Huntington*, non pas que les phénomènes moteurs qu'on observe dans celle-ci soient caractéristiques; au contraire, ils ont de nombreux points de ressemblance avec le tic et aussi avec la « chorée variable »; mais ils sont associés à des troubles mentaux à marche progressive, se traduisant par un affaiblissement des facultés intellectuelles qui finit par aboutir à la démence et à la mort.

La *chorée rythmique hystérique* consiste en mouvements rythmés reproduisant des actes voulus, logiques, intentionnels, qui ont lieu sous forme d'accès plus ou moins longs (chorée saltatoire, natatoire, malléatoire) et se répètent à intervalles égaux. Ils se développent de plus, comme l'indique leur nom, chez des hystériques avérés.

Dans la *chorée de Bergeron* ou chorée électrique (*électrolepsie* de Tordeus), les mouvements sont très brusques, très rapides et ressemblent à une décharge électrique répétée d'une façon rythmée, à intervalles rapprochés ou à plusieurs minutes de distance. Ils cessent pendant le sommeil. Cette forme morbide est presque toujours sous la dépendance d'un trouble gastrique et se termine fréquemment par la guérison; pour M. Pitres, elle serait une manifestation de l'hystérie infantile, une variété de spasmes rythmiques hystériques.

La *chorée de Dubini* a un début brusque et s'accompagne de douleurs intenses, continues, occupant la tête, la nuque, etc., et de secousses électriques, d'abord localisées, mais qui deviennent bientôt générales. On observe aussi de grandes crises convulsives sans perte de connaissance, avec quelquefois des parésies des membres. Cette affection, qui se termine le plus souvent par la mort, ne saurait donc être confondue avec les tics.

La *chorée fibrillaire de Morvan* est une maladie de l'adolescence, constituée par des contractions fibrillaires cessant à l'occasion des mouvements volontaires. L'autonomie de cette variété morbide étant fort discutée, nous n'y insisterons pas.

Le *paramyoclonus multiplex* de Friedreich est caractérisé par des secousses musculaires cloniques se produisant d'abord dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs et se généralisant ensuite dans toutes les régions du corps; il est donc difficile de prendre ces mouvements pour des tics. Il en est de même des *crampes* ou *névroses professionnelles* (crampe des écrivains, des flûtistes, des télégraphistes), celles-ci ne survenant qu'à l'occasion de la mise en jeu de la fonction ou de la profession, *et uniquement en cette circonstance*.

Les tics étant constitués par deux ordres de phénomènes, les uns moteurs, les autres mentaux, il était légitime qu'on pensât à leur appliquer un double traitement, l'un s'adressant aux phénomènes moteurs — on peut l'appeler objectif —, l'autre ayant pour but de modifier l'état mental et tous les troubles qui en dépendent, et pouvant, par opposition, être désigné sous le nom de subjectif ou psychique.

Le *traitement objectif* ou *musculaire* comprend à la fois des agents médicamenteux, hygiéniques, orthopédiques, etc.

Il faut également y faire rentrer la méthode de rééducation des mouvements, récemment préconisée par MM. Brissaud, Meige et Feindel. Cette méthode se compose de deux parties inséparables l'une de l'autre et qui se complètent réciproquement : tout d'abord, on apprend au malade à garder l'immobilité pendant un laps de temps plus ou moins long; ensuite, on lui fait exécuter des mouvements commandés, mettant en jeu les muscles qui sont le siège du tic.

Les succès obtenus dans le bégaiement par la gymnastique respiratoire (récitation à haute voix, coupée périodiquement par de profondes respirations avec mouvements correspondants des bras) donnèrent l'idée à M. Pitres d'essayer ce moyen dans les tics. Et des observations déjà nombreuses prouvent que l'on n'agit pas ainsi seulement sur les tics respiratoires, mais aussi sur tous les autres tics, et que les heureux effets de la gymnastique en question sur les manifestations convulsives s'accompagnent toujours d'une amélioration sensible de l'état mental du tiqueur.

Enfin, tout récemment, MM. Meige et Feindel — se basant sur ce fait que nombre de tiqueurs n'ont pas une notion exacte de leurs attitudes — ont recommandé, dans le traitement des tics, de toujours placer le sujet devant un miroir (qu'il s'agisse de faire observer l'immobilité absolue, de faire exécuter des mouvements méthodiques ou des exercices respiratoires), afin qu'il puisse contrôler par le secours de la vue les incorrections de ses attitudes et de ses gestes : de la sorte, il fait beaucoup plus aisément les corrections nécessaires.

Le *traitement subjectif* ou *psychique* comprend la suggestion hypnotique et à l'état de veille, l'isolement et la psychothérapie proprement dite.

La suggestion hypnotique est rarement employée. Malgré qu'elle ait donné, dans quelques cas, des résultats encourageants, probablement chez des tiqueurs hystériques, nous pensons qu'il vaut mieux n'y avoir pas recours, en raison de l'inconvénient qu'elle a de diminuer la volonté.

La suggestion à l'état de veille peut, au contraire, produire d'excellents effets. Elle tient en éveil l'attention des malades et elle favorise l'éducation de la volonté dont on sollicite sans cesse les efforts. On est même en droit de se demander si les différentes méthodes rééducatrices dont nous venons de parler ne sont pas efficaces seulement par suggestion.

L'isolement, qui peut agir aussi de la même façon, ne s'impose pas chez tous les tiqueurs. Ces malades peuvent très bien guérir chez eux, mais à la condition indispensable que le médecin leur fasse des visites fréquentes, pour présider à certains exercices, et à la condition aussi qu'en son absence, la direction du traitement soit confiée à des personnes intelligentes, dévouées et jouissant d'une autorité suffisante sur le patient.

Dans les cas où ces conditions ne pourraient être réalisées dans la famille, il est nécessaire, indispensable même, d'isoler le tiqueur de son milieu habituel qui devient plutôt nuisible, et de le soumettre, dans un établissement spécial, à cette discipline physique et psychique sans laquelle toute espèce de traitement reste infructueuse.

Quant à la psychothérapie, nous ne nous y arrêterons pas, car elle consiste simplement à mettre en œuvre tous les moyens susceptibles de renforcer la volonté défaillante du tiqueur, et n'exige que la fermeté et la patience qui sont les premières vertus de tout éducateur.

M. Meige (de Paris). — Je n'ai jamais songé, comme me le fait dire à tort M. Noguès à propos de l'infantilisme psychique des tiqueurs, à ajouter une nouvelle anomalie mentale à la liste déjà si longue de celles qu'on relève chez ces sujets. J'ai seulement proposé une qualification qui est peut-être en même temps une explication.

J'ai soutenu avec M. Feindel que le trouble mental prédominant est une imperfection de la volonté. La débilité, la versatilité de la volonté sont les caractéristiques de l'état mental du tiqueur. Cette manière d'être témoigne de l'insuffisance et de l'irrégularité des interventions corticales. Comme elle appartient normalement à l'enfant, sa persistance, malgré les progrès de l'âge, est l'indice d'un arrêt *partiel* du développement psychique; aussi l'état mental du tiqueur peut-il être qualifié d'infantile. Le mot « partiel » a ici son importance : il met en garde contre la tendance qu'on pourrait avoir à considérer l'arrêt de développement psychique comme complet, total; les tiqueurs n'ont rien de commun avec les crétins myxœdémateux, ces infantiles par excellence.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître le déséquilibre mental des tiqueurs. Nous y avons longuement insisté, avant même de parler d'infantilisme psychique.

Lorsqu'un tiqueur se montre exagérément léger, versatile, inattentif, s'il a les impatiences, les rires et les pleurs fugaces d'un enfant, et surtout s'il a toujours été ainsi, il est légitime de penser que chez cet adulte le développement psychique a subi un arrêt partiel, que son état mental a conservé une partie des attributs qui appartiennent à celui de l'enfant.

La constatation de l'état mental infantile des tiqueurs nous a paru utile à signaler; elle est de nature à confirmer ce fait insuffisamment reconnu, à savoir que la plupart des tics sont non pas des accidents commandés par des lésions acquises du système nerveux, mais bien qu'ils dépendent d'arrêts ou de retards dans le développement des centres ou des voies d'association corticale.

M. Grasset (de Montpellier). — Je n'étudierai qu'un point de la question des tics, à savoir leur pathogénie : de tous les travaux contemporains, et spécialement de ceux de MM. Brissaud, Meige et Feindel, il résulte que, au moins le plus souvent, le tic est d'origine corticale. Je suis tout à fait d'accord avec M. Brissaud sur l'origine corticale des tics; je crois seulement qu'il faut faire une distinction, dans les centres corticaux psychiques, entre les *centres psychiques supérieurs* et les *centres psychiques inférieurs*; à ceux-ci, que j'appelle polygonaux, revient le psychisme inférieur ou automatique, l'automatisme supérieur ou psychologique de M. Janet; tandis qu'à ceux-là (que pour la facilité de l'exposition j'appelle O) revient le psychisme supérieur, conscient, volontaire, libre et responsable.

A ce propos, je demande à établir une distinction, que je crois justifiée, entre les mots *psychique* et *mental*.

Est *psychique* tout acte cortical où il y a de la pensée, de l'intellectualité, du psychisme à un degré quelconque; d'où psychisme supérieur et inférieur. Toute l'écorce est psychique (polygone et O).

Au contraire, me rappelant les mots « maladies mentales, aliénation mentale », j'appelle *mental* le phénomène et par suite le trouble qui a pour siège les centres psychiques supérieurs O.

De là, ces propositions, un peu elliptiques, mais cliniquement vraies : tout ce qui est psychique n'est pas nécessairement mental; une maladie psychique n'est pas nécessairement une

maladie mentale : si elle reste polygonale, elle n'est pas mentale. Ainsi, par exemple, l'hystérique est toujours un psychique; je ne crois pas qu'il soit toujours un mental. Dans l'hystérie, il y a toujours des troubles du psychisme inférieur, polygonal; s'il y a en même temps des troubles de O (ce qui arrive souvent), c'est une complication; l'hystérique est devenu aliéné. Voilà l'idée qui m'a fait donner un sens différent au mot psychique et au mot mental; on comprendra, je l'espère, après ces explications, pourquoi j'ai soutenu l'existence du tic polygonal.

Si j'admets que tout tiqueur est un psychique, je ne pense pas (et M. Brissaud non plus, je crois) qu'on puisse soutenir que tout tiqueur *soit un aliéné*, c'est-à-dire un mental au sens que je viens de préciser.

Donc *un tiqueur qui est un psychique et qui n'est pas un mental est un polygonal*. Sans doute le mouvement du tiqueur a été volontaire avant d'être automatique; c'est avec son centre O que, pendant qu'il était colporteur, mon malade donnait un coup d'épaule pour soulever sa balle : mais à ce moment, il n'était pas tiqueur.

Le mouvement n'est devenu tic que quand il a constitué une habitude morbide, c'est-à-dire quand il a cessé d'être volontaire pour devenir automatique, involontaire, polygonal.

Ainsi, le *tic polygonal* existe et il est *polygonal depuis qu'il est tic*.

Je crois dès lors qu'il y a lieu de maintenir la distinction que j'ai proposée en 1897 entre les tics avec participation de O (quand il y a vraiment état mental, aliénation) et les tics polygonaux (quand il y a état psychique, mais pas état mental).

M. Joffroy (de Paris). — La théorie pathogénique des tics, que vient de nous exposer M. Grasset, me semble bien difficile à admettre. La première difficulté qui surgit lorsqu'on veut passer à l'explication des faits, est celle de savoir si ce sont les mêmes éléments nerveux ou des éléments différents qui président aux actes du psychisme supérieur et à ceux du psychisme inférieur. La première hypothèse ne me paraît pas admissible. Supposons par exemple un tic de clignotement survenu à la suite de la pénétration d'un corps étranger dans l'œil. Il est bien évident que lorsque le sujet victime de cet accident a porté pour la première fois la main à l'œil offensé pour en chasser le corps étranger, il a accompli un acte volontaire, raisonné, conscient, étroitement subordonné à l'activité psychique supérieure. Ce n'est qu'en se répétant, même après la disparition du corps étranger et de la sensation qu'avait provoquée celui-ci, que ce mouvement est devenu un tic, c'est-à-dire un acte involontaire, inconscient, lié à l'activité du psychisme inférieur; mais le mouvement en lui-même n'a pas changé. On ne peut donc admettre qu'il soit commandé par deux ordres différents de neurones. Il me semble au contraire évident que ce sont les mêmes éléments anatomiques qui président à l'activité volontaire et à l'activité involontaire, et que ce qui diffère de l'une à l'autre, c'est l'excitation, qui est forte dans le premier cas et faible dans le second. Le propre de l'habitude ne consiste-t-il pas, en effet, à rendre les neurones aptes à réagir à des excitations de plus en plus faibles, si faibles même, à un moment donné, qu'elles restent presque complètement ignorées du sujet? De là son étonnement de voir le mouvement continuer à se produire.

A côté de cette question de pathogénie, il en est une autre qui me semble avoir été un peu négligée par M. Noguès, aussi bien que par MM. Meige et Feindel : je veux parler des relations si étroites qui unissent, au point de vue du développement des tics, les centres moteurs aux centres sensitifs et sensoriels.

Il n'est cependant personne qui n'ait connu au moins un tiqueur qui, pour arrêter son tic, se pince fortement, jusqu'à en éprouver une vive douleur, dans la région du corps qui en est le siège. N'est-ce pas là une preuve que la sensibilité peut intervenir directement pour refréner un tic? Mais, à côté des cas où la sensibilité joue ainsi le rôle d'agent inhibiteur du tic, il en est d'autres beaucoup plus communs où c'est elle, au contraire, qui, sous la forme d'*algies* de siège et d'intensité différents, préside à leur développement. Bien plus, il existe des sujets chez lesquels les troubles qui donnent naissance aux tics ne sont plus d'ordre sensitif, mais sensoriel; c'est ce qu'on observe en particulier chez beaucoup d'aliénés, notamment chez les persécutés : une de mes malades, hallucinée de l'odorat, exécutait continuellement un mouvement de sputation associé à une grimace de la face; c'était là, au début, un mouvement de défense, raisonné, conscient; à la longue il est devenu automatique et persiste encore actuellement, bien que les hallucinations aient depuis longtemps disparu. Je pourrais multiplier facilement de tels exemples : on peut donc rencontrer les hallucinations à l'origine de beaucoup de tics, au même titre que les autres désordres de la sensibilité.

M. Pierret (de Lyon). — Parmi les problèmes très complexes que suscite la question des tics, il en est un, celui de l'état mental des tiqueurs, à propos duquel je désire présenter quelques courtes considérations, parce que la solution que lui ont donnée MM. Meige et Feindel et M. Noguès est en opposition avec les résultats de mes observations.

D'après ces trois auteurs, les tics ne seraient qu'une des multiples manifestations de la dégénérescence mentale. C'est en vérité se payer de mots. Je me suis déjà expliqué à différentes reprises sur le rôle tout à fait exagéré, selon moi, qu'on a prétendu faire jouer à la dégénérescence dans le développement des psychopathies et à plus forte raison dans celui des états convulsifs auxquels il convient de rattacher les tics. J'ai exposé, dans un travail publié en 1896 par la *Semaine Médicale*, la pathogénie de ces états convulsifs; je n'y reviendrai donc pas, et je me bornerai à dire que les tics, comme vient de le faire remarquer M. Joffroy, ne sont au fond que l'expression mimique d'un trouble psychosensoriel. La mimique est le type le plus parfait des réflexes corticaux résultant des émotions.

Chez l'être sain d'esprit, maître de lui, les gestes, les actes mimiques sont le plus souvent limités par le sentiment de ce qu'on appelle les convenances; mais chez les aliénés les choses se passent différemment : tout entier à leurs idées délirantes, ils se livrent à une mimique effrénée qui, par la monotonie de ses retours, ferait penser à des actes automatiques sous-corticaux, si cette gesticulation outrée ne restait en parfaite concordance avec le caractère propre du trouble mental. Tant que cette concordance existe, on ne peut pas dire qu'il y ait tic. Il n'est légitime d'employer ce mot qu'au moment précis où la conscience du malade périclite définitivement par altération des neurones. Cette diminution de la conscience, dérivant d'un processus démentiel, me paraît nécessaire pour réaliser définitivement, pour stéréotyper, comme on l'a dit justement, certaines expressions mimiques des actes délirants.

L'abolition de la conscience se voit aussi dans les syndromes convulsifs et particulièrement dans l'épilepsie; le mécanisme en est toutefois différent : c'est de l'inhibition. Certains tics psychiques, véritables équivalents de convulsions musculaires, des lubies toujours les mêmes, des mots singuliers répétés hors de propos avec l'acharnement propre aux convulsivants, ne sont en réalité que des modalités de l'épilepsie larvée. Ces considérations font bien comprendre pourquoi, par une sorte d'instinct, derrière un grand nombre de tics psychiques, de répétitions mimiques monotones, nous devinons un je ne sais quoi de spasmodique; à vrai dire, quand nous employons ces mots de spasme ou de convulsion, nous savons bien ce que nous désignons, mais nous n'en connaissons guère le mécanisme; j'ai cependant montré que, dans beaucoup de cas, ces phénomènes convulsifs, spasmodiques, psychiques, etc., étaient dus à des rappels, d'origine toxique ou infectieuse, d'anciennes lésions cérébrales.

M. Cruchet (de Bordeaux). — J'admets, avec la majorité des auteurs, que les *tics* sont des mouvements *systématisés*, c'est-à-dire des mouvements où il est toujours possible de reconnaître une systématisation fonctionnelle, des mouvements reproduisant, par conséquent, un acte physiologique déterminé. Mais, contrairement à l'opinion de M. Noguès, je crois que cet élément *moteur* est le seul indispensable pour qu'il y ait véritablement *tic*, l'élément *psychique* ou *mental* étant essentiellement contingent.

Le tic ainsi compris peut être d'origine aussi bien matérielle que fonctionnelle; et si un *spasme*, au sens que donne à ce mot M. Brissaud, est *systématisé*, ce n'est plus un spasme, mais un vrai *tic*.

J'estime, en outre, qu'un tic est toujours clonique; et que, par conséquent, la forme tonique du tic n'existe pas; en particulier, le torticolis mental d'ordre tonique doit être éliminé, le torticolis clonique ou *tic rotatoire* étant seul un véritable tic.

Si nous supposons un malade ayant une attitude en torticolis (tonique), dirons-nous qu'il a un tic? Point du tout. Nous dirons : il a un torticolis, et nous nous demanderons si ce torticolis est musculaire ou non musculaire (cicatriciel, névritique, osseux, etc.), ou mental enfin. Et, si nous pensons qu'il est mental, nous chercherons à savoir, en dernière analyse, s'il est d'origine hystérique, neurasthénique, si l'on doit classer le patient au nombre des angoissés, des abouliques, des obsédés, etc. Agissons-nous autrement en présence d'une hémiplégie? Ne se demande-t-on pas toujours, d'abord, si celle-ci est d'origine matérielle ou fonctionnelle, pour en rechercher ensuite la variété spéciale?

En somme, pour moi, le tic est une variété de mouvement du genre *convulsion*. Il est essentiellement *clonique* et caractérisé par *un mouvement* ou *un groupe de mouvements* reproduisant *un acte physiologique déterminé*. On peut le classer dans le groupe des convulsions cloniques *systématisées*, en opposition avec les convulsions cloniques *asystématisées*, dans lesquelles on rencontre la chorée, l'athétose, le tremblement, la myoclonie. Il est, en outre, d'ordre *matériel* ou *fonctionnel*. Le *torticolis intermittent* ou *spasmodique* ne devrait plus s'appeler dorénavant que *tic rotatoire*. Le nom de *torticolis mental* devrait être réservé à *toutes les attitudes en torticolis d'ordre mental*. Ce torticolis mental et, d'une manière générale, toutes les formes toniques ou les simples attitudes d'ordre mental doivent être nettement différenciées d'avec le tic, quoiqu'elles puissent coexister avec lui.

M. Pitres (de Bordeaux). — Je laisserai de côté la question de la pathogénie des tics, sur laquelle MM. Grasset et Joffroy ont plus spécialement porté leur attention; je ne reviendrai pas non plus sur les différences qui séparent les tics des spasmes, différences qui ont été bien mises en relief par M. Cruchet; je me bornerai à présenter quelques considérations d'ordre exclusivement clinique, relatives aux tics.

D'une façon générale, les conclusions qui se dégagent des 70 observations de tiqueurs que j'ai réunies concordent avec celles qui sont développées dans le rapport de M. Noguès. Ainsi, en ce qui concerne l'âge où se développent les tics, j'estime, comme le rapporteur, qu'ils peuvent survenir à toutes les époques de la vie, sauf bien entendu dans les deux ou trois premières années. Il est une opinion assez généralement répandue, c'est que les tics sont l'apanage de la jeunesse et qu'après vingt-cinq ans ils ne sont plus à redouter : je ne partage pas cette manière de voir; beaucoup de mes tiqueurs le sont devenus seulement à l'âge adulte; il y a plus : sur mes 70 malades, 2 ont vu leur tic débuter après la soixantième année. L'hérédité, si je m'en rapporte uniquement à mes observations, joue un rôle moins actif qu'on ne serait tenté de le supposer *a priori* dans le développement des tics : je ne l'ai relevée, en effet, que dans la moitié environ des cas (33 sur 70); 11 fois il s'agissait d'hérédité similaire, 22 fois d'hérédité dissemblable (épilepsie, hystérie, neurasthénie, etc.). Quant aux causes occasionnelles qui, chez les sujets prédisposés, peuvent devenir le point de départ de tics, il n'y a pas lieu de s'y arrêter, car elles varient à l'infini et n'ont vraiment rien de spécial. Je rappellerai seulement que certains agents, tels que le froid, l'humidité, etc., exagèrent la plupart des tics.

Un autre point sur lequel je désire appeler l'attention, c'est l'existence de tics rudimentaires très importants à connaître, parce qu'ils sont plus que les autres accessibles au traitement : tels les tics qui se modifient suivant les circonstances, qui disparaissent par exemple lorsque le sujet qui en est atteint se trouve en présence du médecin ou bien prend la position horizontale, quand il chante au lieu de parler (s'il s'agit d'un tic des muscles du visage), etc., etc.

A ce propos, je rappellerai, parce qu'il n'en a pas été question jusqu'ici, que les animaux, le chien et le cheval en particulier, présentent des

tics — tics localisés dans les centres inférieurs chez le chien — de tous points comparables à ceux de l'homme et susceptibles — à un plus haut degré peut-être que chez celui-ci, au moins pour quelques-uns d'entre eux — de se transmettre par imitation : témoin le *tic aérophagique* du cheval, que tous les animaux appartenant à une même écurie ne tardent pas à contracter lorsqu'un d'entre eux en est atteint.

Quant au traitement des tics en général, je pense, comme M. Noguès, qu'il faut en exclure l'hypnotisme et que le procédé de rééducation méthodique de la respiration, que j'ai fait connaître sous le nom d'*athmothérapie*, constitue à l'heure actuelle, bien qu'il ne soit pas toujours suivi de succès, le meilleur moyen à opposer à cette affection.

M. Crocq (de Bruxelles). — MM. Brissaud, Meige et Feindel reconnaissent d'une part qu'au point de vue clinique il n'y a aucune différence entre les tics et les spasmes et, cependant, ils admettent que ces deux variétés de mouvements ont une origine différente, les premiers étant des phénomènes purement dynamiques, tandis que les seconds auraient un substratum organique. Cette distinction, je l'avoue, me paraît un peu arbitraire. Peu importe, en effet, comme vient de le dire M. Cruchet, qu'une hémiplégie soit due à une lésion organique ou fonctionnelle des centres moteurs, elle n'en reste pas moins une hémiplégie; de même pour les tremblements : ils ne changent pas de nom suivant qu'ils sont liés à une névrose ou, au contraire, à un désordre matériel des centres nerveux. Il ne me semble donc pas justifié d'établir une distinction entre les tics et les spasmes, en se fondant uniquement sur l'origine fonctionnelle des premiers et organique des seconds.

Ces réserves faites, je suis tout à fait de l'avis de M. Noguès en ce qui concerne l'état mental des tiqueurs; comme lui, je crois que cet état mental se confond avec celui des dégénérés, et que c'est à tort qu'on a voulu le rapprocher de celui des infantiles.

Enfin, le fait que, chez le chien, M. Pitres a pu déterminer la localisation du tic dans les centres inférieurs ne prouve nullement que cette localisation soit identique chez l'homme. M. Pitres sait même mieux que personne que les fonctions dévolues aux centres inférieurs, chez le chien, remontent vers la corticalité cérébrale à mesure que l'on s'adresse à un animal plus élevé dans l'échelle animale. Pour ne parler que des réflexes tendineux, mes expériences prouvent que leurs centres, localisés chez le chien dans la moelle, sont situés, au contraire, chez le singe et surtout chez l'homme, dans les régions basilaires du cerveau. Le tic, d'origine pédonculaire chez le chien, peut donc très bien avoir son centre, chez l'homme, dans la région cérébrale.

M. Boissier (de Paris). — Il serait intéressant de savoir si les auteurs qui se sont occupés de la question des tics ont trouvé dans une proportion déterminée le suicide comme complication nette de ce trouble. En ce qui me concerne, j'ai observé deux cas de tic de nictitation accompagnés d'obsessions-suicides chez de jeunes femmes.

Ces tics remontent l'un à trois ans, l'autre à deux ans; ils ont été les seuls phénomènes névropathiques présentés par ces malades avant les obsessions-suicides dont ils ont été la cause unique. D'abord supportée avec indifférence, cette nictitation, après les observations intempestives des familles, engendra à la fin une telle phobie du tic, que les malades, désormais incapables de supporter les regards de qui que ce fût, furent hantées d'une façon continuelle et obsédante par l'idée de se donner la mort, et cela à un point tel que l'une d'elles a déjà essayé d'attenter à ses jours.

M. Obregia (de Bucharest) communique les observations de trois malades qui sont devenus paralytiques généraux après avoir présenté des tics caractérisés : un avait un tic de la langue qui venait se coller contre les dents de façon à empêcher tout acte de phonation; un autre, un tic de la tête et du cou qui se renversaient brusquement en arrière; le troisième enfin, un mouvement de grattage des narines qui, à force d'être répété, avait entraîné la perforation de celles-ci.

M. Ballet (de Paris). — Au cours de cette discussion, on a beaucoup trop étendu le domaine des tics : à en croire quelques auteurs, il faudrait accorder le nom de tic à tous les mouvements systématisés, coordonnés et répétés plus ou moins fréquemment sans raison; si cette manière de voir était adoptée, toutes les habitudes vicieuses, tous les spasmes et beaucoup de mouvements exécutés par les aliénés seraient rangés dans les tics. Je crois, au contraire, qu'il y a lieu de faire des catégories distinctes de chacune de ces espèces de mouvements. Le tic doit être considéré comme un trouble de la représentation mentale d'un mouvement qui est reproduit consciemment d'abord, automatiquement ensuite, et dont la non-exécution, par suite d'un obstacle quelconque, procure du malaise, de l'angoisse, etc. Les véritables tics sont donc toujours des mouvements volontaires; les mouvements réellement involontaires sont des spasmes.

Des états anxieux dans les maladies mentales.

M. Lalanne (de Bordeaux), *rapporteur*. — L'attention a été attirée dans ces dernières années sur un symptôme fréquent et encore peu étudié des névroses et des psychoses : l'*anxiété* ou l'*angoisse*. Pour ce qui est des psychoses, en particulier, à mesure que s'étend notre connaissance de ce symptôme, on trouve qu'il participe pour une si large part à des troubles psychiques variés, qu'on a pu envisager tout un groupe d'*états anxieux dans les maladies mentales*, fondé sur sa seule prédominance.

Les états anxieux se présentent au clinicien sous forme de malaises accompagnés de troubles circulatoires, respiratoires, sécrétoires, etc., déterminant des sensations pénibles qui, suivant leur intensité, comportent trois degrés :

A un premier degré, c'est un sentiment de dépression, de tristesse, d'appréhension vague avec irritabilité, besoin de mouvement, etc.

A un degré plus accentué, le malaise augmente, se localise à la région précordiale et se complique d'une gêne marquée de la respiration; le sujet vit dans l'attente d'événements pénibles et se montre très pessimiste.

Enfin, au plus haut degré, on se trouve en présence de l'angoisse proprement dite, qui se traduit par une oppression énorme, allant jusqu'à la suffocation, avec pâleur de la face, sueurs froides, pressentiments lugubres, crainte de la mort, etc.

D'ailleurs, ces différents états n'étant en réalité que des variétés d'un même phénomène dont les nuances sont quelquefois difficiles à apprécier, ils sont le plus souvent confondus dans le langage médico-psychologique sous le nom d'anxiété ou d'angoisse.

L'angoisse pathologique est habituellement sans objet; le malade l'éprouve sans savoir pourquoi; il a même conscience qu'il n'a rien à redouter et il est anxieux malgré lui. C'est là l'angoisse véritable, spontanée, irrésistible. Il semble, en effet, que lorsque l'angoisse se lie à des représentations intellectuelles, elle soit moins accentuée et mérite plutôt le nom d'anxiété.

L'anxiété ne peut prendre naissance et se développer que sur un terrain neuropsychopathique spécial, caractérisé surtout par une exagération de l'émotivité : tantôt elle remplit à elle seule presque toute la scène morbide, comme dans la *névrose* ou dans les *psychoses d'angoisse*, tantôt elle n'intervient qu'à titre d'épiphénomène plus ou moins important dans un certain nombre de psycho et de cérébropathies; nous envisagerons séparément ces différentes variétés d'états anxieux forts ou faibles.

C'est seulement dans ces dernières années qu'à la suite des travaux de Kaan, Hecker, Freud, etc., on a proposé de séparer de la neurasthénie un groupe de symptômes cliniques pour en faire un type morbide sous le nom de « névrose d'angoisse ».

Les principaux symptômes de cette forme morbide sont : une exagération de l'*excitabilité normale*, une susceptibilité extrême à l'égard des bruits (hyperacousie auditive), de l'*attente anxieuse* (si le sujet entend tinter la sonnette, c'est un message triste qu'on lui apporte, etc.), des crises d'*angoisse aiguë* remplacées souvent par des équivalents physiques (crises de tachycardie, de dyspnée, de diarrhée, de sueurs, de tremblements, etc.).

Le *vertige* joue aussi un rôle important dans la symptomatologie de la névrose d'angoisse : ce n'est pas un vertige de rotation comme dans la maladie de Ménière, c'est un vertige de locomotion ou de coordination; il consiste en un malaise spécial dans lequel on a la sensation que le sol ondoie comme une vague, tandis que les genoux ploient et que les jambes tremblent.

Enfin sur le fonds d'anxiété chronique qui constitue l'attente anxieuse se développent des phobies et des obsessions qui présentent certains caractères particuliers : elles naissent toujours d'une émotion unique, l'angoisse ou la peur, et n'ont pas une origine psychique; aussi la psychothérapie n'a-t-elle aucune prise sur elles.

Voilà en quelques mots la symptomatologie de la névrose d'angoisse telle que l'admettent Freud, Hecker, Hartenberg, etc.; mais si tous les auteurs sont à peu près d'accord sur les caractères cliniques de cette affection, il n'en est pas de même sur les causes qui la provoquent.

Pour Freud, la névrose d'angoisse aurait d'ordinaire une étiologie d'ordre sexuel. D'après cet auteur, les symptômes énumérés plus haut succéderaient, dans la très grande majorité des cas, à certaines habitudes anormales ou à certaines pratiques irrégulières de la vie sexuelle, qui ont toutes pour effet de contrarier la satisfaction entière et complète des besoins naturels de la sexualité. Ces conditions défectueuses et nuisibles existent à la fois chez l'homme et chez la femme.

A côté de ces causes d'ordre sexuel, Freud admet cependant d'autres moments étiologiques, tels que le surmenage, les préoccupations épuisantes, les veilles, etc. Enfin, dans l'histoire de quelques patients, il est impossible de retrouver aucune cause provocatrice probable de la névrose d'angoisse, mais une enquête soigneuse aboutit souvent à la découverte de tares héréditaires graves : il faut alors considérer le syndrome névropathique comme une manifestation de la dégénérescence.

La théorie de Freud, telle que nous venons de l'exposer, a trouvé un certain nombre de partisans et beaucoup de contradicteurs. Que l'on puisse rencontrer des individus présentant le tableau de la névrose d'angoisse, c'est un fait qui ne saurait être mis en discussion; mais où l'accord est loin d'être établi, c'est sur la question d'étiologie et de nosologie. MM. Pitres et Régis, en particulier, se refusent à admettre une origine exclusivement sexuelle pour les états obsédants.

Un autre point délicat est celui de savoir si la névrose d'angoisse constitue une entité bien définie, méritant d'être séparée de la neurasthénie. Cette opinion a été soutenue, après Freud, Hecker, Tournier, etc., par M. Hartenberg, qui pense que la dénomination de neurasthénie doit être réservée au type classique de la maladie de Beard, tel qu'on le rencontre avec les six stigmates signalés par Charcot : céphalée, rachialgie, asthénie neuro-musculaire, dépression cérébrale, insomnie, dyspepsie atonique.

MM. Pitres et Régis, au contraire, estiment que la névrose d'angoisse ne représente pas une maladie spéciale. « C'est seulement un état morbide, un syndrome, duquel font partie l'anxiété, la phobie, etc., et qui se greffe le plus habituellement, à titre transitoire ou permanent, sur un fond soit neuropathique soit psychopathique. Ce syndrome d'angoisse s'associe le plus souvent à la neurasthénie et à la mélancolie, parce que ce sont là, de toutes les maladies, celles qui, par leur nature, par le fond constant d'inquiétude plus ou moins anxieuse qui réside en elles à l'état latent, se prêtent le mieux à son développement. Mais il peut survenir aussi dans toutes les autres névroses et dans nombre de psychoses. »

Nous pensons également qu'il n'y a pas une *névrose d'angoisse* constituant une entité morbide distincte, mais un *syndrome d'angoisse* qui, avec ses éléments d'anxiété paroxystique, se combine à diverses maladies, en particulier à la neurasthénie et à la mélancolie, de façon à leur donner en quelque sorte le caractère de *névrose* ou de *psychose d'angoisse*.

La névrose d'angoisse constituerait donc un état intermédiaire, un terme de passage entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété, et, à ce titre, elle méritait de retenir un peu longuement notre attention.

Le type de la psychose d'angoisse est la *mélancolie anxieuse aiguë*, telle que la décrivent la plupart des auteurs, mais à côté de laquelle il y a lieu de faire une place à part pour la *mé-*

lancolie anxieuse chronique, mise en lumière dans ces dernières années par les travaux de Cotard, de Séglas et de quelques autres aliénistes français.

Cette dernière succède généralement à une phase de mélancolie anxieuse aiguë, mais survient aussi fréquemment à la suite de la névrose d'angoisse.

Le délire anxieux chronique, dans sa forme type, offre les phases suivantes :

D'abord une période de mélancolie primitive, avec les idées délirantes habituelles aux mélancoliques (idées d'indignité, de culpabilité, de ruine, d'auto-accusation).

Ensuite une période de doute, pendant laquelle le malade présente un délire d'interrogation. Avant de nier l'existence de quelque chose, de quelqu'un, de lui-même, il doute de l'existence de ce quelque chose, de ce quelqu'un, de lui-même, et on l'entend pendant un temps plus ou moins long s'interroger à haute voix et se demander : telle chose existe-t-elle, telle personne existe-t-elle, est-ce que j'existe moi-même ? Puis il finit par répondre négativement à toutes ces questions et entre ainsi dans une troisième phase, dite de négation, caractérisée par des idées de négation, de damnation, de possession, traduisant toutes une altération de la personnalité. Les idées de négation sont les plus importantes, et ce sont elles qui ont donné le nom au délire. Elles peuvent être partielles ou générales, porter sur la personnalité physique (le patient n'a plus d'estomac, plus de langue, plus de cerveau, plus d'organes), ou morale, ou intellectuelle (il n'a plus de pensées, plus de sentiments, plus de facultés). Quelquefois, la négation s'étend à tout. Les malades vont même jusqu'à nier leur propre existence. Les idées de damnation sont, les unes des craintes de damnation (démonophobie de Guislain), les autres des idées de damnation vraie.

Généralement, cette démonomanie vraie se confond avec l'idée de possession démoniaque. Le démon habite le corps du patient, dirige ses actes, domine sa personnalité tout entière, mais le but de ses interventions est toujours mauvais, tend à rabaisser et à avilir la personnalité du sujet; cet état est en rapport avec un fond d'auto-accusation.

Le délire passe enfin à une phase de mégalomanie qui se déduit logiquement des idées de négation, véritable *mégalo-mélancolie*, selon l'expression de M. Régis. Les malades, par exemple, disent qu'ils ne mourront pas, parce que leur corps n'est pas dans les conditions ordinaires d'organisation; que s'ils avaient pu mourir, ils seraient morts depuis longtemps; ils sont dans un état qui n'est ni la vie ni la mort : ils sont « morts-vivants ».

Ces idées d'immortalité s'étayant sur des conceptions élémentaires d'organes détruits, de fonctions abolies, sont étroitement liées au délire des négations.

Il y a la plus grande analogie entre ces idées de grandeur mélancolique et celles qui forment le contenu de ce que Cotard a appelé *délire d'énormité*. Si l'on examine avec un peu d'attention les « immortels », on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne se croient pas seulement infinis dans le temps, mais aussi dans l'espace : ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Une démonopathe immortelle s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle dépasse les murs de la maison de santé et va jusque dans le village, démolir, comme un bélier, les murs de l'église. Quelquefois, le corps n'a pas de limites, il s'étend à l'infini et se fusionne avec l'univers. Ces malades, qui n'étaient rien, en arrivent à être tout.

Ce délire des grandeurs mélancoliques ne saurait être confondu avec le délire des grandeurs de la folie systématisée. Il ne marque qu'un degré extrême dans le délire mélancolique. Ces délirants par énormité sont plus que jamais lamentables, gémisseurs et désespérés.

La réalité des faits ne répond pas toujours à l'enchaînement régulier tel que nous venons de l'exposer; de même que dans le délire de persécution de Lasègue, l'ordre d'apparition de ces différentes phases délirantes est souvent interverti.

Malgré ses caractères de chronicité, la mélancolie anxieuse n'est pas fatalement incurable : si le plus souvent elle se termine par un véritable état démentiel, quelquefois on observe une sorte de reconstitution de la personnalité qui permet au malade de rentrer dans la société et de reprendre ses habitudes.

Il nous faut envisager maintenant un certain nombre d'autres états psycho ou cérébropathiques dans lesquels l'anxiété n'intervient plus qu'à titre de symptôme plus ou moins important.

Les *états obsédants et impulsifs* tiennent ici la première place : on sait, en effet, qu'il n'existe pas d'obsession ou d'impulsion sans une phase d'anxiété qui représente la lutte, la défense contre l'idée obsédante ou contre l'acte impulsif. Il n'est pas rare, en outre, de voir survenir chez ces sujets, principalement le matin, des crises d'angoisse aiguë caractérisées surtout par des phénomènes vasomoteurs, des palpitations, de l'accélération du pouls, une violente oppression précordiale, des contractures musculaires, des sueurs profuses et des craintes de mort. Les dipsomanes, les onotomanes, etc., fournissent de nombreux exemples de ces différents troubles à la fois physiques et moraux.

L'anxiété tient encore une place importante dans le tableau clinique des *psychoses auto-toxiques*. Elle se manifeste, d'après M. Régis, par des accès de tristesse, un besoin de s'isoler, d'aller pleurer à l'écart sous l'influence de la moindre cause, d'un air de musique, d'un mot, parfois même sans motif. Dans ces accès, les malades sont dans ce que l'on a appelé l'*attente anxieuse*, c'est-à-dire en proie à la sensation très vive de quelque chose de fâcheux qui va arriver, sans qu'ils sachent quoi, et qui les oblige à revenir chez eux pour savoir s'il n'est pas survenu quelque malheur. Ils voient également tout en noir : personnes, objets, événements; ils ont même parfois de la tendance au suicide, mais sous une forme généralement imprécise et qui ne se réalise pas, par suite du peu de durée de la crise.

Les formes psychopathiques que revêtent les psychoses par auto-intoxication sont le plus souvent des formes anxieuses, mélancolie anxieuse consciente et neurasthénie anxieuse obsédante, souvent difficiles à distinguer l'une de l'autre.

Les *psychoses d'intoxication*, ou mieux d'infection, prennent quelquefois la forme de *délire hallucinatoire aigu*. Ce délire survient chez des prédisposés à la suite de fatigues, de libations, d'intoxication quelconque. Dans ce cas, le malade présente souvent de l'angoisse, alternant avec des crises de mauvaise humeur.

Le type le mieux défini de ces délires toxiques est le délire alcoolique, mais le tableau de l'anxiété, des frayeurs qui sont la conséquence des troubles sensoriels de l'alcoolique est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici.

Les grandes *névroses*, l'épilepsie, l'hystérie, etc., etc., s'accompagnent parfois de troubles mentaux dans lesquels l'angoisse joue un rôle important. Celle-ci se montre soit sous la forme d'aura annonçant la crise convulsive, soit sous la forme de ces états crépusculaires post ou inter-paroxystiques, qui se traduisent par une dépression à demi consciente, de la douleur morale, de la confusion des idées, de la panophobie, etc.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la *paralysie générale*, au début ou au cours de laquelle on ne puisse observer des pressentiments lugubres, la peur de mourir, la crainte de devenir fou, etc., accompagnés des signes physiques de l'anxiété. Mais l'angoisse n'est jamais aussi manifeste que dans la forme de méningo-encéphalite qui débute par une longue phase neurasthénique (Tournier, G. Ballet, etc.). Le malade y vit dans un état d'anxiété permanente, avec sa dépression physique et morale, son asthénie digestive et circulatoire, ses hyperesthésies locales, ses paresthésies et son émotivité si caractéristique.

En terminant, nous devons ajouter quelques mots relatifs à la pathogénie de l'anxiété. Comme celle des émotions, cette pathogénie est encore entourée de beaucoup d'obscurités. Les recherches de psychologie expérimentale entreprises dans ces dernières années, si elles nous ont éclairé sur quelques phases des réactions émotionnelles, sont loin de nous avoir donné la clef de tous les phénomènes.

Un seul point nous paraît actuellement démontré : c'est que l'anxiété, quelle que soit sa source, se manifeste toujours de la même façon. Que nous considérions l'angoisse dite physiologique, qui survient à la suite d'une représentation effrayante, d'une violente émotion, et qui par suite a une origine centrale, l'anxiété si commune dans les intoxications, l'angoisse de l'angine de poitrine ou celle de la névrose et de la psychose anxieuses, nous trouvons toujours réalisé le même tableau symptomatique.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la pathogénie de l'anxiété ont placé son origine dans l'écorce grise du cerveau, mais le plus grand nombre, en présence de la localisation marquée des phénomènes à la région du cœur, ont édifié, à côté de la théorie cérébrale, une théorie cardiaque de l'anxiété.

Dans le cas d'anxiété d'origine centrale, on comprend que les nerfs cardiaques soient influencés par les processus psychiques, car on sait le retentissement qu'a sur le cœur toute émotion, quelle que soit sa nature. Quand l'anxiété a une origine périphérique, comme dans l'angine de poitrine par exemple, on comprend encore qu'il se fasse vers le cerveau une irradiation sensitive émanant des nerfs cardiaques. Mais nous ne saurions faire rentrer dans ces deux cas-types tous les faits pathologiques sur lesquels nous avons insisté jusqu'à présent.

Nous ne trouvons pas, non plus, une explication suffisante dans la théorie récemment émise par MM. James et Lange, d'après laquelle l'émotion ne serait que la conscience des modifications vasculaires produites dans l'organisme. Certes, les phénomènes vasomoteurs jouent un rôle prédominant dans les manifestations émotionnelles; toutefois les émotions nous semblent réalisables sans l'intervention des processus psychiques. Nous avons bien vu des cas où l'angoisse se produit sans aucune impression extérieure, sans aucune association d'idées qui puisse faire soupçonner l'intervention des centres psychiques; mais l'émotion anxieuse ne saurait être constituée par des troubles circulatoires et respiratoires. Il faut, pour produire l'émotion, en plus des troubles vasculaires, des altérations cénesthétiques très étendues et surtout des troubles psychiques sur lesquels nous avons insisté. Le sujet atteint de dilatation de l'estomac et qui est réveillé dans son premier sommeil par de l'oppression, des palpitations, de la dyspnée, des frissons, de la cardiophobie, des pressentiments lugubres, passe par une crise d'angoisse véritable; mais lorsque le phénomène s'est manifesté à différentes reprises, que le patient est instruit par l'expérience et qu'il a reçu les éclaircissements de son médecin, chaque fois que la crise se renouvelle, il se rend parfaitement compte de son mal et tout se borne à une attaque gastrique; il n'y a plus d'émotion, d'angoisse, parce que le processus se réduit aux seuls phénomènes somatiques et que l'élément intellectuel fait défaut.

Nous ne saurions pour cela nier l'importance des troubles vasomoteurs dans la genèse des émotions, mais il nous semble que dans ces dernières années, à la suite de MM. James et Lange, on leur a accordé une valeur trop exclusive, au détriment du système sympathique tout entier.

Le grand sympathique, en effet, n'intervient pas seulement dans certaines fonctions du cœur et des vaisseaux, il préside encore à une foule d'actes plus ou moins compliqués de la vie végétative.

Déjà, Morel avait placé son délire émotif sous la dépendance du grand sympathique. Cette théorie a été reprise par MM. Pitres et Régis qui font remarquer « que la rougeur, dans l'éreuthophobie, est liée à tout un ensemble de phénomènes d'angoisse, communs d'ailleurs, à des degrés divers, à toutes les obsessions, et que la totalité de ces phénomènes si variés trouve bien mieux son explication dans la seule action du grand sympathique, qui les tient tous sous sa dépendance, que dans la théorie, si incertaine ici, des localisations cérébrales ». M. Hartenberg estime également que tous les symptômes de la névrose d'angoisse consistent en désordres vasculaires viscéraux dont l'origine devrait être cherchée dans le système nerveux sympathique.

En nous rangeant à ces idées, nous croyons être dans la vérité, parce qu'elles nous donnent une explication suffisante de la plupart des états anxieux que nous venons de passer en revue.

M. Brissaud (de Paris). — Les brèves observations que je désire présenter sont relatives à la pathogénie de l'anxiété. Sans soulever ici une question de priorité, je crois cependant devoir rappeler que, dans un travail que j'ai publié en 1890 dans la *Semaine Médicale*, travail qui semble avoir été méconnu par les auteurs qui se sont occupés depuis lors de la question, je me suis efforcé d'établir que le terme d'*anxiété* s'applique moins à la sensation physique de constriction thoracique ou d'étouffement (qui, elle, caractérise l'*angoisse*) qu'à l'état mental accompagnant cette sensation et traduisant le trouble, l'inquiétude et la terreur qu'inspirent les conséquences immédiates de cette oppression.

Il résulte de ces considérations que l'anxiété est un phénomène psychique, d'origine cérébrale, tandis que l'angoisse est un phénomène physique, d'origine bulbaire. L'anxiété peut être la conséquence de l'angoisse, mais elle peut aussi exister en dehors de celle-ci, soit sous la forme continue, soit sous forme de paroxysmes. La répétition de ces crises anxieuses indépendantes de l'angoisse, existant *per se*, devient souvent le point de départ des névroses ou des psychoses anxieuses dénommées à tort névroses ou psychoses d'angoisse. Tel est le point sur lequel je désirais attirer l'attention, parce qu'il me semble ne pas avoir été suffisamment mis en relief par M. Lalanne.

Un second fait qui mérite d'être relevé, c'est que l'anxiété n'est pas un phénomène exclusif à l'homme. L'anxiété étant par définition un état d'esprit, il est assez difficile de l'apprécier à sa juste valeur chez les animaux dont nous ne comprenons pas le langage; cependant, grâce à certains signes mis depuis longtemps en lumière par les expérimentateurs, tels que Vulpian et M. Fr. Franck, on peut affirmer que l'anxiété existe chez les animaux comme chez l'homme.

M. Dupré (de Paris). — La distinction que vient d'établir M. Brissaud entre l'anxiété et l'angoisse n'est pas purement théorique, elle offre un réel intérêt clinique. Il est certain que les phénomènes de l'angoisse proprement dite, telle que l'a définie M. Brissaud, doivent toujours appeler l'attention du côté du bulbe dont ils traduisent la perturbation ou l'irritation. Les accès d'angoisse, quelles que soient les circonstances au milieu desquelles ils se présentent, constituent donc un signe pronostique fâcheux. Récemment, M. Londe a publié l'observation d'un paralytique général au début, chez lequel la répétition de plusieurs accès d'angoisse, du reste très courts, a semblé suffisante à M. Brissaud pour annoncer une évolution rapide et une brusque terminaison de la maladie : or, ces prévisions ont été bientôt justifiées par la mort du malade. J'observe actuellement un paralytique général sujet aux mêmes accidents et qui évoluera, je le crois, comme celui de M. Brissaud.

M. de Perry (de Bordeaux) relate l'observation d'une femme de quarante-huit ans, à hérédité névropathique, qui éprouva dans les premiers jours de l'année dernière un violent chagrin à la suite duquel elle devint morphinomane. Les hallucinations terrifiantes qui furent la conséquence de cette intoxication plongèrent la malade dans un état d'anxiété tel qu'elle résolut d'en finir avec la vie et se jeta à l'eau. Internée à la suite de cette tentative de suicide, elle fut mise en liberté avant d'avoir achevé la cure d'abstinence morphinique à laquelle elle avait été soumise, redevint anxieuse comme par le passé, puis franchement mélancolique et finit par s'étrangler avec un mouchoir. Ce fait prouve, d'une part, que les hallucinations jouent un rôle quelquefois prépondérant dans le développement des états anxieux et, d'autre part, que la volonté n'est peut-être pas toujours aussi défaillante qu'on l'a dit, chez ces malades, et que leur désir de mettre fin à leurs souffrances par le suicide ne reste pas dans tous les cas à l'état platonique.

M. Giraud (de Rouen) insiste également sur le rôle pathogénique joué par les hallucinations auditives verbales — hallucinations qui ont toujours un caractère pénible et menaçant — dans la production de l'anxiété des mélancoliques.

M. Parant (de Toulouse) croit qu'à côté des hallucinations il convient de réserver une place importante aux interprétations délirantes, pour expliquer l'apparition ou la persistance de bon nombre d'états anxieux.

M. Pailhas (d'Albi). — A titre de particularité me paraissant devoir trouver place ici, je signalerai l'allure illogique et contradictoire d'une catégorie de mélancoliques anxieux dont l'anxiété se manifeste non par le langage, mais par une expression de physionomie et des manières qui indiquent que ces malades ne sont pas profondément convaincus du bien fondé de leurs craintes et de leurs tourments.

Ces patients, que l'on pourrait appeler des mélancoliques *sceptiques*, passent volontiers aux yeux de leur entourage pour des comédiens. J'ai conservé le souvenir d'une femme atteinte de mélancolie anxieuse, hallucinée, dont il suffisait d'écouter pendant quelque temps les doléances sans l'interrompre, pour la voir sourire et démentir ainsi, par le jeu de son visage et son maintien, son apparente désolation.

De tels faits avec leurs variantes sont assez communs dans les asiles : tel démoniaque damné vaque très régulièrement à ses occupations journalières; tel hypocondriaque, qui annonce sa mort imminente faute de pouvoir avaler, s'alimente pourtant d'une façon très complète.

C'est à cette variété d'états anxieux caractérisés par une dissociation particulièrement marquée de la personnalité, qu'appartiennent les mélancoliques qui tantôt se lamentent et tantôt se moquent de leurs conceptions délirantes; mais ces états émotionnels contradictoires ne sont pas toujours alternants, ils peuvent coexister; et si j'ai tenu à signaler le fait, c'est qu'il me paraît constituer une preuve assez importante de l'origine plutôt somatique ou affective qu'intellectuelle du délire mélancolique anxieux et de l'anxiété morbide en général.

M. Hartenberg (de Paris) relate 3 cas de névrose dite d'angoisse. Chez ces trois malades, on ne constatait aucun des stigmates habituels de l'hystérie ou de la neurasthénie, mais tous présentaient le syndrome clinique de l'affection dont il s'agit, à savoir une attente anxieuse, chronique, permanente, et, à côté d'elle, des crises d'angoisse aiguë avec troubles cardiaques, digestifs, etc., ainsi que des phobies et des obsessions variées. L'orateur estime donc qu'il est légitime de grouper ces faits sous une rubrique spéciale, la névrose d'angoisse, qui, d'après lui, serait une affection autonome ayant une étiologie et une évolution spéciales.

M. Ballet. — La réalité clinique d'un syndrome répondant à la description de la névrose d'angoisse, telle que la conçoivent Freud et quelques autres auteurs, ne saurait être contestée; mais de là à prétendre qu'on se trouve en présence d'une véritable entité morbide, il y a une distance qu'il est peut-être prématuré, actuellement, de franchir. Tout d'abord l'étiologie de cette affection est loin d'être univoque : en ce qui me concerne, je déclare n'avoir jamais trouvé la non-satisfaction ou la satisfaction incomplète des appétits sexuels à la base des phénomènes d'angoisse. L'étiologie admise par Freud est donc beaucoup trop restreinte. Tout au plus pourrait-on admettre l'éclosion de la névrose d'angoisse à la suite de la rupture d'anciennes relations, mais cette rupture intervient ici comme un traumatisme moral banal beaucoup plutôt que comme un accident d'ordre sexuel, et les sujets qui en sont victimes se confondent avec ces neurasthéniques à aspect tout à fait spécial, chez lesquels la maladie de Beard, reconnaissant pour cause un violent choc physique ou moral, ne donne lieu qu'à des stigmates légers et se traduit par tous les symptômes de la névrose d'angoisse; de telle sorte qu'en fin de compte, je crois qu'au point de vue nosographique la névrose d'angoisse doit être rattachée tantôt à la neurasthénie et tantôt à la mélancolie anxieuse dont elle ne serait que la première étape.

M. Doutrebente (de Blois) s'élève contre l'emploi de l'hydrothérapie en général, et des douches froides en particulier, pour combattre les états anxieux au cours des maladies mentales.

M. Briand (de Villejuif) déclare que le bromure de potassium et les injections de sérum bromuré constituent un excellent moyen de calmer l'anxiété des mélancoliques; il n'hésite pas à considérer ce mode de traitement comme supérieur à la médication opiacée, recommandée par la plupart des auteurs.

Dr G. Deny,
Médecin de la Salpêtrière.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

L'examen microscopique de l'écoulement uréthral comme moyen de dépister la simulation de la blennorrhagie.

Un médecin militaire russe, M. le docteur P. P. Sorotchinsky, a eu l'occasion d'observer, chez un certain nombre de soldats de la garnison de Kars, une petite épidémie d'écoulements uréthraux, qui attira particulièrement son attention en raison du peu de concordance entre les symptômes cliniques présentés par les malades en question et les résultats de l'examen microscopique de l'écoulement. En effet, au point de vue clinique, le diagnostic de blennorrhagie aiguë ne semblait devoir faire l'objet d'aucun doute : la pression exercée sur la verge faisait sourdre du pus épais, les lèvres du méat, rouges et tuméfiées, étaient en ectropion, etc. Or, le microscope — au lieu de mettre en évidence, dans cet écoulement, un grand nombre de globules de pus, dont quelques-uns bourrés de gonocoques, comme c'est le cas le plus fréquent en pareille circonstance —, montra que le prétendu pus était, en réalité, constitué par une masse dépourvue de tout élément figuré, et qui, en irritant l'urèthre, avait contribué à simuler la blennorrhagie. Les patients ne tardèrent pas, d'ailleurs, à faire des aveux complets et l'enquête permit d'établir que, pour obtenir un écoulement quasi-purulent, les simulateurs s'étaient tout simplement servis de savon. Il suffirait, en effet, d'introduire dans l'urèthre, la verge étant légèrement soulevée, une bougie de savon ordinaire, mesurant 3 ou 4 millimètres d'épaisseur sur 4 ou 5 centimètres de long, et de la pousser profondément par quelques mouvements de massage, pour voir se manifester, au bout d'environ deux heures, les symptômes caractéristiques de la blennorrhagie aiguë : les lèvres du méat urinaire se tuméfient, en même temps qu'une goutte puriforme se montre à l'orifice de l'urèthre; la pression exercée sur le canal fait sourdre un jet de liquide qui, à la simple vue, ressemble tout à fait à du pus; le gland, fortement injecté, est le siège d'une hyperthermie locale, la verge est en érection, etc. Tous ces phénomènes se développent d'autant plus aisément que le simulateur a soin de s'abstenir d'uriner pendant les premières heures qui suivent l'introduction de la bougie. Dans la suite, les mictions successives finissent par chasser dehors toute la masse savonneuse, mais l'irritation du canal n'en persiste pas moins durant quarante-huit heures, voire même davantage. Comme, d'autre part, la petite opération ne nécessite aucune instrumentation spéciale et peut facilement être renouvelée, malgré la surveillance la plus étroite, on comprend toute l'importance qu'il faut attacher à l'examen microscopique d'un écoulement uréthral, surtout en médecine militaire.

Un procédé simple et exact de délimitation de l'estomac.

On sait combien il est souvent difficile de déterminer d'une façon exacte les limites de l'estomac, les diverses manœuvres qu'on emploie à cet effet étant loin d'être exemptes d'inconvénients. Depuis deux ans, M. le docteur W. Becker (de Milwaukee) a imaginé un procédé qui a donné, entre ses mains, d'excellents résultats et qui consiste en ceci : on commence par pratiquer un lavage de l'estomac au moyen d'une sonde double, en ayant soin de laisser dans la cavité gastrique 200 c.c. environ d'eau claire. On fait alors coucher le patient, le cathéter restant en place, et on adapte sur le tube d'entrée une poire en caoutchouc; puis, après avoir comprimé le tube de sortie, on applique sur la région stomacale un stéthoscope, pendant qu'on insuffle, à l'aide du ballon de caoutchouc, un peu d'air dans la cavité gastrique. Par son passage à travers la couche d'eau qui est restée dans le viscère, l'air produit un bruit de gargouillement qu'on perçoit très nettement au moyen du stéthoscope, voire même par l'auscultation immédiate; il suffit de déplacer l'instrument ou l'oreille sur la paroi abdominale, de façon à leur faire perdre tout contact avec la région occupée par l'estomac, pour que le bruit devienne sourd et comme voilé. Il est, par conséquent, facile de déterminer d'une ma-

nière exacte les limites de l'organe en se basant sur les renseignements fournis par l'auscultation. Dès que la cavité stomacale est modérément distendue, on cesse de comprimer le tube de sortie et on laisse s'échapper l'air insufflé, pour recommencer la même manœuvre jusqu'à ce que la délimitation soit complète de tous les côtés. Toutefois, pour préciser la situation de la petite courbure, il est préférable de fixer la poire en caoutchouc sur le cathéter de sortie, l'extrémité gastrique de ce tube étant plus éloignée du cardia que le bout correspondant de la sonde d'entrée; cette façon de procéder permet de mieux apprécier les diverses nuances du bruit produit par le passage de l'air, le gaz, quand il s'échappe au voisinage même du cardia, donnant lieu à un gargouillement trop assourdissant.

Il importe que l'estomac soit légèrement distendu, l'état de vacuité favorisant la transmission du bruit aux organes et tissus avoisinants. Mais on doit également éviter de dilater la cavité gastrique outre mesure, pour ne pas gêner l'exploration.

Après avoir eu l'occasion d'expérimenter ce moyen d'examen chez environ 300 sujets atteints d'affections gastriques les plus variées et qu'il a observés, pour la plupart, dans le service de M. le professeur W. H. Nielson, au Medical College de Milwaukee, M. Becker estime que le procédé en question, facile à réaliser et ne nécessitant pas d'instrumentation spéciale, présente sur la distension de la cavité stomacale à l'aide d'un mélange gazogène le double avantage d'être moins pénible pour le malade et de donner des renseignements plus précis, la dilatation artificielle excessive de l'organe venant souvent fausser les résultats de l'exploration.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 28 juillet 1902.

Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'appendicite.

M. J. Maumus. — Pour vérifier la légitimité de la théorie du vase clos dans la pathogénie de l'appendicite, j'ai pratiqué la ligature de l'extrémité appendiculaire du cæcum — car ce n'est que chez les anthropoïdes qu'apparaît un appendice vermiculaire comparable à celui de l'homme — chez le cercopithèque à face bleue du Congo (*Cercopithecus cephus*). Après deux jours d'abattement, l'animal était complètement rétabli. L'ayant sacrifié au vingt-deuxième jour, j'ai constaté à l'autopsie qu'il n'existait chez lui aucune lésion du péritoine pariétal. Au niveau de la région ligaturée, on remarquait diverses modifications traduisant des processus défensifs, à savoir la production d'adhérences entre le cæcum et les anses intestinales voisines, l'hypertrophie du tissu musculaire — notamment des fibres circulaires, lesquelles avaient envahi presque complètement la sous-muqueuse —, enfin l'apparition de nombreux macrophages englobant les microbes et les cellules susceptibles de donner asile à ces derniers.

Ces phénomènes sont semblables à ceux que j'ai observés chez les oiseaux après ligature du cæcum.

Sur une nouvelle forme de la sensibilité tactile : la trichesthésie.

MM. N. Vaschide et **P. Rousseau.** — Nous avons pu nous assurer qu'il existe dans les régions couvertes de poils, en dehors de la sensibilité tactile générale, un mode particulier de sensibilité que nous proposons d'appeler *trichesthésie* (θρίξ, poil, et αἴσθησις, sensibilité); on peut la mettre en évidence en provoquant des excitations en des points déterminés au moyen d'aiguilles dont le poids varie de 0 gr. 80 centigrammes à 0 gr. 005 milligr.; on constate ainsi que le sujet accuse presque constamment une sensation (5 fois sur 6) quand l'excitation porte sur la base même du poil, alors que l'expérience est beaucoup moins souvent positive (9 fois sur 26) lorsqu'on excite la périphérie de la base du poil.

Cette sensibilité est à peu près invariable chez le même individu examiné à plusieurs mois d'intervalles; elle est tout à fait indépendante de la sensibilité générale avec laquelle elle affecte parfois des rapports inverses; enfin elle est influencée par divers facteurs physiques, notamment par l'état hygrométrique de l'air, et aussi par l'état mental du patient.

M. N.-A. Barbieri adresse une note relative à l'*analyse immédiate du tissu nerveux;* par ce procédé d'analyse, on obtient trois groupes de substances (substances solubles dans l'éther, substances solubles dans l'eau éthérée, résidu), renfermant respectivement 1.22, 1.40 et 2.15 % de phosphore.

M. S. Dombrowski envoie une note de laquelle il résulte que, grâce à la méthode récemment exposée par l'auteur (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 252), on peut mettre en évidence, dans les urines *normales* de l'homme, de l'azotate de soude (de 2 gr. 50 centigr. à 5 gr. pour 100 litres), des ptomaïnes, notamment de la cadavérine, enfin de la mannite (2 gr. environ pour 100 litres).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juillet 1902.

Spina-bifida traité par la cure radicale, sans hydrocéphalie secondaire.

M. Picqué. — Je dois vous faire un rapport sur un cas qui nous a été présenté par M. Paul Delbet : il s'agissait d'un enfant chez lequel notre confrère avait pratiqué, quinze mois auparavant, la cure radicale d'un spina-bifida lombaire qui était sur le point de se rompre. Malgré le danger d'hydrocéphalie secondaire signalé jadis dans cette Société à la suite des opérations de ce genre, M. Delbet n'hésita pas à intervenir, en raison de la menace de rupture spontanée de la poche, et il fit la cure radicale, au moyen d'une autoplastie cutanée par glissement. Ainsi que vous avez pu en juger à la vue du petit malade, la guérison s'est maintenue jusqu'à présent, sans qu'il se soit produit d'hydrocéphalie secondaire.

M. Kirmisson. — Il serait nécessaire, pour apprécier la valeur de cette intervention, d'avoir quelques renseignements anatomo-pathologiques; il est regrettable, en particulier, qu'on n'ait pas pratiqué d'examen histologique, car, si notre confrère a eu affaire à une simple méningocèle, il n'est pas étonnant que la cure du spina-bifida n'ait pas été suivie d'hydrocéphalie secondaire.

Ligature de la veine axillaire.

M. Demoulin. — M. Mériel (de Toulouse) nous a envoyé une observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'un cas de rupture de la veine axillaire, au cours de l'ablation d'un paquet ganglionnaire symptomatique d'un néoplasme mammaire. La ligature du vaisseau n'a pas été suivie d'œdème du membre supérieur, en raison des anastomoses qui ont été décrites par Kadyi.

Il m'est arrivé d'ouvrir la veine axillaire, en disséquant des ganglions tuberculeux de l'aisselle, et il en est résulté une hémorrhagie considérable; notre confrère ne nous dit pas quelle a été l'importance de la perte sanguine dans son cas, et je me demande si le vaisseau, chez sa malade, n'était pas envahi par le néoplasme et déjà oblitéré plus ou moins complètement.

Corps étranger ayant séjourné dix ans dans l'estomac.

M. Cerné (de Rouen). — J'ai eu l'occasion d'enlever un corps étranger ayant séjourné dix ans dans l'estomac, sans avoir incommodé le patient d'une façon très appréciable. Il s'agit d'une cuiller à soda, restée mobile dans la cavité stomacale où elle n'avait provoqué aucune lésion de la paroi, autant que j'ai pu en juger lors de l'ablation; celle-ci a été faite d'ailleurs très simplement, par une incision haute, au moyen d'une laparotomie latérale pratiquée à travers le muscle droit, au niveau de l'extrémité du dixième cartilage costal.

Ablation abdomino-périnéale du rectum, suivie de guérison.

M. Hartmann fait un rapport sur un cas d'ablation abdomino-périnéale du rectum, pour carcinome, communiqué par M. Riche. Cette observation peut être rapprochée de celles qui ont été relatées par M. Quénu dans une séance précédente (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 253). La guérison opératoire a été cependant retardée pendant quelques mois, par suite d'une suppuration consécutive à une déchirure du rectum, survenue au cours de l'intervention.

M. Picqué lit un rapport sur une observation de M. Villemin relative à un cas de perforation du sinus longitudinal supérieur par une esquille, consécutivement à une fracture du crâne, chez un enfant de quatorze ans.

M. Picqué présente également un rapport sur un cas d'anévrysme cirsoïde de la région pariétale, communiqué par M. Véron (médecin militaire).

M. Walther résume une observation d'œsophagotomie pour corps étranger pratiquée par M. Guillet (de Caen).

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 16 juillet 1902.

Recherches sur les diverses espèces de streptocoques et sur un nouveau sérum antistreptococcique.

M. H. Aronson rend compte d'expériences qu'il a entreprises pour voir si le streptocoque isolé par M. Baginsky chez les scarlatineux est réellement spécifique, comme l'a prétendu cet auteur. La question ne pouvant être résolue par les caractères morphologiques ou culturaux du microorganisme en question, l'orateur s'est adressé à la méthode biologique : il a pu ainsi s'assurer que le sérum des scarlatineux possède exactement les mêmes propriétés que celui des animaux immunisés avec un streptocoque de toute autre origine. Il en conclut qu'il n'existe aucune différence entre les divers streptocoques, quelle que soit leur provenance.

M. Aronson expose ensuite les résultats des recherches qu'il a faites dans le but d'obtenir un sérum antistreptococcique curatif, les sérums de Marmorek et de Tavel n'ayant qu'une action préventive. Il a réussi à préparer un sérum qui non seulement protège, à très faible dose, la souris contre l'inoculation d'une quantité vingt fois mortelle de culture de streptocoque, mais encore amène la guérison quand il n'est injecté que sept heures après l'introduction intrapéritonéale du germe virulent, bien que ce dernier passe dans la circulation dès la deuxième heure; faite au bout de vingt-quatre heures, l'injection de sérum sauve encore la moitié des animaux en expérience, alors que tous les témoins meurent en trente-six ou quarante-huit heures. Ce sérum possède la propriété d'agglutiner le streptocoque à 1/20.

En ce qui concerne l'application de cette méthode sérothérapique à la thérapeutique humaine, l'orateur ne possède encore que des résultats trop incomplets pour pouvoir être exposés. Il cite toutefois le cas d'un enfant atteint d'érysipèle bulleux grave chez lequel l'injection de sérum fut immédiatement suivie d'une chute de la température; la fièvre ayant reparu, une seconde injection la jugula définitivement, et la guérison ne tarda pas à être complète.

M. Menzer présente la défense du sérum de Tavel qui, s'il est inactif chez les animaux, est au contraire efficace chez l'homme. Il fait remarquer que l'on ne saurait conclure sans réserve des résultats expérimentaux exposés par M. Aronson aux applications cliniques.

M. Wassermann est d'avis que le sérum antistreptococcique de M. Aronson est, au point de vue bactériologique, le seul dont la prépara-

tion repose sur des bases vraiment scientifiques et puisse résister à une critique sévère. Ce sérum se rapproche des sérums bactéricides; on sait que, pour que de tels sérums agissent, il faut qu'il y ait, dans l'organisme auquel on les injecte, des *compléments* : c'est faute de compléments que le sérum anticharbonneux, efficace chez la brebis, est inactif chez le cobaye. L'expérience apprendra si ces compléments, nécessaires au sérum de M. Aronson, existent chez l'homme.

M. Blumberg déclare avoir employé le sérum de Marmorek chez 10 femmes atteintes de fièvre puerpérale; dans un seul de ces cas, ce mode de traitement lui a donné des résultats favorables; aucune de ces malades n'a eu d'albuminurie à la suite des injections de sérum.

Transfusion de sang pour anémie pernicieuse.

M. Ewald montre un malade qui fut admis dans son service pour une anémie pernicieuse idiopathique : son sang renfermait 1,840,000 hématies et 9,000 leucocytes par millimètre cube; on y voyait quelques globules rouges nucléés et un certain degré de poikilocytose. Des injections de préparations arsenicales étant demeurées sans résultat, l'orateur injecta au patient 200 c.c. de sang défibriné d'un homme sain; aussitôt après cette transfusion, la température s'éleva à 39°6, mais elle revint bientôt à la normale. L'état général du malade s'améliora à la suite de cette opération : son poids passa de 58 à 70 kilos; le nombre des hématies se releva jusqu'à 3,700,000, celui des leucocytes redescendit à 5,000.

M. Ewald estime que dans ce cas ce n'est pas par la quantité de sang introduite que la transfusion a pu agir, mais bien en donnant une impulsion aux organes hématopoiétiques.

M. von Bergmann déclare avoir renoncé à la transfusion, en raison de l'élévation de température qu'elle détermine; au reste, un cas isolé, comme celui de M. Ewald, ne saurait démontrer l'efficacité d'un moyen thérapeutique.

M. Ewald fait observer que ce n'est pas la première fois que la transfusion lui donne de bons résultats; il reconnaît cependant que l'amélioration obtenue par ce moyen n'est pas toujours durable.

D[r] VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Quelle sorte de viande peut-on permettre aux malades atteints de néphrite ?

Lorsqu'on autorise un malade atteint de néphrite à manger de la viande, on a toujours soin de lui recommander les viandes blanches, car les viandes noires sont généralement considérées comme nuisibles dans les affections des reins. Toutefois, les travaux récents de MM. Offer et Rosenqvist ayant démontré que les différences chimiques existant entre les viandes blanches et les viandes noires ne sont pas plus considérables que celles que l'on rencontre entre deux viandes blanches d'espèce différente, il devenait nécessaire de rechercher si le dogme thérapeutique en question repose sur une base sérieuse ou sur un simple préjugé. Dans ce but, MM. les docteurs M. Kaufmann, assistant de M. le professeur K. von Noorden, médecin en chef de l'hôpital urbain de Francfort-sur-le-Mein, et L. Mohr (de Francfort-sur-le-Mein), ont étudié chez 5 patients — dont 3 brightiques et 2 atteints de néphrite parenchymateuse chronique — l'effet d'une alimentation déterminée sur l'excrétion azotée, sur le taux de l'albumine urinaire et sur le cours de la maladie: la quantité totale d'aliments restant constante, on donnait au sujet, pendant la première période de l'expérience, de la viande de bœuf à laquelle on substituait, dans la seconde phase, une viande blanche (veau, poulet, brochet); dans quelques cas, on intercala une ou plusieurs périodes de régime lacté, pour comparer l'effet de ce régime à celui de l'alimentation carnée. De plus, nos confrères ont utilisé 2 observations inédites qui leur ont été communiquées par M. von Noorden et dont l'une fut poursuivie sans interruption pendant deux mois.

La conclusion que MM. Kaufmann et Mohr tirent de l'ensemble de ces faits, c'est que la qualité de la viande n'a pas d'action immédiate sur les excrétions azotées et sur l'albumine urinaire. Tantôt c'est avec le régime lacté que coïncide le minimum d'albuminurie, tantôt avec l'alimentation à la viande de bœuf; dans d'autres cas encore, la substitution du régime de la viande noire à celui de la viande blanche est sans influence sur la composition de l'urine. Cette composition varie fréquemment, il est vrai, mais il s'agit là de fluctuations spontanées qu'il est impossible de mettre sur le compte de l'alimentation; celle-ci n'a pas non plus d'effet appréciable sur l'état des patients.

Ces résultats expérimentaux sont du reste en parfait accord avec ceux de la pratique suivie depuis plusieurs années dans le service de M. von Noorden : si l'état du malade permet l'usage de la viande, la nature de celle-ci est indifférente, et on peut autoriser le patient à manger la viande qui lui convient le mieux, à condition qu'elle soit fraîche.

Emploi de l'extrait surrénal dans la pratique urologique.

M. le docteur A. von Frisch, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne, a maintes fois utilisé avec succès les propriétés vasoconstrictives de l'extrait de capsules surrénales dans les interventions les plus variées sur l'urèthre et sur la vessie. C'est ainsi que le moyen en question lui a rendu d'excellents services pour l'examen cystoscopique des sujets atteints d'hématurie vésicale, chez lesquels l'irrigation préalable de la vessie ne faisait qu'augmenter l'écoulement sanguin, tandis que l'hémorrhagie cessait complètement ou à peu près, lorsqu'on introduisait dans le réservoir urinaire de 100 à 150 c.c. d'une solution appropriée d'extrait de capsules surrénales et qu'on y laissait séjourner ce liquide trois ou quatre minutes.

Dans les cystotomies pour néoplasmes de la vessie, les attouchements de la tumeur et de la région avoisinante avec une solution d'extrait surrénal permettraient d'opérer sans perte de sang et sur des tissus ischémiés, de sorte que l'extirpation complète du néoplasme serait rendue plus facile et que, dans les cas de papillomes multiples, on éviterait de laisser subsister quelques petites néoformations. Toutefois, comme l'ischémie de la muqueuse vésicale n'est que passagère et qu'elle ne tarde pas à être suivie d'une vasodilatation plus ou moins considérable, il est bon d'assurer l'hémostase soit par la suture des pertes de substance de la muqueuse, soit au moyen d'une cautérisation soignée des surfaces cruentées avec tamponnement de la vessie, afin d'éviter une hémorrhagie secondaire, que M. von Frisch a vu survenir chez un patient pour lequel il avait négligé de prendre ces précautions.

L'instillation de quelques gouttes d'une solution d'extrait surrénal dans le canal de l'urèthre en faciliterait le cathétérisme, qu'on eût affaire à un rétrécissement très serré ou à une hypertrophie de la prostate. Notre confrère a également employé, en pareil cas, la cocaïne qui, elle aussi, agirait en décongestionnant et en dégonflant la muqueuse uréthrale, mais dont l'action serait, cependant, moins énergique que celle de l'extrait surrénal.

Enfin, M. von Frisch s'est servi avec succès du médicament en question dans 3 cas de rétention complète d'urine chez des prostatiques, qui ont pu uriner spontanément sous l'influence de ces instillations.

La valeur du « Viburnum prunifolium » dans le traitement des avortements.

Les accoucheurs étant encore loin d'être d'accord sur la valeur du *Viburnum prunifolium* comme moyen de traitement de l'avortement, il nous paraît utile de signaler les bons résultats que ce médicament a donnés entre les mains d'un médecin russe, M. le docteur G. N. Reimer (de Sophiévka), qui s'en sert couramment depuis neuf ans. Contrairement à l'opinion de M. le professeur Ernst Fränkel, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Breslau, d'après lequel le viburnum ne serait efficace qu'à la condition d'être employé avant l'apparition de tout écoulement sanguin, M. Reimer a été à même de se convaincre que le moyen en question est susceptible de rendre d'excellents services dans les cas où les contractions utérines s'accompagnent d'hémorrhagie, tout comme lorsque ce symptôme fait encore défaut. Notre confrère prescrit l'extrait fluide de viburnum à la dose de XXV à XXX gouttes, répétée quatre fois par jour. Il ne s'est jamais vu obligé de lui associer la morphine pour assurer le succès du traitement. D'après l'expérience de M. Reimer, le viburnum serait, d'ailleurs, plus efficace que les préparations d'opium et les bromures auxquels on a habituellement recours en pareille occurrence.

Il va sans dire que le médicament dont il s'agit ne peut qu'échouer dans les cas d'avortements répétés dus à une affection constitutionnelle (syphilis) ou à une déviation de l'utérus.

Ajoutons que, suivant la pratique préconisée par quelques confrères allemands (Voir *Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. CVI et 1895, p. 426), M. Reimer emploie également l'extrait fluide de viburnum contre la dysménorrhée des vierges (à la dose de XX à XXV gouttes, administrée trois fois par jour) pendant la semaine ou les deux semaines qui précèdent les règles.

Traitement de la diarrhée infantile par le sulfate de quinine.

D'après l'expérience d'un confrère russe, M. le docteur E. I. Loustverk, médecin du zemstvo de Demiansk, le sulfate de quinine constituerait un très bon moyen de traitement des diarrhées aiguës ou chroniques survenant chez les enfants en bas âge. M. Loustverk prescrit ce médicament sous la forme d'une potion que voici :

Sulfate de quinine	2 grammes.
Acide sulfurique dilué	XV gouttes.
Sirop de framboises	20 grammes.
Eau distillée	120 —

A prendre : une cuillerée à café toutes les deux heures.

Notre confrère a traité de la sorte, entre autres patients, un petit garçon de quinze mois, atteint d'un catarrhe chronique de l'intestin grêle et qui, après trois mois de maladie, était tombé dans un état d'anémie et de cachexie extrêmes avec météorisme très prononcé, selles putrides et contenant des aliments non digérés, etc. On essaya, sans aucun succès, les divers remèdes qu'on emploie habituellement en pareille occurrence; par contre, le sulfate de quinine se montra très efficace.

Notre confrère serait porté à attribuer les bons effets de ce médicament à ses propriétés antiseptiques, ainsi qu'à l'action tonique que la quinine exercerait sur la muqueuse gastro-intestinale, tout en relevant l'appétit.

Un nouveau procédé de traitement de la mort apparente du nouveau-né.

Dans un cas d'accouchement pénible avec mort apparente du nouveau-né, un confrère polonais, M. le docteur A. Podciechowski (de Sieradz) — après avoir vainement essayé de ranimer l'enfant par le procédé de Schultze, par l'immersion alternative dans un bain froid et dans de l'eau chaude, par la percussion sur les fesses et par des frictions à la brosse sur la région plantaire et le dos — a eu l'idée d'introduire dans la bouche du nouveau-né, jusqu'au niveau de la racine de la langue, l'index et le médius de la main droite, tout en appuyant la pulpe du pouce contre le menton; puis il se mit à exercer, avec les deux premiers doigts légèrement recourbés, une série de pressions sur la base de la langue, de manière à projeter, chaque fois, l'organe d'arrière en avant. Cette manœuvre ne tarda pas à ramener l'enfant à la vie.

Le procédé en question, qui agirait non seulement en déterminant une dilatation des voies respiratoires supérieures, mais aussi par excitation directe des nerfs de la région, présenterait l'avantage de pouvoir toujours être mis en pratique, tandis que les tractions rythmées de la langue, auxquelles on a d'habitude recours en pareille occurrence, sont souvent fort malaisées en raison de la petitesse de l'organe, qu'il est difficile de saisir et plus encore de maintenir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. Barth.

Volvulus iléo-cæcal avec étranglement interne provoqué par une appendicite.

Vous avez pu voir au n° 1 de notre salle Bouley un malade dont l'histoire, simple et banale en apparence, fournit cependant des enseignements cliniques qui méritent de retenir votre attention.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, exerçant la profession d'expéditionnaire, qui est entré à l'hôpital le 6 mars pour des douleurs violentes dans le ventre. D'apparence robuste, il déclare s'être toujours bien porté, sauf quelques troubles nerveux imputables à l'usage immodéré du vin dont il boit 2 ou 3 litres par jour. Il aurait eu seulement il y a trois ans une *crise de douleurs abdominales* analogues à celles dont il se plaint actuellement, mais ces coliques n'ont duré que quelques heures et ont disparu ensuite sans laisser de traces.

La maladie actuelle a débuté la veille de l'entrée, par des douleurs abdominales violentes qui ont saisi brusquement cet homme pendant qu'il se rendait au bureau où il travaille; ces douleurs ont été si fortes qu'il est tombé évanoui sur la voie publique et qu'on a dû le rapporter chez lui.

Un médecin appelé a parlé de coliques hépatiques et a conseillé le transfert à l'hôpital.

Le 6 au soir, jour de l'entrée du patient, l'interne de service l'a examiné et n'a rien remarqué d'alarmant; sous l'influence d'une injection de morphine faite avant le transport, les douleurs avaient cessé; il n'y avait ni ballonnement du ventre, ni défense musculaire; la température rectale était de 37°3, le pouls régulier, à 80 environ; on se borna à prescrire la diète lactée et le repos absolu.

Le lendemain 7, à la visite du matin, l'état est à peu près le même : langue blanche, saburrale, mais humide; ventre souple, peu douloureux, sans aucun point localisé; constipation; urines normales comme couleur et comme quantité, donnant seulement par l'acide nitrique un léger louche opalin. Le malade a vomi son lait; il dit ne pouvoir le supporter et réclame du bouillon. La journée se passe sans incident notable, sauf quelques coliques peu intenses.

Mais dans la soirée les symptômes brusquement s'aggravent : les douleurs abdominales reparaissent très violentes, avec vomissements bilieux d'abord, puis porracés. La température est à 38°5, le pouls à 88. La nuit est très mauvaise : cet homme a de l'insomnie, de l'agitation et même un peu de délire.

Le 8 au matin, en arrivant au lit du malade, nous sommes effrayés du changement survenu depuis la veille : les orbites sont excavées, cerclées de bistre; le visage est cyanosé, ainsi que les extrémités; le pouls est presque filiforme; la température pourtant ne dépasse pas 37°8. La langue est très sale et un peu sèche, les vomissements ont cessé, mais il y a quelques hoquets; le ventre est ballonné, très dur, sensible à la pression dans toute son étendue; la constipation persiste complète. Le patient, interrogé, déclare n'avoir rendu aucun gaz par l'anus depuis son entrée à l'hôpital; il avait dissimulé ce fait la veille, dans la crainte, dit-il, qu'on ne voulût l'opérer.

Une laparotomie d'urgence paraissant être la seule chance de salut, le malade est immédiatement transporté en chirurgie, mais il s'affaiblit si rapidement que M. Routier se refuse à intervenir. La mort survient, en effet, au bout d'une heure à peine.

A l'autopsie, qu'avons-nous trouvé? L'abdomen renferme une petite quantité de sérosité rosée, légèrement louche; la masse intestinale, fortement distendue, est rouge et injectée, recouverte par places de pseudo-membranes fibrineuses récentes et peu abondantes. Il y a donc de la péritonite, mais ce n'est pas là la lésion principale, comme on s'en aperçoit bien vite en examinant l'intestin.

Celui-ci présente un déplacement extraordinaire, et qu'on a peine à s'expliquer d'abord : le cæcum, d'un volume énorme et renversé sur lui-même, occupe la partie supérieure *gauche* du ventre, et l'appendice, fortement tuméfié, est en contact immédiat avec le lobe gauche du foie; le côlon ascendant, dont la direction est devenue descendante, suit le trajet qui appartient normalement au côlon descendant; le côlon transverse, replié et fortement tordu sur son axe, est caché dans la fosse iliaque gauche, ainsi que le côlon descendant rétracté. Toute la partie droite de la cavité abdominale est occupée par les anses distendues de l'intestin grêle.

En soulevant le cæcum et le côlon qui lui fait suite, on reconnaît la cause de cette dislocation : c'est une bride épiploïque qui part de la portion moyenne du côlon transverse et dont l'extrémité s'insère par des adhérences solides, fibreuses et manifestement anciennes, à la paroi de la fosse iliaque droite, dans la région obturatrice. Cette bride, fortement tendue, constitue une sorte de pont, sous lequel, à la suite de la torsion du côlon sur lui-même, a passé une grande partie de l'intestin grêle. En somme, il s'agit d'un véritable volvulus du gros intestin, compliqué d'étranglement interne par bride épiploïque et de péritonite aiguë généralisée.

Mais ce n'est pas tout : en examinant l'appendice, qui est en rapport, comme nous l'avons dit, avec le lobe gauche du foie, nous le trouvons très tuméfié, rouge et fortement épaissi. L'intestin étant ouvert, la muqueuse du cæcum, au niveau de l'orifice appendiculaire, offre une érosion étendue, manifestement récente; d'autre part, la cavité vermiculaire, perméable dans les trois quarts environ de sa longueur, est remplie de mucopus; le cul-de-sac, sur une longueur de 2 centimètres à peu près, est oblitéré et transformé en un cordon jaunâtre.

Nous constatons donc à la fois l'existence d'une appendicite récente, de virulence médiocre, mais en pleine activité, et les traces d'une appendicite ancienne terminée par guérison.

Ces indices nous permettent de suivre d'une façon précise toute la filière des accidents.

La crise de douleurs abdominales que le malade a traversée il y a trois ans a été une crise d'appendicite, bénigne en apparence, qui s'est terminée par guérison, mais non sans déterminer quelques adhérences, dont la principale a persisté, fixant un point du bord libre du grand épiploon à la paroi de la fosse iliaque, et créant ainsi une bride fort dangereuse.

Le 6 mars dernier, à l'improviste, une nouvelle crise d'appendicite a éclaté, cette fois beaucoup plus violente et plus prolongée, et les contractions irrégulières et spasmodiques du tube intestinal, gênées par la présence de la bride épiploïque, ont amené d'abord la torsion du côlon sur lui-même, entraînant l'iléon à sa suite, puis la formation d'un véritable anneau de plus en plus tendu à mesure que l'intestin grêle s'y engageait davantage. Aux symptômes de l'appendicite, assez bénins d'abord, sont venus se joindre ceux de l'occlusion intestinale, qui ont évolué avec la rapidité qu'on observe dans les cas de volvulus comme dans ceux d'étranglement interne.

De cette observation intéressante, deux conclusions pratiques sont à tirer. C'est d'abord que la situation de l'appendice, si elle est à peu près fixe à l'état normal, peut varier d'une manière pour ainsi dire indéfinie quand il y a appendicite, en raison des contractions désordonnées qui animent les diverses parties du tube intestinal. Chez notre malade, c'est en vain qu'on aurait interrogé le point dit de McBurney, car le vermis enflammé siégeait dans l'hypocondre gauche, et c'est au-dessous du lobe gauche du foie que devait se former l'abcès péri-appendiculaire.

Remarquons ensuite à quels périls expose une attaque d'appendicite, même bénigne, même terminée par guérison sans incident notable. La petite crise initiale survenue il y a trois ans avait duré seulement quelques heures, et c'est à peine si le malade en avait gardé le souvenir; elle avait pourtant laissé à sa suite une adhérence épiploïque qui a été la cause, indirecte peut-être, mais certaine, de la mort.

CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Douzième session tenue à Grenoble du 1er au 7 août 1902.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal.

M. Dupré, *rapporteur*. — Au début de cette étude s'impose une définition claire et précise du terme *auto-accusateur*. Dans le langage de la psychiatrie clinique, en effet, le qualificatif d'auto-accusateur s'applique non seulement au sujet qui avoue avoir commis un crime déterminé, dont il relate, avec des détails circonstanciés, le lieu, l'heure et l'exécution, mais encore au malade qui porte sur lui-même un jugement défavorable, qui se déprécie, parle de sa déchéance physique et morale et exprime des idées générales d'incapacité, d'indignité, de culpabilité et de remords. Dans le langage de la psychiatrie médico-légale, au contraire, le terme auto-accusateur a une signification beaucoup plus étroite : il désigne seulement le sujet qui, délirant ou lucide, sincère ou menteur, halluciné ou raisonnant, mû par un sentiment pathologique ou par un mobile intéressé, *s'accuse* par un acte, provoqué ou spontané, direct ou indirect, verbal ou écrit, d'*auto-dénonciation, vis-à-vis des autorités administratives ou judiciaires*. Cette distinction entre les deux acceptions, médicale et juridique, du vocable en question, établit nettement les rapports réciproques des deux domaines, clinique et médico-légal, de l'auto-accusation. L'histoire psychopathologique de ce symptôme comprend en effet toutes les modalités du délire de culpabilité des mélancoliques, toutes les variétés des idées délirantes, obsédantes ou simplement vaniteuses impulsives d'auto-accusation des dégénérés, tous les romans hallucinatoires et oniriques de criminalité imaginaire des alcooliques et des hystériques, toutes les conceptions épisodiques de même nature des déments; tandis que l'histoire médico-légale des auto-accusateurs étudie seulement, parmi ces différents types, ceux qui, franchissant les limites du délire platonique de culpabilité, ou même n'ayant jamais été délirants, *passent à l'acte de l'auto-dénonciation*, en se déclarant les auteurs de délits ou de crimes dont ils doivent rendre compte à la justice. *En médecine légale, auto-accusation est donc synonyme d'auto-dénonciation.*

L'auto-accusation chez les *mélancoliques* procède directement des malaises cénesthésiques, de l'inhibition psychique et de la douleur morale qui constituent le substratum pathogénique du délire mélancolique. Ce délire, qui affecte d'abord la forme d'idées de culpabilité générale, diffuse, peut, en vertu de processus automatiques, d'inférence logique et de déduction raisonnante, évoluer vers un délire de culpabilité précise, qui s'affirme nettement devant la conscience, dans la représentation claire d'une faute déterminée.

Les éléments qui déterminent ainsi avec précision le crime commis sont empruntés soit à l'interprétation morbide de coïncidences extérieures, soit au souvenir et au grossissement hypertrophique de menues peccadilles passées, soit à la culture d'une idée fixe post-onirique, soit à l'attribution personnelle, directe ou indirecte, de malheurs, de catastrophes ou de crimes dont le mélancolique assume la respon-

sabilité. Lorsque, par un mécanisme variable, a pris corps dans l'espace et dans le temps, et s'est précisée dans son objet, l'idée d'une culpabilité déterminée, *le mélancolique de coupable devient auto-accusateur*. La plupart des mélancoliques auto-accusateurs, ne dépassant pas ce stade d'évolution délirante, restent ainsi platoniques dans leurs idées d'auto-accusation. Quelques-uns d'entre eux vont plus loin et de l'idée passent à l'acte : *d'auto-accusateurs platoniques ils deviennent auto-dénonciateurs* et entrent ainsi de plain-pied, par une intervention active auprès des autorités, dans le domaine médico-légal du délire mélancolique d'auto-accusation. Cette évolution logique du mélancolique, de la culpabilité diffuse à la culpabilité précise ou auto-accusation, et de l'idée platonique d'auto-accusation à l'acte de l'auto-dénonciation, rappelle de loin l'évolution médico-légale du persécuté, qui passe ainsi de l'inquiétude vague à la persécution précise, et de l'idée inoffensive de persécution passive à l'acte justicier de la défense ou de la vengeance. Dans les deux cas, le passage de l'aliéné, du domaine clinique au domaine médico-légal du délire, est marqué par l'acte social, qui apparaît comme le produit logique de la croyance du malade.

Cette évolution du délire mélancolique d'auto-accusation vers sa phase médico-légale peut se résumer par les termes de la filiation chronologique suivante :

1º Etat mélancolique;
2º Délire de culpabilité diffuse;
3º Auto-accusation précise, mais passive et platonique;
4º Auto-dénonciation active.

Presque tous les mélancoliques réalisent le deuxième état; beaucoup atteignent le troisième; une infime minorité seulement arrivent jusqu'au quatrième terme; *ceux-là seulement sont les auto-accusateurs mélancoliques médico-légaux.*

La grande majorité de ces malades sont des femmes et la plupart s'accusent de crimes, surtout d'infanticides.

L'auto-accusation, chez les *dégénérés*, est extrêmement fréquente : les dégénérés inférieurs, *débiles* et *déséquilibrés*, constituent, dans la foule hétérogène des auto-accusateurs, une catégorie bien spéciale, riche en types très divers et très curieux. Chacun d'eux, dans le roman criminel dont il s'improvise le héros, joue le rôle d'un personnage parfois troublant pour le magistrat instructeur, souvent énigmatique pour le psychologue, toujours intéressant pour le médecin.

A l'inverse des auto-accusateurs mélancoliques, qui sont *délirants*, *sincères*, *anxieux* et *repentants*, les auto-accusateurs dégénérés sont presque toujours *lucides*, *conscients*, *menteurs*, *indifférents* ou *glorieux*. Au contraire des mélancoliques qui ont tous, dans l'uniformité de leur délire, un air de famille, les dégénérés sont tous différents les uns des autres et offrent, dans leur auto-accusation, la physionomie clinique la plus variable et la plus individuelle; l'histoire de chacun d'eux est un roman toujours nouveau.

Parmi ces dégénérés auto-accusateurs on peut distinguer plusieurs types :

Les *débiles intellectuels simples*, se dénonçant sous la seule incitation d'une suggestion impulsive, à la suite d'une lecture, d'une conversation, d'un rêve : c'est l'auto-accusation par réflexe psychique élémentaire, sans racines ni relations associatives dans la mentalité, sans préparation comme sans portée;

Les *débiles intellectuels vaniteux*, se dénonçant par besoin de mensonge et surtout par appétit de gloriole, par vanité, par désir de se mettre en scène, de faire parler d'eux; chez ces malades, le roman de l'auto-accusation est un peu plus solide et plus vraisemblable que chez les précédents;

Les *débiles moraux*, égoïstes, mystificateurs et pervertis instinctifs, mettent au service de leurs mauvais appétits l'acte prémédité de l'auto-dénonciation mensongère et consciente : c'est ici un calcul intéressé, joint à l'appétit du mensonge et à l'imbécillité morale, qui échafaude un roman criminel imaginaire dont l'auto-accusateur veut paraître le héros intéressant, pour en devenir indirectement le bénéficiaire intéressé.

Les *obsédés* peuvent présenter des idées obsédantes d'auto-accusation, consécutives elles-mêmes à des obsessions-impulsions criminelles. Le malade, douteur et anxieux, se demande s'il a réellement commis le crime dont il a cultivé l'idée, et arrive à se croire réellement coupable. Mais ces idées d'auto-accusation restent toujours à l'état platonique, n'évoluent pas jusqu'à l'acte de l'auto-dénonciation; aussi les idées d'auto-accusation de nature obsédante n'ont-elles pas d'histoire médico-légale.

Les *dégénérés paranoïaques* qui formulent des idées d'auto-accusation sont les auto-accusateurs systématiques primitifs (Séglas) et les persécutés auto-accusateurs, étudiés surtout par MM. Ballet, Séglas, Lalanne, chez qui s'associent les deux délires de persécution et d'auto-accusation : en pareil cas, les états de mélancolie, d'hypocondrie et d'obsession orientent et compliquent le processus psychopathique en cause. Ces auto-accusateurs délirants peuvent intéresser le médecin légiste par leurs tentatives de suicide, leur tendance aux auto-mutilations et à la poursuite obstinée de l'intervention chirurgicale. En dehors de ces épisodes, ces dégénérés délirants auto-accusateurs n'ont pas d'intérêt médico-légal.

Chez tous les dégénérés auto-accusateurs, particulièrement chez certains persécutés auto-accusateurs alcooliques et surtout chez les débiles et les déséquilibrés, les associations morbides les plus diverses (alcoolisme, hystérie, épilepsie, infections, surmenage, etc.) peuvent intervenir dans les moments étiologiques comme dans les modalités cliniques de l'auto-accusation. Le facteur étiologique le plus fréquemment surajouté est l'alcoolisme. L'appoint toxique pousse alors le débile à l'acte de l'auto-dénonciation, en excitant l'automatisme psychologique, en affaiblissant le pouvoir d'inhibition et en intervenant aussi, par l'intermédiaire du délire onirique, dans un processus morbide dont on entrevoit la complexité étiologique.

L'auto-accusation chez les *alcooliques* présente, à cause de sa fréquence, de son mécanisme pathogénique et de son évolution clinique, le plus grand intérêt. On l'observe toujours chez des hommes adultes, intoxiqués d'assez longue date, sous l'influence d'un excès massif de boisson ou d'un surmenage récent, d'une infection ou d'une intoxication, éléments épisodiques surajoutés à l'alcoolisme chronique.

L'auto-accusation représente une des formes délirantes de l'ivresse psychique, qu'on rencontre, parmi les prédisposés, chez les individus imaginatifs (P. Garnier).

D'origine hallucinatoire, de nature onirique, le délire se développe autour d'une idée fixe qui survit au rêve morbide (Régis) et qui évolue, pendant quelques heures ou plusieurs jours, sur un fond d'amnésie, d'obnubilation et de confusion mentale, en imposant au malade la conviction qu'il vient de commettre un crime sanglant, sauvage, dont les éléments (victime, cadre de l'action, etc.) sont empruntés à sa vie ordinaire (meurtre d'une parente), à ses lectures (crime de l'actualité), à ses préoccupations (assassinat politique). Le drame onirique, saisissant de vie hallucinatoire et souvent de tragique horreur, détermine chez le malade les réactions les plus intéressantes dans leur sincérité et leur mimique.

La survie de l'idée fixe de culpabilité est presque toujours éphémère, et le délire d'auto-accusation d'origine toxique s'efface en quelques jours, à travers des phases oscillantes et irrégulières de conviction délirante et de lucidité consciente, au terme desquelles le malade se ressaisit complètement.

L'auto-accusation des psychoses toxiques s'observe également chez les *typhoïdiques*, ainsi que dans les états d'inanition et dans certaines crises oniriques d'étiologie imprécise, mais assurément de nature toxique.

L'intérêt médico-légal de l'auto-accusation d'origine toxique se tire de la fréquence de ces situations pathologiques, où se pose le problème de la mesure à prendre vis-à-vis de l'auto-accusateur. Celui-ci, délirant transitoire, ne doit presque jamais être interné à l'asile : une courte période de mise en observation suffira le plus souvent pour juger cette crise psychopathique temporaire et curable, permettre la mise en liberté de l'auto-accusateur et lui épargner les fâcheuses conséquences de la séquestration.

L'auto-accusation chez les *hystériques*, extrêmement rare relativement à l'hétéro-accusation, s'associe parfois à celle-ci dans un complexus d'auto-hétéro-accusation visant des fautes d'ordre sexuel (attentats, adultères, etc.). Elle s'observe chez les femmes et peut avoir des suites regrettables.

A propos de l'auto-accusation chez les hystériques, on doit, dans une histoire médico-légale des auto-accusateurs, accorder une mention rétrospective aux crimes imaginaires d'avortement, de viol, d'empoisonnement, de sodomie, d'inceste, d'adultère, etc., avoués spontanément et souvent sans l'intervention de la torture, par les sorcières et leurs complices, devant les tribunaux des grands procès de sorcellerie des quinzième, seizième et dix-septième siècles. Ces malheureuses et irresponsables victimes d'une époque ignorante et d'une procédure barbare, atteintes d'hystérie, de débilité mentale et des diverses formes démonopathiques du délire de possession, représentent une innombrable théorie d'auto-accusateurs, dont l'histoire médico-légale n'est qu'un long et instructif martyrologe.

L'auto-accusation chez les *épileptiques* peut dériver des tentatives d'explication faites par le malade, au sortir de son accès, pour justifier le crime qu'il vient de commettre dans l'inconscience de son délire.

L'auto-accusation épisodique chez certains *déments* n'a pas d'histoire médico-légale.

La situation créée vis-à-vis de lui-même et des autorités par l'auto-accusateur, au moment et par le fait de son aveu, varie beaucoup suivant le contenu de l'auto-accusation. A ce propos, la division très claire et très simple, proposée par M. Régis, des différentes éventualités médico-légales résultant de l'auto-accusation est un modèle de sériation pratique des faits, basée sur leur importance judiciaire. Cette classification, qui embrasse sous ses quatre chefs toutes les modalités possibles de l'auto-accusation, comprend les cas où un individu s'accuse : 1º d'un crime inexistant; 2º d'un crime réel, mais non imputable à l'auto-accusateur; 3º d'un crime réel et imputable à l'auto-accusateur; 4º d'un crime réellement commis par lui, mais grossi et aggravé par la déposition ou avoué sans sollicitation extérieure, sous des influences pathologiques, généralement d'ordre impulsif, parfois sous la pression du remords.

Toute auto-accusation soulève un double problème, l'un judiciaire, pour le magistrat instructeur, l'autre médical, pour l'expert. Le premier — démonstration de la réalité ou de l'imputabilité du crime — surgit presque toujours avant le second (démonstration de l'état d'aliénation ou de non-aliénation de l'auto-accusateur).

Les conditions dans lesquelles se pose le problème judiciaire dépendent en partie du mode de l'auto-dénonciation, verbale ou écrite, adressée aux commissaires de police, aux gendarmes, au Parquet, etc. Ces conditions imposent souvent aux magistrats instructeurs l'hypothèse de la folie chez l'auto-accusateur. Celui-ci, élargi ou dirigé sur l'Infirmerie spéciale du Dépôt, à Paris, est soumis, dans cette dernière hypothèse, à l'examen d'un aliéniste, qui doit alors résoudre le problème médical de l'auto-accusation.

Dans d'autres cas, une enquête est ouverte et, avant l'intervention de l'expert, une instruction est commencée.

Cette enquête aboutit, suivant la conviction du juge d'instruction, à un non-lieu ou à une ordonnance de renvoi devant le tribunal compétent. L'expertise médico-légale peut ainsi intervenir aux trois phases de la procédure criminelle : celle de l'action de la police judiciaire, celle de l'enquête du juge d'instruction et, enfin, celle des opérations du tribunal. En l'absence d'expertise médico-légale, le problème de l'auto-accusation reste dans le domaine judiciaire et peut comporter alors, suivant les différentes législations, des solutions juridiques intéressantes à considérer.

L'étendue de cette question comprend l'examen de la valeur probante et de l'évolution juridique et historique de l'aveu (système des preuves légales, des preuves morales d'intime conviction); l'étude des conséquences des auto-accusations postérieures aux arrêts judiciaires; l'interprétation de la loi du 9 juin 1895, relative à l'introduction du fait nouveau, en matière de revision; la notion de l'impossibilité de cette revision contre l'individu acquitté, au cas où celui-ci viendrait, auto-accusateur rétrospectif,

se déclarer coupable du crime dont il a été innocenté.

L'étude comparée des législations étrangères montre d'intéressantes différences entre le droit pénal et la procédure criminelle de certains pays (Angleterre, Allemagne, Espagne, etc.), d'une part, et la loi française, relativement à la valeur probante de l'aveu, d'autre part.

La question de la pénalité que peut encourir, du fait de sa fausse déclaration aux autorités, l'auto-accusateur, mériterait aussi d'être discutée.

La nécessité de l'expertise médico-légale, en présence d'un sujet qui se dénonce, ressort de la nature très souvent pathologique de l'auto-accusation, même lucide et véridique.

Le problème qui se pose à l'expert est celui du diagnostic de l'état mental de l'auto-accusateur, lequel se déduit, non pas des données de l'enquête administrative et judiciaire, mais de l'examen complet de l'auto-accusateur et de l'auto-accusation : celle-ci envisagée dans son contenu, son éclosion étiologique, son mécanisme pathogénique, son aspect clinique, son allure évolutive, ses concomitants psychiques et somatiques, etc. C'est à l'aide de tous ces éléments que l'expert déterminera le type pathologique de l'auto-accusateur. La réalité même des crimes révélés par l'auto-accusateur ne va pas contre la possibilité de la nature morbide de l'auto-accusation (Régis).

De l'étude critique et comparée des observations d'un grand nombre d'auto-accusateurs ressortent enfin quelques conclusions statistiques intéressantes :

Les auto-accusateurs se recrutent, par ordre de fréquence, d'abord chez les alcooliques, ensuite chez les dégénérés; bien au-dessous de ces deux catégories psychiatriques, figurent les états mélancoliques, l'hystérie et, en dernier lieu, les états démentiels. L'association de ces différents processus concourt souvent à l'étiologie de l'auto-accusation.

Environ les deux tiers des auto-accusations portent sur des crimes inexistants, dont une courte enquête préliminaire démontre la nature imaginaire. Le dernier tiers se partage entre des crimes réels, mais le plus souvent impossibles à imputer à leurs prétendus auteurs, et une dernière catégorie de faits, sur lesquels a insisté M. Régis, à savoir les crimes réellement commis et avoués par les coupables, sous des influences ou dans des dépositions d'ordre pathologique.

L'étude des cas d'auto-accusation démontre que ceux-ci ont pu et peuvent encore entraîner de regrettables conséquences pratiques et judiciaires (condamnations injustes, longues préventions pendant de laborieuses enquêtes, actions en justice inutiles, etc.). Exceptionnellement, une auto-accusation légitime, commise sous l'influence du remords, peut au contraire provoquer, par la revision du procès, la réparation d'une erreur judiciaire.

Si rares que soient, en fait, ces fâcheuses exceptions, elles suffisent à justifier, aux yeux du médecin et du magistrat, l'étude clinique et médico-légale des auto-accusateurs.

M. Régis (de Bordeaux). — Les idées d'auto-accusation chez les obsédés peuvent avoir une double origine. Tantôt, elles ont un point de départ onirique : c'est ainsi qu'une femme, douteuse, phobique, etc., s'accusera d'avoir tué son mari parce qu'elle l'aura rêvé une nuit. Tantôt, le processus de l'obsession, avec le trouble de la conscience et l'interrogation anxieuse qui l'accompagnent, préside seul à la genèse de l'idée d'auto-accusation. Ces idées d'auto-accusation de nature obsédante ne restent pas toujours à l'état platonique, comme le soutient M. Dupré; elles peuvent, dans certains cas, aboutir à l'auto-dénonciation. En voici un exemple : un homme, qui avait successivement allumé neuf incendies, dont plusieurs d'une certaine gravité, alla un jour se dénoncer à la justice. L'enquête démontra qu'il avait dit la vérité, et l'expertise médico-légale à laquelle cet homme fut soumis prouva qu'il était un obsédé impulsif, parfaitement conscient, qui ne s'était dénoncé que pour qu'on le mît dans l'impossibilité de commettre les nombreux attentats vers lesquels il se sentait irrésistiblement entraîné.

On pourrait être tenté de croire que la portée médico-légale des idées d'auto-accusation chez les persécutés-mélancoliques ne résulte guère que de la possibilité de tentatives de suicide sur lesquelles le médecin expert est appelé à se prononcer. On peut cependant observer une autre conséquence judiciaire de ces idées d'auto-accusation. A côté des malades qui, réagissant en mélancoliques, cherchent à se donner la mort, il en est d'autres qui, plus persécutés que mélancoliques, s'adressent aux magistrats pour faire établir leur innocence, témoin J.-J. Rousseau.

Il résulte de ces diverses considérations que, toutes les fois qu'une auto-dénonciation est faite à un magistrat, celui-ci doit supposer, de ce seul fait, qu'il se trouve en présence d'un psychopathe dont l'examen s'impose au point de vue médico-légal.

M. Legrain (de Ville-Evrard). — M. Dupré a bien mis en relief l'extrême importance de l'alcoolisme dans l'étiologie de l'auto-accusation. En voici un exemple : un homme, buveur d'habitude, qui n'était, du reste, nullement coupable comme l'enquête l'a prouvé, vint un jour s'accuser d'avoir allumé deux incendies : or, ces incendies avaient lieu au moment même où le malade se dénonçait, et c'était leur spectacle qui l'avait suggestionné et qui avait ébranlé son cerveau imprégné d'alcool au point de le décider à se livrer à la justice.

Voici maintenant un fait qui montre le rôle du subconscient dans le mécanisme de l'auto-accusation :

Il s'agit d'un débile mélancolique qui, au cours d'un premier accès de délire avec phénomènes aigus et confusion mentale, s'accuse d'avoir violé une petite fille, tandis qu'il n'avait fait que se livrer à quelques attouchements. Il guérit, proteste alors de son innocence. Plus tard, dans un autre accès de délire, la même auto-accusation réapparaît; de nouveau le malade guérit et se déclare innocent. Il est probable que d'autres accès surgiront semblables aux deux premiers et que la même auto-accusation réapparaîtra chaque fois (délire à *éclipse*). L'intérêt de cette observation réside dans ce fait, d'abord que l'auto-accusation repose sur une faute réelle, mais singulièrement grossie; ensuite que cet homme conserve indéfiniment la *subconscience* de son acte, et enfin que, dans l'intervalle des accès où l'acte reprend sa place dans le champ d'une conscience maladivement éveillée, le sujet perd le *souvenir* de l'acte.

M. Vallon (de Paris). — Comme exemple de ces auto-dénonciations réalisées par certains débiles, plus ou moins alcooliques, auprès des commissaires de police, je puis citer le cas d'un individu qui, sans que le mobile de son acte ait jamais été bien éclairci, vint un jour s'accuser d'un attentat anarchiste (fabrication d'explosifs, complot contre le chef de l'Etat, etc.) complètement imaginaire.

Je rapprocherai de ce fait, à la vérité un peu banal, un cas d'auto-hétéro-accusation assez intéressant : il s'agit d'un homme qui déclara tout récemment à la justice qu'une vieille femme, d'ailleurs mendiante de son métier, étant morte dans la maison qu'il habitait, le concierge l'avait dépouillée de tout l'argent qu'elle possédait et que lui-même avait reçu 100 francs pour se taire et garder le vol secret. Ce récit ayant éveillé des doutes sur l'état mental de cet individu, on le soumit à une expertise médico-légale qui est encore actuellement en cours; mais, d'ores et déjà, l'enquête judiciaire a démontré que les faits racontés par l'inculpé étaient vrais. Cette observation prouve que, quelle que soit leur invraisemblance, les récits que font à la police ou aux magistrats certains débiles ou déséquilibrés ne doivent pas être rejetés *de plano*, et qu'une enquête sérieuse s'impose toujours à leur égard, en même temps qu'un examen médico-légal du dénonciateur.

M. Obregia. — Bien que l'auto-accusation soit rare chez les mélancoliques, ainsi qu'a eu soin de le faire remarquer M. Dupré, j'ai eu l'occasion d'observer un fait appartenant à cette catégorie : il s'agit d'un homme, un peu débile congénitalement, qui, au cours d'un accès de mélancolie délirante, mit le feu à une maison dans le but probable de se donner la mort; il avait allumé cet incendie sans prendre aucune précaution pour éviter qu'on ne l'en accusât, et lui-même, du reste, n'hésita pas à se dénoncer à la justice; l'examen médical auquel le malade fut soumis démontra qu'il avait agi sous l'empire d'idées de culpabilité, afin d'expier les crimes dont il se croyait l'auteur.

J'ai observé également un cas d'auto-dénonciation chez un individu condamné à cinq ans de réclusion, qui, pour éviter d'accomplir sa peine, ne trouva rien de mieux que de se dire atteint d'épilepsie exclusivement nocturne et de s'accuser d'être l'auteur de tous les méfaits qui s'accomplissaient dans la prison. Je fus commis pour examiner ce malade et je ne tardai pas à acquérir la conviction que j'étais en présence d'un simulateur. Pour le démontrer, je m'appuyai surtout sur l'étude de la toxicité urinaire qui, pendant les deux mois où j'ai pris soin de la relever, s'est montrée constante, et toujours exempte des oscillations aujourd'hui bien connues qui se produisent avant et après les paroxysmes; je remarquai, en outre, que tous les prétendus accès de cet individu se terminaient invariablement par une émission d'urine, ce qui constitue au moins une anomalie. Enfin, en le traitant, à son insu bien entendu, par le bromure de potassium à hautes doses, il n'a jamais accusé la moindre diminution dans le nombre des crises : celles-ci se reproduisaient régulièrement deux fois par nuit. Pour ces différentes raisons, je crus pouvoir conclure à la simulation. Plus tard, j'ai appris que le prisonnier n'avait joué cette comédie que sur les conseils de son avocat.

M. Vallon. — A mon avis, la recherche de la toxicité urinaire chez les épileptiques n'a pas fourni jusqu'ici des résultats assez nets pour qu'on soit en droit de les faire figurer comme éléments de preuve dans les conclusions d'une expertise médico-légale.

Ecartement involontaire du petit doigt dans certaines affections de l'axe cérébro-spinal, et coexistence de ce signe avec des troubles du langage articulé.

M. Pailhas. — Sous la désignation d'*écartement involontaire du petit doigt*, je signalerai un détail de séméiologie observé à propos d'états encéphalopathiques divers, mais ayant tous vraisemblablement une origine organique.

Le signe auquel je fais ici allusion, et qui semble, en effet, se rattacher à une lésion des centres nerveux, procède mécaniquement de l'antagonisme des muscles abducteurs et adducteurs des doigts, antagonisme inégal et tel que les abducteurs l'emportent en énergie sur leurs opposants, lorsque surtout cet antagonisme est mis fortement en jeu par la complète juxtaposition des doigts, la main étant maintenue dans l'extension forcée. Même à l'état physiologique, on peut voir alors, au bout de peu de temps, les abducteurs et spécialement le plus puissant d'entre eux, l'abducteur de l'auriculaire, manifester leur prépondérance par de la tendance à un écartement plus ou moins notable des doigts, et du petit doigt en particulier.

Mais il arrive que, dans certains cas, cet écartement se produit d'emblée à un degré suffisant pour montrer la disproportion des efforts antagonistes et la relative faiblesse des adducteurs. De telle sorte que si, normalement, la main fortement étendue permet aux doigts de se juxtaposer complètement, cette juxtaposition cesse d'être ici possible, et l'auriculaire irrésistiblement se maintient ou est promptement ramené dans une position qui plus ou moins le sépare des autres doigts.

Ce phénomène pathologique de l'écartement digital est relativement fréquent : je l'ai constaté 4 fois dans la paralysie générale, 2 fois dans la démence organique, 1 fois dans la démence suite d'excès alcooliques, 1 fois dans l'hémiplégie de cause syphilitique, 1 fois dans la confusion mentale d'origine alcoolique (chez un bègue), ainsi que dans un cas d'albuminurie et d'urémie chronique avec troubles de la phonation.

Le siège en a été, tantôt et le plus souvent à droite, tantôt à gauche, plus rarement des deux côtés à la fois.

Dans tous ces cas — et sur ce point j'attire très particulièrement l'attention — il existait concurremment des troubles très accusés du langage articulé (embarras de la parole, hésitation, bégaiement).

La constance de cette association de l'écartement digital involontaire et des altérations de la parole me semble plaider en faveur de l'existence de lésions organiques intéressant, simultanément et par une action de voisinage probable, les centres corticaux ou capsulaires qui président, d'une part, au langage articulé et,

d'autre part, aux mouvements des doigts, notamment à ceux qui sont utilisés dans le langage graphique.

J'ajouterai que la confirmation de cette association, en quelque sorte syndromique, m'a été fournie par les constatations qu'à titre de contrôle j'avais eu l'idée de faire à l'Institution des jeunes sourds-muets du Bon-Sauveur d'Albi, lesquels sont élevés par la méthode orale pure. Or, aucun de ces enfants atteints de surdi-mutité n'a présenté le phénomène de l'écartement de l'auriculaire, à part un d'eux, âgé de quinze ans, d'une mentalité faible et à la langue peu déliée. Par contre, chez 2 entendants-muets soumis à la méthode d'enseignement des sourds-muets (deux frères, l'un âgé de huit ans, l'autre de dix ans), l'écartement digital existait nettement, mais bien plus accusé chez le plus jeune, reconnu aussi par ses professeurs comme plus réfractaire aux exercices pédagogiques d'articulation.

A titre d'indication, relativement au moyen de mettre en évidence parfaite l'écartement digital, j'insisterai de nouveau, en terminant, sur la nécessité qu'il y a de maintenir la main observée dans la plus complète extension et exactement dans l'axe de l'avant-bras. Parfois il devient indispensable de compléter artificiellement cette extension pour voir se produire immédiatement l'écartement de l'auriculaire, alors qu'une légère flexion des articulations métacarpo-phalangiennes avait, jusque-là, suffi à le masquer.

Sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire.

M. Séglas (de Paris). — Il résulte de mes observations que les formes psychopathiques auxquelles peut aboutir l'obsession sont la mélancolie, la confusion mentale, le délire onirique et enfin les délires systématisés.

Mais quelles sont, parmi les obsessions, celles qui sont susceptibles de ces différentes transformations? D'après MM. Pitres et Régis, les formes qui aboutissent au délire systématisé sont les états obsédants à symptômes surtout intellectuels; celles qui versent dans la mélancolie anxieuse sont les états obsédants à symptômes surtout émotionnels, c'est-à-dire les phobies.

Mes recherches ne m'autorisent pas à partager cette manière de voir.

En général, je crois que les obsessions qui peuvent aboutir à des accidents vésaniques caractérisés, quelle qu'en soit la forme, sont principalement les obsessions dites intellectuelles, et en particulier les différents types décrits sous le nom générique de maladie du doute.

S'il est très difficile d'établir des rapports entre la forme de l'obsession et son évolution vers le délire, on peut se demander s'il n'existe pas dans tel ou tel cas des signes de nature à faire craindre cette évolution.

Les éléments de ce pronostic me semblent devoir être tirés, non pas de la forme de l'obsession, mais du complexus symptomatique et de l'état mental sous-jacent. Il importe également de tenir compte de la fréquence des paroxysmes, de l'intensité et de la durée des troubles émotionnels concomitants, en raison même du pouvoir de dissociation qu'exerce l'émotion sur les différents éléments de la pensée.

Indispensables au pronostic, ces notions ne sont pas moins utiles pour déterminer le mécanisme de la transformation de certaines obsessions, de leur évolution vers le délire. Toutes aboutissent à la constitution chez les obsédés d'un trouble de la conscience personnelle : même chez ceux de ces malades qui se rendent compte de leur état, la *division* de la conscience n'en existe pas moins déjà dans l'intervalle des crises; l'obsession n'en est que la manifestation ultime la plus parfaite. Dans certaines, comme lorsque le sujet cède à son obsession, tous les éléments psychiques semblent se grouper en une seule synthèse, en un état de conscience unique, mais celui-ci n'est que le dernier terme d'épanouissement de la synthèse pathologique, la manifestation la plus nette de l'asservissement et de l'éclipse momentanée de la conscience personnelle.

C'est là, dans cette dissociation de la conscience personnelle, dans son obnubilation passagère ou son asservissement plus ou moins durable, que nous trouverons la clé du mécanisme amenant le passage de l'obsession au délire.

Que les différents troubles psychiques signalés plus haut et présentant tous le même caractère de synthèse mentale insuffisante viennent à se multiplier, à s'exagérer d'une façon aiguë, et nous assisterons alors, suivant les cas, à ces états de stupeur, de confusion mentale, à ces délires de rêve que nous avons signalés, ou bien à un syndrome à forme de mélancolie anxieuse. Si, au contraire, le processus de désagrégation psychologique a une marche plus lente, les synthèses partielles correspondant aux idées obsédantes deviennent de plus en plus stables, en même temps qu'elles s'accroissent d'éléments nouveaux. C'est un travail de pénétration aboutissant à l'appauvrissement de plus en plus prononcé de la conscience personnelle, dont le rôle de réducteur finit par devenir impossible. Il n'y a plus de contrôle, plus de critique. L'idée obsédante prend définitivement place au milieu des autres pensées; elle fait désormais partie intégrante de l'être psychique. Souvent les choses en restent là. D'autres fois, sur ce terrain ainsi préparé, on voit se manifester ces tendances logiques, inconscientes et générales de l'esprit humain, provoquant l'interprétation, la justification d'un état de conscience contre lequel le malade ne lutte plus : c'est ainsi qu'il s'engage dans la voie des délires systématisés.

Ces considérations nous expliquent encore la forme que revêtent parfois ces psychopathies, les idées de persécution par l'hypnotisme, la suggestion, ou les délires plus accentués de possession, en rapport avec un dédoublement de la personnalité, qui ne sont à la fois que l'exagération et la justification délirante de l'automatisme, de la dissociation, du contraste psychique inhérents à la préexistence et à la persistance de l'obsession.

Des localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique.

M. Oberthür (de Paris). — Des recherches que j'ai faites avec M. Mousseaux, il résulte que, au cours de l'évolution des tumeurs épithéliales, et en particulier des carcinomes, le système nerveux périphérique est fréquemment atteint : on observe tantôt des névrites ou des polynévrites toxiques ou auto-toxiques, tantôt des lésions dues à la compression exercée par le néoplasme ou à la propagation de celui-ci.

Les nerfs sont d'ordinaire très résistants à l'envahissement cancéreux. Cependant, selon leur texture, ils réagissent différemment au contact de la tumeur.

Les troncs volumineux, pourvus d'une gaine épaisse, sont surtout refoulés, comprimés, et ne sont pas pénétrés par le cancer : leur tissu conjonctif s'hyperplasie, repousse et enserre les tubes nerveux; la myéline se fragmente et devient granuleuse, poussiéreuse; les cylindres-axes se tuméfient, prennent un aspect vacuolaire, moniliforme et disparaissent : le processus dégénératif, d'abord limité à la myéline et à la région péri-axile, ne tarde pas à atteindre le cylindre-axe lui-même. Toutefois un certain nombre de filets nerveux sont généralement respectés.

Les nerfs de texture plus délicate (nerfs crâniens et racines rachidiennes) se laissent envahir plus facilement par les éléments cancéreux de même type que ceux de la tumeur primitive. Ces éléments s'infiltrent et prolifèrent dans les espaces conjonctifs du tissu interfasciculaire, de la gaine lamelleuse et du tissu intrafasciculaire, ou d'autres fois y sont apportés par les capillaires sanguins; à côté des lésions que je viens de signaler, les gaines de Schwann sont souvent pénétrées par les éléments cancéreux : les cellules s'y groupent en collerette autour du cylindre-axe qui est hypertrophié, œdémateux, vacuolaire, et se laisse même parfois pénétrer; ou bien, elles remplissent complètement cette gaine, et il n'y a plus vestige du cylindre-axe.

La dégénérescence wallérienne est de règle au-dessous du point envahi. Au-dessus, on note de la dégénérescence rétrograde, et la réaction à distance des cellules d'origine.

Enfin les éléments cancéreux peuvent fuser à une grande distance dans l'intérieur du nerf, comme dans une gaine lymphatique, et parfois créer plus loin un nouveau foyer métastatique.

Les petits filets nerveux n'opposent en général aucune résistance et sont ordinairement sectionnés à leur point de pénétration dans la tumeur.

Dans les ganglions nerveux, les amas épithéliaux envahissent le stroma conjonctif du ganglion, se groupent dans les fentes conjonctivales et presque toujours arrivent à tapisser l'endothélium des capsules des cellules ganglionnaires. Celles-ci peuvent résister fort longtemps, bien qu'entourées de tous côtés par les éléments néoplasiques; on y remarque seulement un certain degré de chromatolyse et d'atrophie. Ce n'est qu'à un stade plus avancé qu'elles disparaissent, soit par atrophie, soit par complet envahissement.

Dans certains cas de *cancer rachidien*, les ganglions nerveux et les méninges peuvent être intéressés avant les corps vertébraux, par l'intermédiaire des plexus veineux et surtout des gaines lymphatiques; l'envahissement des racines postérieures par les éléments cancéreux est un facteur important des douleurs si intenses qui précèdent souvent pendant un temps fort long les autres symptômes. Quoi qu'il en soit, dans les métastases cancéreuses vertébro-spinales, à côté de la *forme primitivement osseuse* classique, il faut faire une place à une *forme radiculo-méningée*.

En ce qui concerne le crâne, les lésions cancéreuses sont le plus souvent primitives (sinus maxillaire, sinus sphénoïdal, corps pituitaire); elles atteignent l'appareil de la vision en simulant une tumeur cérébrale ou orbitaire. Les véritables métastases cancéreuses siègent au niveau du rocher et dans son voisinage immédiat, sans doute à cause des nombreux orifices vasculaires et aussi des gaines lymphatiques péri-vasculaires; elles englobent un plus ou moins grand nombre de nerfs, donnant ainsi naissance à des tableaux cliniques très variables. Le début de ces névrites est généralement *apoplectiforme*.

En dehors du crâne, les nerfs peuvent être atteints par les néoplasmes des régions et des organes qu'ils traversent ou auxquels ils se distribuent. Le pneumogastrique et le récurrent sont particulièrement exposés, en raison de leur long trajet intrathoracique et de leurs connexions avec des organes souvent cancéreux.

L'anxiété impulsive au point de vue médico-légal.

M. Garnier (de Paris). — L'anxiété est assez fréquemment génératrice du crime, et ce qui constitue l'intérêt du fait, c'est que l'acte criminel issu de l'anxiété morbide est en bien des cas accompli en dehors de l'influence de conceptions délirantes.

Sous l'empire d'une souffrance morale indicible, mais non accompagnée de délire, une explosion subite a lieu, sorte de convulsion mentale qui se traduit par une fureur destructive.

Après cet éclair de violence, cette décharge motrice, il y a comme une détente qui n'est pas sans analogie avec ce que l'on observe chez les obsédés impulsifs *post actum*. On se trouve alors en présence d'une personne inquiète et surtout étonnée, qui manifeste la première sa stupéfaction d'avoir commis un tel acte de violence et qui, tout en ayant conscience de l'acte accompli, ce qui la différencie du comitial, ne s'y reconnaît pas elle-même, ce qui la distingue du délirant persécuté qui, lui, prétend sa conduite justifiée.

Le magistrat interroge et constate une lucidité à peu près entière, et si les circonstances sont telles qu'une apparence de mobiles puisse être trouvée, la situation devient très délicate pour l'expert. Il importe donc que le médecin sache que dans la mélancolie sans délire, alors que la maladie est beaucoup plus morale qu'intellectuelle, il existe un vertige mental particulier dans lequel des actes homicides ou suicides peuvent être exécutés avec tous les caractères des actes réflexes.

Sur l'innervation des vaisseaux de la pie-mère et de l'écorce cérébrale.

M. Obregia. — Lorsqu'on détache la pie-mère de la surface du cerveau, on ne trouve ni cellules ni plexus nerveux dans les parois des artérioles ou des veinules arrachées. Si, au contraire, on laisse la pie-mère en place, on constate, par les procédés de Golgi, Ramon y Cajal, etc., etc., que les cellules de Ramon, situées dans la couche moléculaire, immédiatement sous la pie-mère, donnent de très nombreux

filets qui forment un riche plexus, et que des prolongements axiles de ces cellules vont se ramifiant et se dirigeant, en fin de compte, exclusivement vers la pie-mère et les vaisseaux corticaux qui en émergent. Cette disposition se retrouve sur des cerveaux d'animaux de différents âges, et on peut s'assurer, en même temps, qu'il existe des rapports de contiguïté entre les prolongements primordiaux des cellules de Ramon et les prolongements axiles ascendants des cellules sous-jacentes (surtout des cellules de Martinotti), des cellules pyramidales et d'autres cylindres terminaux.

Les préparations que voici montrent que les branches terminales des cylindres-axes des cellules polyaxoniques de Ramon vont vers la pie-mère et spécialement vers les vaisseaux (artérioles et veinules). Il ne faut pas perdre de vue que les polyaxones (fusiformes et triangulaires) présentent cette particularité unique, qui les distingue des autres neurones cérébro-spinaux, de posséder deux, trois et même plusieurs cylindres-axes. Sur de nombreuses préparations, nous avons rencontré une disposition analogue, polyaxonique, au niveau des neurones périvasculaires qui servent de vasomoteurs dans la plupart des tissus. Tous ces faits nous conduisent à admettre que les cellules polyaxoniques de Ramon, situées dans la couche la plus superficielle de l'écorce cérébrale, sont préposées à l'innervation des vaisseaux corticaux, et que les plexus d'entrelacement de leurs prolongements sont à comparer, comme rôle, aux plexus vasculaires. Il y a encore un fait qui plaide en faveur de cette opinion, c'est l'existence, établie par M. Pierret, de voies de communication entre les cellules de la moelle et les nerfs vasomoteurs du tronc. Il restait à trouver les voies de communication entre les neurones cortico-cérébraux et les vaisseaux des différents territoires de la corticalité, car, lorsque nous voulons exécuter un travail pénible avec le membre supérieur droit, par exemple, il est de toute nécessité que les neurones de représentation motrice du centre cortical du membre donnent une incitation qui se transmet aux vasomoteurs de ce territoire, pour en amener la vasodilatation et l'irrigation plus active (Schiff). Or, c'est précisément ce mécanisme qui est éclairci par les relations signalées plus haut entre les cellules polyaxoniques de Ramon et les vaisseaux de la corticalité cérébrale.

Fausse grossesse dans la paralysie générale.

M. Dupré. — On sait que chez les paralytiques généraux (hommes ou femmes) les délires de grossesse ne sont pas rares; on sait également que chez les hystériques les cas de fausse grossesse sont très fréquents, mais nous ne connaissons pas de cas de fausse grossesse chez des paralytiques générales non hystériques. J'en ai observé, avec M. Pagniez, un exemple, concernant une femme de trente ans qui s'est présentée à nous avec les signes, somatiques et psychiques, de la paralysie générale, auxquels s'étaient ajoutés, sous l'influence d'un surmenage récent, les symptômes d'un état temporaire de confusion mentale, d'hébétude et d'obtusion intellectuelle. De plus, la malade présentait l'apparence extérieure la plus complète d'une grossesse avancée (volume et forme de l'abdomen, démarche); les règles étaient abolies depuis six mois; aussi la conviction d'une grossesse de cet âge était-elle absolue chez cette femme et dans son entourage: on avait préparé la layette, etc.

A l'examen direct, on constata une vacuité absolue de l'utérus, qui était gros comme une noix; les organes génitaux et périgénitaux étaient normaux. La patiente, informée de cet état de choses, sourit avec incrédulité et continua, les semaines suivantes, à se croire enceinte. Au terme approximatif de la prétendue grossesse, les règles réapparurent, mais les symptômes extérieurs de grossesse persistèrent encore quelque temps.

Ce fait représente donc une combinaison intéressante de fausse grossesse somatique et de délire démentiel de grossesse au cours de la paralysie générale.

Les lésions histologiques de l'écorce dans les atrophies du cervelet.

M. Lannois (de Lyon). — J'ai eu l'occasion d'observer dans ces derniers temps, avec M. Paviot, trois cas d'atrophie du cervelet. Dans le premier, il s'agissait d'un enfant qui avait présenté le syndrome cérébelleux très accusé, et à l'autopsie duquel on trouva une lepto-méningite généralisée avec un pseudo-kyste sous-cérébelleux et une atrophie qui semblait limitée à la face inférieure du cervelet, mais en réalité était diffuse. Le second était caractérisé par une hémiatrophie du cervelet paraissant primitive, et le troisième par une hémiatrophie croisée, consécutive à une sclérose cérébrale infantile.

Dans ces trois cas, les altérations histologiques étaient identiques. Sur une dentelure dont un des côtés a encore l'aspect sain, les cellules de Purkinje disparaissent brusquement, en même temps que la couche des grains se raréfie, s'amincit peu à peu et disparaît à son tour, et que la couche moléculaire diminue considérablement de volume; la disparition des cellules de Purkinje semble être le phénomène primordial.

Le fait important, c'est qu'au moment où les cellules de Purkinje et les grains disparaissent, on voit s'isoler une couche de cellules ovales, pâles, à noyau formé de chromatine peu dense, avec 1 ou 2 nucléoles fortement colorés. Les noyaux, beaucoup plus volumineux que les grains, forment une couche continue, qui contourne les dentelures cérébelleuses comme un fronton ininterrompu.

Cette couche est constituée par les grandes cellules étoilées de la couche des grains, cellules de relation ou du type II de Golgi, et est mise en évidence par la disparition de la couche des grains.

On ne constate pas de différences, au point de vue histologique, entre une atrophie primitive et une atrophie secondaire du cervelet. Le syndrome clinique cérébelleux en rapport avec cette atrophie ne doit donc pas toujours être considéré comme étant le représentant d'une lésion primitive du cervelet.

Suites éloignées du traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie.

M. Bourneville (de Paris) appelle l'attention sur les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie et relate un certain nombre d'observations qui prouvent que dans l'épilepsie essentielle, après une diminution passagère des accès à la suite de la trépanation, ceux-ci réapparaissent plus nombreux qu'auparavant et s'accompagnent rapidement d'une profonde déchéance des facultés. Les résultats, dans l'épilepsie partielle ou jacksonienne, ne sont pas plus satisfaisants lorsqu'on suit les malades prétendus guéris pendant quelques années. Seule, l'épilepsie d'origine traumatique paraît rester tributaire de la chirurgie, mais encore faut-il que l'intervention soit précoce et que plusieurs années ne se soient pas écoulées depuis l'apparition des premiers accès.

Quant à l'idiotie, on sait que son traitement chirurgical reposait sur une hypothèse erronée, celle de la synostose prématurée des os du crâne; aussi est-il aujourd'hui à peu près complètement abandonné.

M. Obregia. — J'ai eu de mon côté l'occasion de suivre pendant plusieurs années 5 épileptiques qui avaient subi une double résection du sympathique cervical. Chez tous ces malades, les accès comitiaux disparurent pendant quelque temps à la suite de l'opération, mais pour réapparaître ensuite tout aussi intenses et tout aussi fréquents. Je fus obligé d'avoir recours au bromure de potassium aux doses de 6 à 12 et 14 grammes par jour. Grâce à ce traitement intensif, 2 de ces malades peuvent être considérés comme guéris, car, bien qu'ayant cessé de prendre du bromure depuis un an, ils n'ont pas eu de nouvel accès; 2 sont encore actuellement en traitement; le cinquième a succombé en état de mal.

Sarcomes et sarcomatoses du système nerveux.

M. Cestan (de Paris). — A la suite des recherches que nous avons faites, MM. Philippe, Oberthür et moi, à l'occasion de 15 cas de sarcomes primitifs des centres nerveux, nous croyons qu'il y a lieu de substituer à l'ancienne classification de ces tumeurs, fondée sur leur structure histologique, un groupement plus conforme à leur histoire clinique. Nous distinguons d'abord les sarcomes *solitaires* d'avec les sarcomes *diffus* auxquels, en raison de leur caractère de malignité, nous réservons le nom de *sarcomatose*.

Les sarcomes solitaires forment deux groupes, le *sarcome des méninges* et le *sarcome de la substance nerveuse* proprement dite. Ces deux variétés, sont, en effet, différentes comme évolution: dans la première, la marche de la maladie est lente et on n'observe que des phénomènes de compression des centres nerveux, la substance nerveuse restant indemne; dans la deuxième, la marche est rapide et on constate une destruction profonde de la substance nerveuse. A notre avis, le gliosarcome est en réalité un sarcome solitaire de la substance nerveuse, distinct du gliome proprement dit.

La sarcomatose diffuse comprend également deux modalités: la *méningite sarcomateuse* et la *neuro-fibrosarcomatose*. Dans celle-ci, la sarcomatose revêt la forme de nodules cérébraux, médullaires ou radiculaires, enserrant les tubes nerveux; en outre, il se produit des infiltrations nodulaires dans les nerfs périphériques. Tous les éléments de soutènement du système nerveux central et périphérique participent ainsi rapidement et d'emblée à l'évolution sarcomateuse. Les éléments nobles, cellules nerveuses et cylindre-axes, sont écartés, comprimés, puis détruits. Cette neuro-fibrosarcomatose évolue en présentant les allures cliniques d'une méningite basilaire. A certains points de vue, elle mériterait d'être rapprochée de la maladie de Recklinghausen, dont elle pourrait constituer une forme rapide, maligne. A l'appui de cette opinion, je puis vous citer un cas de maladie de Recklinghausen — classique par ailleurs —, mais avec céphalée, torpeur, névrite optique œdémateuse, c'est-à-dire tous les signes d'une localisation cérébrale du processus anatomo-pathologique.

Sclérose en plaques infantile à forme hémiplégique, d'origine hérédo-syphilitique probable.

M. G. Carrier (de Lyon) relate l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans, fils d'un père syphilitique et alcoolique, qui fut atteint à sept ans d'une monoplégie brachiale droite transitoire, puis, quelque temps après, de crises épileptiformes et enfin d'une hémiplégie du même côté avec contractures, aphasie, gâtisme, etc., etc.

A l'autopsie de ce malade, on trouva des plaques de sclérose siégeant surtout au niveau de la moelle; à la région cervicale, elles occupaient les faisceaux pyramidaux croisés et, du côté droit, le faisceau cérébelleux, ainsi qu'une partie du faisceau de Gowers et du faisceau fondamental latéral. A la région dorsale moyenne, tout le cordon antéro-latéral était pris. Enfin, au niveau du renflement lombaire, seul le faisceau pyramidal antérieur était intéressé.

Du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale.

M. Mercier (de Paris). — Nous avons pratiqué, dans le service de M. Joffroy, 120 ponctions lombaires chez 91 sujets atteints d'affections diverses (paralysie générale, tabes, intoxications, vésanies, etc.). Sur ces 120 ponctions, 70 ont été faites chez 48 paralytiques généraux: le nombre des éléments blancs a toujours été trouvé supérieur à la normale; nous avons constaté également son augmentation dans 4 cas de tabes avec troubles psychiques, et dans un cas de méningomyélite syphilitique.

Par contre, chez 18 vésaniques, chez un épileptique avec albuminurie, chez 2 déments apoplectiques et chez un hydrocéphale, le nombre des leucocytes était normal. Il n'était pas augmenté non plus chez 14 alcooliques chroniques ou subaigus.

L'examen du liquide céphalo-rachidien permet donc de distinguer la paralysie générale d'avec certaines formes d'alcoolisme et quelques psychoses qui en revêtent les allures cliniques.

M. Joffroy. — Je puis ajouter, aux faits que vient de signaler M. Mercier, que chez 3 paralytiques généraux, quatre ponctions pratiquées à différentes reprises n'ont jamais permis de déceler la moindre lymphocytose du liquide céphalo-rachidien; pour 2 de ces patients, le début de la paralysie générale remonte respectivement à sept et à onze ans; chez le troisième, au contraire, la maladie a évolué très rapidement et s'est terminée en moins d'un an.

Ces observations obligent donc à quelques réserves et empêchent d'accorder à l'examen du liquide céphalo-rachidien une valeur pathognomonique pour le diagnostic de la paralysie générale.

M. Marie (de Villejuif) dit qu'il résulte de ses recherches que le nombre des éléments blancs va en diminuant chez les paralytiques généraux à mesure qu'on s'éloigne du début de la maladie.

M. Régis a constaté que le nombre des leucocytes n'était pas augmenté dans le liquide céphalo-rachidien de plusieurs paralytiques généraux. Par contre, il a trouvé de la lymphocytose chez des neurasthéniques syphilitiques simples et chez des sujets, également syphilitiques, atteints de neurasthénie préparalytique; les résultats fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien sont donc loin d'avoir une valeur diagnostique absolue.

Des altérations du fond de l'œil chez les paralytiques généraux.

M. Kéraval (de Lille). — Sur 51 paralytiques généraux dont j'ai fait l'examen ophtalmoscopique avec M. Raviart, 42 présentaient des lésions du fond de l'œil.

Sur 7 de ces malades, dont l'affection remontait à une époque déjà ancienne, nous avons constaté 5 fois une atrophie blanche des papilles, 1 fois une atrophie grise et 1 fois une sclérochoroïdite postérieure sans myopie. Chez 13 paralytiques, il existait un état pâle, comme lavé, de la papille. Enfin, chez les 22 autres, l'atrophie était localisée à un segment de la papille.

Quant aux 9 malades exempts de toute altération du fond de l'œil, ils étaient ou en rémission ou atteints d'une variété de paralysie générale à longue évolution.

Dans 2 cas, il nous a été possible de contrôler histologiquement l'exactitude de ces recherches cliniques.

Sur les rapports du signe d'Argyll-Robertson avec la syphilis.

M. Cestan. — J'ai fait, avec M. Dupuy-Dutemps, des recherches dans le but d'étudier les rapports du signe d'Argyll-Robertson et de la syphilis. Constant dans la paralysie générale et le tabes, ce symptôme a toujours fait défaut dans la sclérose en plaques (35 cas), dans les polynévrites (30 cas), dans l'atrophie musculaire du type Charcot-Marie (6 cas), dans la syringomyélie (8 cas), dans la maladie de Friedreich (10 cas), et dans toutes les variétés de vésanies. Chez les patients atteints de ces différentes affections, lorsqu'on constate une abolition du réflexe pupillaire à la lumière, c'est qu'on se trouve en présence d'une association morbide et que ces sujets vésaniques, myélitiques, atrophiques, sont en même temps d'anciens syphilitiques. On doit donc admettre la règle formulée par M. Babinski, à savoir que la présence du signe d'Argyll-Robertson doit toujours faire soupçonner la syphilis; et en l'absence de notions précises sur le mécanisme de ce phénomène, on peut même affirmer que le signe d'Argyll-Robertson est un symptôme de tabes ou de paralysie générale évoluant soit à l'état isolé, soit associé à d'autres maladies nerveuses syphilitiques.

Des origines poly-infectieuses du tabes.

M. Maurice Faure (de Lamalou). — S'il n'est pas contestable que, dans la majorité des cas, le tabes relève de la syphilis, il faut cependant reconnaître que nombreux également sont les faits où cette étiologie ne peut être invoquée. Tels sont certains tabes qui semblent n'être que l'expression locale d'une dégénérescence générale sénile (polysclérose) ou d'une toxi-infection autre que la syphilis (tuberculose, malaria, alcoolisme, etc.).

Les infections banales (grippe, rhumatisme, blennorrhagie), qui sont presque la règle chez les tabétiques, jouent probablement un rôle dans le développement de la maladie, même chez les tabétiques syphilitiques, et peut-être surtout chez eux, car souvent chaque accident tabétique a accompagné ou suivi l'apparition d'une de ces infections, alors que, pendant la période où la syphilis existait seule, aucun accident tabétique n'était survenu. Il semble que la syphilis crée, dans ces cas, un lieu de moindre résistance qui permet aux infections secondaires de s'installer et d'évoluer sous la forme de lésions tabétiques.

Les origines infectieuses du tabes nous paraissent donc trop complexes pour que la pathogénie de cette affection puisse être résolue à l'aide d'une seule notion, celle de la spécificité syphilitique.

Quant à la question du terrain, nous croyons qu'elle joue aussi un rôle capital. Quand on observe un grand nombre de tabétiques rassemblés, on ne peut qu'être frappé de la similitude de leur caractère, de leurs mœurs et de leur constitution physique et mentale.

De l'activité locale de la circulation cutanée de la main dans l'hémiplégie organique et le syndrome de Raynaud.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — On sait que l'on peut apprécier l'activité de la circulation locale cutanée en mesurant le temps que met à disparaître la tache blanche produite par une compression légère. En étudiant ce phénomène, j'ai pu constater qu'il permet de distinguer très nettement la rougeur par vasoconstriction, où la tache blanche consécutive à la compression a une longue durée, d'avec la rougeur par vasodilatation où elle est, au contraire, très courte. Cette tache subit des modifications de même sens que celles du pouls capillaire dans l'hémiplégie organique et le syndrome de Raynaud. Plus brève du côté paralysé que du côté sain au lendemain de l'ictus, elle devient plus persistante du côté paralysé que du côté sain quand l'hémiplégie est ancienne.

Paralysie générale précoce chez une débile hérédo-syphilitique.

M. Dupré. — J'ai observé avec M. Pagniez une hérédo-syphilitique de vingt-trois ans, qui a succombé, au bout de trois années, à une paralysie générale à forme démentielle simple, non délirante. L'autopsie a confirmé le diagnostic, et l'examen histologique a montré les lésions cérébrales, hépatiques, rénales de la maladie. L'anamnèse a permis, en outre, d'établir que la patiente était une débile et que l'hérédo-syphilis provenait de la mère qui, étant nourrice, avait eu un chancre du mamelon.

Ce cas est analogue à ceux qui ont été déjà publiés par différents auteurs, notamment par MM. Toulouse et Marchand, cas qui établissent, d'une part, le rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale et, d'autre part, la fréquence de cette affection chez les débiles.

Des processus histologiques de l'atrophie musculaire.

M. Durante (de Paris). — Le processus anatomo-pathologique conduisant à l'atrophie musculaire simple peut être divisé en trois périodes : la première, ou de *régression plasmodiale*, est caractérisée par l'hyperplasie localisée (taches claires ou grenues) ou diffuse (tuméfaction trouble) du sarcoplasma, avec prolifération des noyaux; la seconde, ou de *régression cellulaire*, consiste dans un véritable retour des fibres musculaires encore striées, ou déjà tuméfiées et lactescentes, à l'état embryonnaire; dans la troisième, enfin, les fibres musculaires prennent l'apparence d'éléments conjonctifs et se chargent de gouttelettes graisseuses.

C'est par ces *métamorphoses* que disparaissent ou tout au moins cessent d'être reconnaissables les éléments musculaires dans les amyotrophies.

L'atrophie musculaire est donc l'aboutissant, non pas d'une résorption moléculaire, mais d'un processus complexe qui débute par une véritable anarchie intracellulaire : par suite d'un trouble dans l'harmonie qui doit régner entre les différentes parties constituant la fibre striée, le sarcoplasme s'hyperplasie et se transforme en cellules musculaires distinctes ayant des caractères embryonnaires. Secondairement, ces cellules se métamorphosent et perdent leurs caractères propres pour prendre l'aspect conjonctif ou adipeux.

Les dégénérescences diverses que l'on rencontre dans quelques fibres résultent de complications secondaires. Elles sont la signature d'accidents toxiques qui viennent se surajouter au processus amyotrophique.

Toutes les amyotrophies relèvent histologiquement de ce même mécanisme et ne diffèrent que par la distribution des lésions et la rapidité de leur évolution.

Traitement de l'aboulie des buveurs d'habitude.

M. Bérillon (de Paris) appelle l'attention sur l'aboulie des buveurs d'habitude et conseille de la combattre par la rééducation de la volonté au moyen d'exercices psychiques appropriés, variables dans chaque cas, par la suppression graduelle des boissons alcooliques auxquelles on substituera quelques préparations de strychnine, et enfin par des séances d'hypnotisation, d'abord journalières, puis de plus en plus espacées, accompagnées de suggestions ayant pour but de permettre au malade de résister à ses impulsions.

M. Régis. — L'hypnotisme peut, en effet, rendre des services non seulement chez les buveurs d'habitude, mais dans tous les états d'intoxication ou d'infection, états qui, à beaucoup d'égards, sont très voisins de l'hystérie. Toutefois, il ne faut pas oublier que cette aptitude à l'hypnotisation cesse dès que les malades sont désintoxiqués.

Lésions de l'écorce cérébrale dans 18 cas de méningite.

M. Laignel-Lavastine. — J'ai étudié avec M. Maurice Faure les lésions de l'écorce cérébrale dans 18 cas de méningite (tuberculeuse, à pneumocoques, à entérocoques ou éberthienne). Ces lésions siègent, en général, au voisinage immédiat des foyers méningés et sont d'autant plus accentuées que l'évolution de la méningite a été plus longue; elles portent à la fois sur le tissu insterstitiel et sur les cellules nerveuses.

Devenues globuleuses, les cellules présentent une diminution de leurs granulations chromophiles. Le noyau est un peu coloré, les prolongements pâles, les bords éclaircis par la neuronophagie. Ces altérations étaient très marquées dans 4 cas, légères dans 8, à peu près nulles dans 6. Dans ces derniers, la méningite n'avait été que l'épisode terminal d'une tuberculose pulmonaire chronique; au contraire, chez les 4 malades dont les lésions étaient très accentuées, la méningite tuberculeuse avait eu sa marche typique.

Sur les rapports du gigantisme et de l'acromégalie.

M. Meige. — On sait qu'en dehors des troubles du développement du système osseux, troubles différents dans le gigantisme et dans l'acromégalie, les autres symptômes de ces deux affections présentent une identité presque complète.

Sans doute, il est des géants qui ne deviennent jamais acromégaliques et des acromégaliques qui n'ont jamais été de haute stature. Mais les faits sont nombreux où l'on voit le géant devenir acromégalique. D'après les statistiques de Sternberg, la moitié environ des géants sont dans ce cas.

Bien souvent, l'apparition des premiers symptômes d'acromégalie est précédée par une période d'augmentation très rapide et parfois gigantesque de la stature. L'acromégalie ne survient que plus tard et une fois qu'elle est constituée, il peut arriver qu'il ne reste plus apparence de gigantisme, la taille ayant été réduite par les déformations de la colonne vertébrale.

Si l'acromégalie succède fréquemment au gigantisme, l'inverse n'a jamais lieu : le gigantisme ne succède jamais à l'acromégalie. Un autre argument en faveur de la parenté et même de la similitude des deux affections, c'est qu'il existe un grand nombre d'observations d'acromégalie dans lesquelles on a signalé la grande taille des ascendants ou des collatéraux.

Enfin, on a relaté des cas où, comme il arrive souvent pour le gigantisme, l'acromégalie serait héréditaire.

Si l'on se rappelle, en outre, que la grande majorité des géants présentent des troubles trophiques, une circulation défectueuse, des imperfections physiques de toute sorte et fréquemment des désordres nerveux et mentaux, on conviendra qu'au lieu de favoriser, comme cela a eu lieu récemment, les mariages entre géants, il y aurait plutôt lieu de les proscrire.

Traitement spécifique de la paralysie générale.

M. Devay (de Lyon) attire l'attention sur les résultats qu'il a obtenus par la médication hydrargyrique et iodurée dans le traitement de la paralysie générale. Chez 21 malades sur 70, il y a eu un véritable arrêt de l'affection, tantôt au point de vue somatique, tantôt au point de vue psychique, tantôt enfin — mais plus rarement — à la fois au point de vue des troubles mentaux et physiques. L'orateur se croit autorisé, d'après ces résultats, à affirmer que la paralysie générale est une affection d'origine et de nature syphilitique, qui exige impérieusement l'emploi du traitement spécifique.

Délire aigu à forme mélancolique.

M. Chardon (de Rennes) communique 3 observations de délire aigu à forme mélancolique, caractérisé par une température élevée et une évolution rapidement mortelle; mais, contrairement à ce qu'on observe généralement, les idées délirantes étaient manifestement de nature mélancolique. L'examen histologique a permis de constater des lésions cérébrales analogues à celles qui ont été décrites par M. Cristiani (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 257).

Du délire des négations.

M. Castin (de Lyon) relate des observations qui tendent à prouver que le délire des négations, tel que l'a décrit Cotard, n'est pas seulement un syndrome, mais une véritable entité clinique qui se développe secondairement à des accès successifs de mélancolie simple et anxieuse et dont le pronostic est très sombre, car, dans 12 cas sur 32, elle s'est terminée par la mort moins de six mois après l'internement.

M. Hartenberg communique les observations de 2 malades atteints de paramyoclonus multiplex, qui ont été guéris brusquement à la suite d'une violente émotion : il est donc probable que les accidents ne relevaient, dans ces deux cas, que d'un trouble fonctionnel de l'écorce, comparable à celui de l'hystérie.

M. Bodin (de Rennes) relate 3 cas de diarrhée verte avec phénomènes généraux graves chez des aliénés, dans les selles desquels on a constaté la présence d'un bacille chromogène réputé jusqu'ici inoffensif, le *Bacillus fluorescens putridus*.

Dr G. Deny,
Médecin de la Salpêtrière.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches cliniques et expérimentales sur les contusions abdominales et sur la péritonite consécutive aux lésions traumatiques sous-cutanées de l'intestin, par M. Thommen.

La partie clinique du présent mémoire est basée sur 49 cas de traumatismes de l'abdomen, observés à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Bâle, pendant la période de 1880 à 1901. Sur ce nombre, on compte 46 hommes et 3 femmes. Cette prédominance du sexe masculin tiendrait, d'après l'auteur, non seulement à ce que les hommes sont, en général, plus exposés aux traumatismes, mais encore à la vulnérabilité moindre des viscères abdominaux chez la femme, grâce à l'épaisseur du pannicule adipeux des parois de l'abdomen.

Dans 20 cas, le traumatisme n'avait intéressé qu'une portion limitée du ventre (coup de pied de cheval, choc contre un timon ou un objet dur quelconque); chez 28 malades, il s'agissait de violences ayant porté sur une étendue plus ou moins considérable (écrasement par les roues d'une voiture, compression large, chute d'un lieu élevé); enfin, le quarante-neuvième blessé avait une rupture de la rate, mais il ne saurait entrer en ligne de compte, en raison de l'existence antérieure d'une splénomégalie leucémique.

Dans les traumatismes de la première catégorie, les lésions internes existaient 13 fois, c'est-à-dire dans une proportion de 65 %, tandis que chez les patients du second groupe les altérations de ce genre se retrouvèrent 15 fois (53.6 %). Fait à remarquer, dans les cas de la première catégorie, les lésions consistaient toujours en une perforation de l'intestin, tandis que dans le second groupe cet accident s'est présenté seulement 2 fois : des 13 autres malades, 3 avaient une rupture intestinale, 2 des lésions du foie, 3 une déchirure de la rate, 2 une déchirure du rein, 1 une lésion de l'estomac, 1 une déchirure de la vessie, 1 enfin des altérations des gros vaisseaux du tronc. M. Thommen en conclut que les traumatismes qui agissent sur une étendue limitée menacent surtout l'intestin, celui-ci étant comprimé entre l'agent contondant, d'une part, et la colonne vertébrale ou l'os iliaque, d'autre part. Dans les traumatismes portant sur de larges surfaces, par contre, ce sont principalement les gros organes parenchymateux de l'abdomen qui se trouvent lésés.

Au point de vue du diagnostic des lésions du tube digestif, il importe de prendre en considération la pénétration de gaz dans la cavité abdominale libre (phénomène qui se traduit par la disparition immédiate de la matité hépatique), la contracture des parois de l'abdomen et la sensibilité extrême à la pression, qui est, du reste, étroitement liée au symptôme précédent. Toutefois, l'absence de contracture de la paroi ne saurait nullement autoriser à exclure l'hypothèse d'une lésion interne, comme l'ont cru à tort quelques chirurgiens. Quant aux vomissements, ils s'observent aussi dans les cas de contusion simple de l'abdomen et ne doivent faire songer à une lésion viscérale que lorsqu'ils apparaissent dans les deux premières heures après l'accident. Les vomissements qui se montrent plus tard traduisent déjà le début d'une péritonite.

M. Thommen consacre la seconde partie de son travail aux recherches expérimentales qu'il a instituées sur des lapins, en leur injectant dans la cavité péritonéale le contenu intestinal, après contusion de l'abdomen. Il a constaté que, chez les animaux traités de la sorte, même en l'absence de toute rupture interne, la péritonite se développe beaucoup plus rapidement et affecte un caractère plus grave que chez les témoins. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — L. Ch.

De l'érysipéloïde, par M. Tavel.

L'affection désignée par M. Rosenbach sous le nom d'*érysipéloïde* atteint de préférence, selon cet auteur, des bouchers, tanneurs, cuisinières, etc., et a comme point de départ une lésion cutanée superficielle. Elle est caractérisée par une infiltration limitée du derme, de couleur rouge brunâtre, qui envahit un doigt, parfois toute une main. M. Rosenbach a signalé, comme agent pathogène de l'érysipéloïde, un microorganisme auquel il a donné le nom de *Cladothrix dichotoma;* M. Cordua et plus tard M. Felsenthal n'ont rencontré, dans d'autres cas de la même maladie, qu'un microbe semblable au staphylocoque blanc. Malgré ces diverses publications, l'érysipéloïde est encore ignoré de beaucoup de médecins; aussi M. Tavel a-t-il cru devoir relater 6 observations personnelles, auxquelles il ajoute 2 faits recueillis par M. Stooss et 1 qui lui a été communiqué par M. de Quervain.

Dans toutes ces observations, l'affection fut fort douloureuse et récidiva facilement. Le point de départ était toujours constitué par une érosion superficielle de l'épiderme. Après une incubation de deux ou trois jours, la lésion prenait l'apparence d'une infection purulente en voie de développement, atteignant non seulement le derme, mais aussi, et de préférence, les tissus profonds (gaines des tendons et capsules articulaires); elle n'aboutit cependant jamais à la suppuration. La limitation de la zone envahie serait moins nette que dans l'érysipèle, et son aspect rappellerait plutôt celui des infections staphylococciques. La lymphangite et la lymphadénite firent le plus souvent défaut; elles peuvent cependant survenir, et même à un degré très accusé, mais toujours sans provoquer de suppuration. Chez la plupart des malades, la marche de l'érysipéloïde fut très bénigne; une fois cependant — il s'agissait d'un chirurgien qui s'était fait une blessure en opérant — les symptômes généraux devinrent assez intenses, la température atteignit 39°5 et les lésions se propagèrent de la main au bras, s'accompagnant d'une notable tuméfaction des ganglions axillaires et infra-claviculaires; la guérison ne survint qu'au bout de près de trois mois.

Quant à l'étiologie, l'auteur n'a eu, dans aucun de ces cas, l'occasion de faire des examens bactériologiques, l'infection en question n'ayant pas donné lieu à des interventions chirurgicales.

En ce qui concerne le traitement, il préconise le repos absolu du membre atteint, autant que possible en position élevée, et l'application locale d'onguent gris ou de préparations à base d'ichtyol. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — F. de Q.

L'opération du cancer de l'utérus par l'incision paravaginale de Schuchardt, par M. F. Schauta.

L'ablation de l'utérus et de ses ganglions par voie abdominale offre divers inconvénients; on peut lui reprocher, entre autres, une gravité hors de proportion avec les garanties qu'elle donne : si les ganglions enlevés sont, en effet, cancéreux, c'est que la malade n'était pas opérable. Ces raisons ont conduit M. Schauta à pratiquer l'opération de Schuchardt (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 203, et 1901, p. 131), qui permet, avec un danger moindre, d'enlever largement les tissus péri-utérins, première étape de la généralisation du cancer de la matrice.

Sur 30 malades ainsi opérées, 5 succombèrent, soit une mortalité brute de 16.6 %. Les causes de la mort furent l'embolie pulmonaire (1 fois), l'occlusion intestinale (1 fois), la septicémie (1 fois), la suppuration du tissu cellulaire pelvien (2 fois). Ce dernier accident fut la conséquence de la blessure des uretères : il se produisit une fistule vaginale, d'où l'infection de la plaie périnéale, et finalement du tissu cellulaire pelvien.

Ces blessures des uretères furent faites sciemment, en raison de l'invasion cancéreuse de la paroi de ces conduits. Ce fait prouve déjà que l'opération de Schuchardt fut appliquée à des lésions assez avancées ; en effet, alors que M. Schauta n'opérait autrefois que 14 à 15 % des femmes atteintes de cancer utérin, les 30 malades de la série actuelle représentent 46.5 % des cas qu'il a observés pendant la durée de cette expérience opératoire.

Au point de vue technique, l'auteur conseille de faire l'hémostase définitive au fur et à mesure qu'on opère, l'intervention étant assez sanglante, et de commencer la dissection des uretères dès qu'on sépare l'utérus d'avec la vessie : les petites cornes vésicales qui se prolongent latéralement sur les uretères facilitent la reconnaissance de ces derniers. Si l'uretère ou la vessie sont intéressés par le cancer, il faut les réséquer. Les brèches vésicales se ferment facilement; il n'en est pas de même de celles de l'uretère, qui peuvent nécessiter ultérieurement une implantation vésicale ou même une néphrectomie.

Abstraction faite des cas extrêmes, l'opération de Schuchardt n'est pas plus grave que l'hystérectomie vaginale pour cancer et, grâce à l'ablation large des tissus péri-utérins, elle permet d'espérer de bien meilleurs résultats éloignés. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, février 1902.) — R. de B.

Granulomes vésicaux d'origine traumatique chez la femme, par M. G. Kolischer.

Ce travail est consacré à la description d'un type d'affection vésicale dont l'étiologie et la symptomatologie sont assez spéciales.

La lésion de la vessie consiste en un granulome, c'est-à-dire en une petite tumeur bourgeonnante, semblable à une framboise, de coloration rouge clair et du volume d'un pois ou d'une cerise. Des dépôts phosphatiques se forment à sa surface, et sa base, assez large, s'implante sur une cicatrice plus ou moins étendue. Comme symptômes, on observe du ténesme vésical, de la pesanteur hypogastrique, des hématuries abondantes, que ramènent les plus légères explorations, et un aspect grumeleux des urines, dû à la présence de cristaux phosphatiques.

Les conditions étiologiques favorisant le développement de ces granulomes semblent être, d'une part, un trauma de nature contondante et, d'autre part, une infection vésicale. Dans les 4 observations recueillies par M. Kolischer, les cicatrices vésicales observées pouvaient être attribuées, pour 2 cas, à une application de forceps ou de basiotribe, pour 1 cas au port d'un

pessaire, pour le dernier, enfin, à la pénétration d'un guidon de bicyclette dans le vagin au cours d'une chute. A la suite de plaies chirurgicales de la vessie (piqûres ou incisions), l'auteur a bien observé parfois de petits granulomes, mais qui disparurent rapidement.

Le traitement est en tout cas assez simple : sous le contrôle du cystoscope, on enlève avec la curette ou l'anse galvanique ces petites tumeurs qui, grâce à un traitement convenable du catarrhe vésical, ne semblent pas offrir de tendance à la récidive. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 mars 1902.) — R. DE B.

De la guérison de l'ascite chyleuse par la laparotomie, par M. E. PAGENSTECHER.

Le traitement de l'épanchement chyleux de la cavité abdominale est d'ordinaire fort peu efficace, étant donné que cette forme d'ascite n'est le plus souvent que le symptôme terminal d'une affection incurable, de nature cancéreuse. Il est cependant des cas où des ponctions répétées ont amené une guérison définitive; on admet généralement qu'il s'agissait alors de la tuberculose. L'auteur relate une observation de ce genre, où la guérison fut obtenue par l'évacuation de l'épanchement à l'aide d'une petite incision abdominale, et où cependant la tuberculose n'était pas en cause.

Chez un nourrisson de quatre mois et demi, ayant présenté, dès la troisième semaine de la vie, une distension progressive de l'abdomen, il existait un épanchement abdominal volumineux; une ponction donna issue à 3,200 c.c. d'un liquide laiteux, offrant à l'examen microscopique les caractères de l'épanchement chyleux. L'ascite s'étant rapidement reproduite, M. Pagenstecher pratiqua, trois semaines après la ponction, une incision abdominale longue de 5 centimètres. Après avoir évacué un litre et demi du liquide sus-mentionné, il put constater que le péritoine tout entier était injecté et qu'il existait une dilatation considérable des vaisseaux chylifères, ainsi que de nombreux kystes miliaires contenant un liquide chyleux; il s'assura en même temps de l'absence de toute tuméfaction ganglionnaire. La plaie fut refermée et le petit malade se rétablit complètement, sans présenter de rechute.

Les causes ordinaires de l'épanchement chyleux faisant entièrement défaut chez cet enfant, et le péritoine n'offrant pas l'aspect habituel de la péritonite tuberculeuse, l'auteur croit avoir eu affaire à un de ces cas rares, et très contestés, de péritonite chronique non tuberculeuse, peut-être même congénitale, dont la conséquence aurait été une compression des volumineux vaisseaux chylifères avec épanchement du chyle dans l'abdomen; il pense que la laparotomie a agi comme elle le fait dans la péritonite tuberculeuse, en amenant la guérison de la péritonite et en supprimant ainsi la cause de l'épanchement. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 3-4.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé rapide et sûr de résection costale.

La chirurgie du cœur étant actuellement à l'ordre du jour, il nous paraît intéressant de signaler ici le procédé que M. le docteur Carrel, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon, recommande pour la résection rapide du segment antérieur d'une côte, en vue de la découverte de la région péricardique, par exemple.

Après avoir, d'un coup de bistouri, incisé toutes les parties molles jusqu'à la surface de la côte à enlever, en menant l'incision sur la partie moyenne de l'os et en la faisant largement empiéter sur le sternum, on écarte les lèvres de la plaie et on glisse rapidement le tranchant du bistouri sur les deux bords de la côte, de manière à détacher quelque peu les muscles intercostaux. Puis, au niveau où l'on se propose de procéder à la section externe de l'os, on introduit de bas en haut, sous le bord inférieur de la côte, une grosse aiguille courbe à pointe arrondie, et armée d'un fil solide, qu'on fait cheminer en arrière de cette côte, en rasant la face profonde de l'os, pour la faire ensuite sortir sur son bord supérieur. L'aiguille est alors retirée, et, le chirurgien prenant dans chaque main un des chefs de l'anse de fil qui embrasse la partie profonde de la côte, l'attire vigoureusement à lui et le fait rapidement glisser jusqu'au sternum, tout en lui imprimant quelques mouvements de va-et-vient. L'os se trouve de la sorte isolé et dénudé jusqu'à son insertion sternale et il ne reste plus qu'à le sectionner d'un coup de cisaille pour le saisir ensuite à pleine main et l'arracher par un mouvement de torsion, comme on arrache le maxillaire inférieur dans le dernier temps de la résection de cet os.

Ainsi exécutée, l'opération dure à peine trente secondes et présente, sur le procédé dit « de la rugine », l'avantage de laisser la plèvre et les vaisseaux intercostaux et mammaires sûrement intacts; or, on sait de quels ménagements il faut user pour respecter ces parties au cours de la résection des côtes, telle qu'on la pratique habituellement.

Il va de soi que le même procédé peut également servir pour la résection d'une côte à sa partie moyenne, opération pour laquelle le fil sera remplacé, avec avantage, par la scie filiforme.

La désinfection des mains au moyen des essences.

Utilisées par divers chirurgiens à titre d'antiseptiques pour le pansement des plaies (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 235), il ne semble pas que les essences aient jamais été employées pour assurer la désinfection des mains. Et, cependant, le haut pouvoir bactéricide de la plupart de ces substances, dont certaines (essence de cannelle) sont aussi actives à ce point de vue que les solutions de sublimé à 1 ‰, ainsi que l'impossibilité de stériliser complètement les mains par les moyens usuels, rendent légitime cette application des essences, dont un confrère italien, M. le docteur E. Calvello, a établi expérimentalement le bien fondé, à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Palerme, dirigé par M. le professeur L. Manfredi.

Les recherches de M. Calvello ont porté sur les essences de cannelle, de thym, de géranium et de patchouli, sous forme d'émulsions préparées de la façon suivante : une partie d'essence était dissoute dans 6 parties d'alcool, et cette solution était ajoutée à la quantité d'eau nécessaire pour obtenir une émulsion au degré voulu. Les mains de l'opérateur, souillées ou non, au préalable, avec des cultures de *Staphylococcus pyogenes aureus* ou de *Bacterium coli*, étaient d'abord savonnées dans l'eau pendant cinq minutes, puis plongées durant un laps de temps égal dans de l'alcool absolu, enfin lavées pendant cinq autres minutes dans l'émulsion d'essence; c'est alors qu'on faisait les ensemencements.

Par ce moyen, notre confrère, après avoir vérifié que les simples lavages à l'eau savonneuse et à l'alcool, non plus, d'ailleurs, que la désinfection selon les procédés d'Ahlfeld ou de Fürbringer, ne permettent d'aseptiser complètement les mains, a constaté que les lavages dans une émulsion d'essence de cannelle à 7 ou 8 %, d'essence de thym à 11 % ou d'essence de géranium à 17 %, procurent une désinfection *relative* comparable à celle que l'on obtient avec les solutions de sublimé à 1 ‰ — dont ces émulsions d'essence n'ont pas les inconvénients —; et de plus qu'une stérilisation *absolue* est assurée quand on porte le titre de ces émulsions à 9 % pour l'essence de cannelle, à 12 % pour celle de thym, à 18 % pour celle de géranium. Quant à l'essence de patchouli, elle est très inférieure aux précédentes : même sous forme d'émulsion à 50 %, elle ne remplit que très imparfaitement le but proposé.

Un procédé pour faciliter l'extraction des corps étrangers logés dans l'épaisseur des tissus.

Malgré les grands progrès réalisés dans l'extraction des corps étrangers depuis que l'emploi des rayons de Röntgen permet de déterminer exactement leur siège, il s'en faut que cette opération soit toujours aisée, comme en témoigne, entre autres faits, celui que nous avons relaté ici l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 239) et dans lequel on fut finalement obligé de pratiquer la radioscopie *pendant l'intervention même*. On éprouve surtout des difficultés considérables dans la recherche des petits corps étrangers, tels que des fragments d'aiguille, logés dans les muscles, en particulier dans l'épaisseur de l'éminence thénar. Afin de faciliter l'extraction en pareille occurrence, M. le docteur G. Perthes, privat-docent à la Faculté de médecine de Leipzig et assistant à la clinique chirurgicale de M. le professeur Trendelenburg, propose d'enfoncer dans le corps étranger, pendant qu'on procède à la radioscopie, une aiguille à pointe taillée en forme de fer de lance, ayant le calibre d'une canule de seringue à injections hypodermiques, et qui, en restant en place, permettrait ensuite d'éviter des tâtonnements et des débridements inutiles.

L'aiguille, dont l'axe est maintenu dans la direction des rayons de Röntgen, doit être fixée à l'aide d'une pince munie d'ajutages en bois, lesquels, étant invisibles sur l'écran fluorescent, permettent d'enfoncer la pointe de l'aiguille exactement dans le corps étranger. On peut, d'ailleurs, s'assurer que l'aiguille est bien en place, en faisant exécuter des mouvements de rotation à la partie qu'on soumet à l'examen radioscopique et en constatant que les ombres fournies par le corps étranger et par l'aiguille restent toujours en contact l'une avec l'autre.

Cette sorte de « ponction du corps étranger » n'occasionnerait pas plus de douleur qu'une piqûre faite avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz et ne nécessiterait pas d'anesthésie préalable. Toutefois, chez les sujets particulièrement sensibles, on peut, avant de procéder à cette petite intervention, pratiquer la réfrigération des téguments au niveau de la région qui est en cause.

Traitement de la malaria par des inhalations d'acide fluorhydrique.

Il y a quelques années, un médecin italien, M. le docteur L. Olivieri, au cours d'une série d'essais de traitement des affections pulmonaires par des inhalations d'acide fluorhydrique, expérimenta le même moyen chez des paludéens et en obtint de très bons résultats. Plus récemment, un autre confrère italien, M. le docteur F. Mergoni (de Levanto), a repris ces essais sur un grand nombre de malades admis à l'hôpital de Follonica. Les inhalations, dont la durée variait d'une demi-heure à une heure, étaient pratiquées, le plus souvent au moment de l'apyrexie, à l'aide d'un appareil analogue à celui dont on se sert habituellement pour le traitement de la phtisie, et comme pour cette dernière maladie, on employait de l'acide fluorhydrique étendu de deux fois son volume d'eau. Toutefois, même en usant de solutions plus fortes, M. Mergoni n'a pas eu à enregistrer de phénomènes d'intolérance, sauf un léger degré de larmoiement avec irritation de la muqueuse nasale (éternuments) et quelques accès de toux.

Les inhalations d'acide fluorhydrique se sont montrées particulièrement utiles dans les cas de paludisme chronique, rebelles à l'action de la quinine prise par la voie buccale. Elles paraissent également constituer un bon moyen adjuvant de traitement de la malaria aiguë, lorsque la quinine, utilisée seule, échoue. Enfin, ces inhalations peuvent rendre des services chez les individus qui ne supportent pas la quinine.

Traitement de l'appendicite par le salicylate de soude et la belladone à hautes doses.

Depuis quelque temps, Sir Lauder Brunton, médecin du St. Bartholomew's Hospital, à Londres, traite avec succès l'appendicite par le salicylate de soude et la belladone à très hautes doses. Il fait prendre, toutes les deux heures, de 0 gr. 90 centigr. à 1 gr. 20 centigr. de salicylate de soude et de X à XV gouttes de teinture de belladone. Les deux médicaments peuvent être absorbés soit simultanément, soit d'une manière alternative. Il importe, toutefois, de ne pas les mélanger, parce que chacun d'eux ne doit être administré que jusqu'à l'apparition des premiers symptômes d'intolérance : bourdonnements d'oreille pour le salicylate de soude, sécheresse de la bouche, dilatation de la pupille et rapidité du pouls pour la belladone. Dès qu'on constate ces manifestations, et suivant leur intensité, on suspend complètement l'usage du remède correspondant ou bien on se borne à en diminuer la dose.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

Néphrites primitivement unilatérales et lésions consécutives de l'autre rein.

La notion classique de la bilatéralité constante des néphrites a été battue en brèche, dans ces dernières années, et cela surtout à la suite des constatations du plus haut intérêt faites par plusieurs chirurgiens, en tête desquels il faut citer MM. Schede (1), Israel (2), Pousson (3). Et cependant les néphrites unilatérales n'ont pas donné lieu à une étude d'ensemble dans les travaux récents et pourtant si complets de MM. Küster, Albarran, Tuffier (4).

Dans une série de mémoires, M. Pousson s'est efforcé de montrer que, dans un certain nombre de cas, une néphrite pouvait être unilatérale, tout au moins au début. Il tire cette conclusion de diverses considérations pathogéniques, et surtout de ses résultats opératoires. « A l'exemple des autres organes pairs (yeux, parotides, testicules, plèvres), dit-il, les reins également irrigués par un sang chargé de microorganismes ou de leurs produits de sécrétion ne peuvent-ils pas ne pas s'infecter simultanément? La réponse à cette question a d'autant plus de chance d'être affirmative, qu'il est surabondamment démontré de nos jours que les bactéries sont susceptibles de filtrer à travers le rein sain sans y déterminer de lésion. L'inégale répartition des altérations dans les deux reins, constatée parfois à l'autopsie, la disproportion de leur degré dans chacun d'eux et la différence de leur évolution peuvent aussi être invoquées comme présomptions en faveur de l'unilatéralité de l'infection rénale à ses débuts. »

A ces arguments pathogéniques, il serait nécessaire de pouvoir ajouter la preuve irréfutable, basée sur l'anatomie pathologique, et établissant que dans les néphrites infectieuses un rein peut être sain, alors que l'autre est très altéré; mais cette preuve, M. Pousson n'a pas pu l'apporter, et il déclare que « si l'on s'en tient aux constatations nécropsiques les lésions infectieuses du rein, qu'elles soient aiguës ou chroniques, atteignent, dans l'immense majorité des cas, les deux organes ». Mais, ajoute-t-il, « à défaut de ces constatations nécropsiques, nous sommes en mesure de produire un certain nombre de faits cliniques montrant que des malades chez lesquels l'examen du rein enlevé pour des accidents divers a révélé des lésions de néphrite, ont pu vivre dans un état de santé parfaite ».

Dans plusieurs cas de néphrite, en effet, R. Weir (5), Harrison (6), Legueu (7), Pousson (8), Israel (9) ont enlevé l'un des deux reins, qui leur semblait surtout ou exclusivement malade; après l'opération, le taux de la sécrétion urinaire se relevait rapidement, et les patients ont pu vivre pendant plusieurs années sans présenter d'accidents urémiques; « si ces observations, dit M. Pousson, ne prouvent pas d'une façon absolue que le rein subsistant était intégralement sain, elles doivent nous faire inférer au moins que les altérations anatomiques, si elles existaient, étaient minimes. »

L'intérêt de ces faits n'a pas échappé aux chirurgiens et, à l'heure actuelle, en présence des quelques résultats heureux qui ont été obtenus par néphrectomie ou néphrotomie dans certains cas de néphrites dites médicales, la question de l'intervention opératoire dans des circonstances analogues est très nettement posée.

Mais avant de discuter les indications opératoires, en cas de néphrite unilatérale, il nous a semblé nécessaire de savoir : si ces cas se présentent souvent en clinique, si ces lésions d'un seul rein entraînent des troubles fonctionnels des deux reins, et, dans l'affirmative, par quel mécanisme ces troubles sont produits. Nous allons examiner les résultats que nous ont fournis, à ce sujet, nos observations et nos expérimentations.

I

Existe-t-il des néphrites aiguës ou subaiguës unilatérales?

Pour savoir si les néphrites sont fréquemment unilatérales, il nous a semblé logique d'utiliser, d'une part, les constatations anatomiques faites sur des sujets morts de maladies infectieuses ou toxiques ayant entraîné des altérations rénales ; d'autre part, les expérimentations effectuées sur les animaux auxquels nous injections des microbes, des toxines ou des poisons.

Les constatations anatomiques faites dans les nombreuses autopsies que nous avons pratiquées nous ont donné les résultats que nous allons maintenant résumer.

Il faut tout d'abord établir une distinction entre les lésions rénales produites par voie ascendante et celles qui sont causées par toxi-infection sanguine, et dans ces dernières il faut encore séparer les néphrites toxiques (que la substance toxique soit un poison ou une toxine microbienne) d'avec les infections suppurées du rein.

Les néphrites ascendantes peuvent être primitivement unilatérales : on en trouve des preuves indiscutables dans les recherches de Goodhardt (1) qui, sur 130 cas de pyélonéphrite reconnue à l'autopsie, a rencontré 19 fois un seul rein atteint; M. R. Weir (2) a de même constaté des lésions unilatérales 19 fois sur 71 observations; nous-mêmes, nous avons pu noter 3 fois l'existence de néphrite ascendante suppurée d'un côté, sans que l'autre rein fût lésé de la même façon.

En revanche, nous n'avons vu aucun cas de néphrite toxique qui ne fût bilatérale : les lésions trouvées à l'autopsie, dans les faits de ce genre, non seulement siégeaient des deux côtés, mais encore avaient une intensité sensiblement égale sur l'un et l'autre rein. Cela, nous l'avons constaté pour les néphrites des maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, pneumonie, etc.) ou chroniques (tuberculose), et pour les néphrites toxiques aiguës (intoxication par le sublimé).

Lorsque les lésions des reins étaient peu intenses (certains cas de fièvre typhoïde, de pneumonie, etc.), elles étaient également peu marquées des deux côtés; lorsqu'elles étaient très notables (intoxication par le sublimé, quelques cas de pneumonie), elles l'étaient également au niveau des deux reins. Jamais nous n'avons remarqué qu'un rein fût non altéré alors que l'autre était lésé, non plus que nous n'avons vu des lésions profondes d'un rein avec altérations légères de l'autre.

Les lésions rénales suppuratives dues à une infection sanguine peuvent au contraire être unilatérales, et pour notre part nous en avons observé 3 cas :

Chez un malade mort de fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique au dix-neuvième jour de sa maladie, nous avons trouvé deux abcès du volume d'une grosse noisette au niveau du rein droit, sans aucune lésion suppurative du rein gauche;

Chez un jeune homme de dix-huit ans ayant succombé à une infection staphylococcique, suite d'une ostéomyélite, nous avons constaté sur le seul rein gauche une quantité considérable d'abcès miliaires à staphylocoques;

Enfin un malade mort d'infection pneumococcique présentait de la pneumonie suppurée, un abcès du cerveau et trois petits abcès à pneumocoques du rein gauche, alors que le rein droit était indemne.

L'expérimentation ne fait que confirmer les résultats obtenus par l'observation anatomo-clinique.

Dans les intoxications que nous avons cherché à produire par injection sous-cutanée ou intraveineuse de poisons ou de toxines, quelle que fût la dose injectée et le manuel opératoire employé, nous avons toujours obtenu des lésions bilatérales avec égale intensité sur l'un et l'autre rein.

Dans deux cas d'injection intraveineuse de produits microbiens, nous avons produit des abcès d'un seul rein : une de nos malades, diabétique, était atteinte d'abcès multiples à staphylocoques; nous avons injecté à un lapin du sang de cette malade et nous avons constaté, à l'autopsie de l'animal, des abcès miliaires multiples d'un seul rein. Dans un autre cas, nous avions injecté dans la veine de l'oreille d'un lapin une culture d'un staphylocoque provenant d'un furoncle de la face : là encore, nous avons obtenu une lésion suppurée d'un seul rein.

M. Albarran (1) a de même provoqué des lésions unilatérales après injection intraveineuse de colibacille : dans ce but, il contusionnait le rein, en même temps qu'il injectait sa culture dans la veine de l'oreille d'un lapin; l'animal mourut le surlendemain, et déjà on voyait dans le rein contusionné les stries jaunâtres de la suppuration commençante.

Au sujet de l'infection ascendante, les expérimentations du même auteur sont classiques : si l'animal auquel on a injecté une culture microbienne dans le segment supérieur d'un uretère ligaturé meurt ou est sacrifié dans les quelques jours qui suivent l'opération, un seul rein est atteint de lésions suppuratives.

M. F. Jacobelli (2) a de même réalisé des lésions de pyonéphrite unilatérale en injectant du colibacille dans la vessie, après avoir lié incomplètement l'uretère d'un seul côté.

Il ressort, en somme, de cette série de faits anatomiques et expérimentaux, qu'il peut exister des lésions infectieuses d'un seul rein, mais que le cadre en est très limité. C'est surtout l'infection ascendante qui peut produire ces lésions; on peut les retrouver aussi dans les suppurations rénales d'origine hématogène. Quant aux lésions toxiques, elles sont toujours bilatérales.

Il semble contradictoire, au premier abord, que les poisons contenus dans la circulation agissent d'une façon égale sur les deux reins, tandis que les microbes charriés par le sang puissent se localiser sur un seul rein et même sur une portion localisée du rein. Mais cette contradiction n'est qu'apparente, car les faits que nous venons de mettre en relief pour les infections aiguës du rein ont leur homologue dans l'infection tuberculeuse du même organe.

(1) M. Schede. Meine Erfahrungen über Nierenexstirpationen. Hambourg, 1889.

(2) J. Israel. Ueber den Einfluss der Nierenspannung auf akute und chronische Krankheitsprozesse des Nierenparenchyms. (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1899.)

(3) A. Pousson. Contribution à l'étude du réflexe réno-rénal dans les néphrites médicales. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, sept. 1901, p. 1025-1036.)

(4) Küster. Die chirurgischen Krankheiten der Nieren. Stuttgard, 1896.
J. Albarran. Articles « Tuberculose rénale » et « Hydronéphrose », *in* « Traité de chirurgie clinique et opératoire » de A. Le Dentu et P. Delbet, t. VIII. Paris, 1899.
Tuffier. Article « Rein », *in* « Traité de chirurgie » de S. Duplay et P. Reclus. 2e éd., t. VIII. Paris, 1900.

(5) R. F. Weir. The surgical treatment of surgical kidney. (*Med. Record*, 15 sept. 1894, p. 325).

(6) R. Harrison. Traitement de certaines formes d'albuminurie par la ponction rénale. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 418.)

(7) Legueu. De la néphrotomie. (*Douzième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 420.)

(8) A. Pousson. De l'intervention chirurgicale dans certaines néphrites médicales. (*Quatrième session de l'Association française d'urologie*, Paris, 1899.)

(9) J. Israel. Chirurgie du rein et de l'uretère. (Traduit de l'allemand par A. G. Rodriguez.) Paris, 1900.

(1) Cité par A. Pousson (*Loc. cit.*, p. 472).

(2) R. F. Weir. (*Loc. cit.*

(1) J. Albarran. Etude sur le rein des urinaires. (*Thèse de Paris*, 1889.)

(2) F. Jacobelli. Sulle infezioni renali ascendenti; ricerche sperimentali. (*Gazz. internazion. di med. pratica*, 30 avril 1902.)

On sait que lorsque le bacille de Koch agit par ses toxines il détermine des lésions de néphrite qui sont toujours bilatérales. Au contraire, quand c'est le bacille lui-même qui se fixe sur le rein, il entraîne la production d'une tuberculose rénale qui est très fréquemment unilatérale : Vigneron (1), réunissant les statistiques de Roberts, Dickinson, Gaultier, Morris et Guyon, trouva que sur 205 observations de tuberculose du rein, les lésions étaient unilatérales 99 fois; M. Albarran (2) va encore plus loin, en disant que les lésions ne sont bilatérales que dans 15 à 20 % des cas. Enfin, la statistique récente de M. O. Tamayo (de Lima) (3) donne une proportion de 32 lésions unilatérales sur 59 cas de tuberculose rénale.

La physiologie pathologique nous explique, d'ailleurs, facilement cette différence entre l'action sur le rein des microbes ou de leurs toxines : le processus lésionnel est loin d'être le même dans les deux cas. Les poisons et les toxines sont en dissolution dans le sang, et baignent ainsi d'une façon égale les cellules des deux reins; au contraire, les microbes, considérés en dehors de l'action toxinique qu'ils peuvent exercer, ne produisent des lésions qu'à titre d'embolies, à la condition qu'ils soient en nombre suffisant pour oblitérer un petit vaisseau et pour provoquer ainsi les mouvements de diapédèse entraînant ultérieurement la formation d'abcès; on comprend donc que, selon l'abondance plus ou moins grande des microbes et les conditions de l'infection, les lésions suppuratives d'origine sanguine puissent porter sur un seul rein, tandis que, dans le cas d'intoxication hématogène par toxines ou poisons, la lésion sera toujours bilatérale.

II

Les lésions d'un seul rein entraînent-elles des troubles fonctionnels et des altérations de l'autre rein?

Puisqu'il est démontré qu'il peut exister des altérations néphritiques primitivement unilatérales, nous avons à nous demander si ces lésions sont susceptibles d'entraîner secondairement, du fait même de leur existence, un vice de fonctionnement de l'autre rein.

A ce sujet, les observations abondent qui nous permettent de répondre d'une façon absolue par l'affirmative : *la lésion d'un seul rein détermine des troubles de fonctionnement de l'autre rein.*

C'est au sujet de l'*anurie calculeuse* que l'on a tout d'abord étudié les influences d'un rein sur l'autre et que M. le professeur Guyon et ses élèves, notamment MM. Tuffier et Albarran, ont mis en évidence l'existence d'un réflexe réno-rénal. Il n'est pas douteux que, dans toute crise de colique néphrétique unilatérale, il y a une diminution, quelquefois même une abolition temporaire de la sécrétion urinaire; il est certain aussi que, dans quelques observations d'anurie calculeuse terminée par la mort, on a trouvé un seul uretère oblitéré, alors que l'autre rein n'était que peu ou pas lésé (4); l'anurie ne peut donc être expliquée dans ces cas qu'en invoquant une influence exercée à distance par le rein malade sur le rein sain. Mais il s'en faut que toutes les anuries calculeuses soient sous la dépendance d'un tel mécanisme, et nous sommes tout à fait de l'avis de M. Brault (5), quand il dit que « sans nier l'influence possible de l'inhibition sécrétoire, on doit compter surtout avec l'obstruction complète des deux reins. Et dans les cas où l'obstruction n'est pas totale, il faut reconnaître que l'inhibition sécrétoire s'exerce sur des reins offrant des lésions tellement accentuées, que l'urémie peut en être la conséquence plus ou moins rapide ».

La *contusion rénale* a sur le rein opposé une action beaucoup moins discutable. A la suite d'une violente contusion unilatérale, la diurèse est le plus souvent diminuée pendant quelques jours, puis le taux de l'urine, qui s'était abaissé à 300 ou 400 grammes par vingt-quatre heures, remonte à la normale et parfois la dépasse. Dans quelques cas même, on observe une anurie dont la persistance peut nécessiter une intervention sur le rein traumatisé, et l'on a vu, après l'ablation du rein malade, la sécrétion urinaire se rétablir, ce qui montre bien que le trouble des fonctions urinaires était produit par le retentissement des lésions d'un rein sur l'autre.

D'ailleurs, M. Tuffier (1) a fait à ce sujet une série d'expériences qui sont très probantes : il a étudié le mécanisme des lésions produites par le traumatisme d'un rein chez le chien, en même temps qu'il recueillait l'urine émise par le rein sain; or, dans tous les cas, il a noté que, au bout de quelques heures, le taux des urines excrétées par le rein non traumatisé était diminué et que, parfois même, il survenait de l'hématurie.

L'*hydronéphrose* unilatérale peut provoquer également des troubles de sécrétion de l'autre rein. M. Guyon (2) a mis expérimentalement en relief l'influence de la tension intra-rénale d'un côté sur les fonctions de l'autre rein : il a prouvé que le rein resté sain, après avoir été indifférent durant la première heure de l'expérience, excrète en abondance pendant la deuxième heure, comme s'il essayait d'exercer une action compensatrice; au contraire, à partir de la troisième heure, il y a une diminution de la quantité et de la qualité de l'urine excrétée, jusqu'à ce qu'on fasse cesser la tension intrarénale de l'autre côté. En somme, M. Guyon a constaté deux stades chez l'animal en expérience : stade d'hyper, puis d'hyposécrétion.

MM. Israel, Zuntz et Götzl (3) ont repris ces expériences. Ils opéraient sur le chien, et au moyen d'un dispositif spécial arrivaient à recueillir séparément les urines du rein droit et celles du rein gauche. Ils notaient soigneusement le taux d'urine excrétée normalement. Ils élevaient alors la pression (150 à 200 millimètres au manomètre à mercure) au niveau d'un rein, en pratiquant des injections d'eau salée (à 4 %) dans l'uretère préalablement lié. Sous cette influence, le rein opposé ne sécrétait plus que le quart de la quantité normale. Une fois même ils déterminèrent une anurie de soixante-cinq minutes qui prit fin dès que l'on eut cessé d'élever la pression dans le rein opposé. Pour se rapprocher encore plus de la clinique, ils se contentèrent, dans un cas, de lier simplement l'un des uretères et obtinrent ainsi une pression de 34 millimètres : la sécrétion du rein opposé cessa complètement au bout de vingt minutes, pour reprendre progressivement quand l'obstacle urétéral eut été levé.

Chez l'homme, on peut également constater les différents stades décrits par M. Guyon, qui prouvent l'action exercée par le rein lésé sur l'autre; mais ces troubles ne se présentent pas avec la même régularité que dans les cas expérimentaux. Cependant, dans le type clinique de l'hydronéphrose intermittente, il faut de toute nécessité, pour expliquer les symptômes, faire intervenir le retentissement d'un rein sur son congénère. Que se passe-t-il, en effet? Dans une première phase, les malades souffrent vivement, ils cessent d'uriner pendant dix, vingt heures et quelquefois davantage; sans doute, on remarque alors qu'il s'est formé, d'un seul côté, une volumineuse tumeur dans la région rénale, mais cette rétention unilatérale ne suffit pas à expliquer l'oligurie ou l'anurie.

La fin de la crise est annoncée par une débâcle urinaire considérable; or, là encore, comme l'ont fait remarquer, chacun de son côté, M. Albarran (1) et M. Tuffier (2), « la débâcle polyurique n'est pas toujours due à l'évacuation du contenu de la poche; souvent on voit une débâcle énorme avec un rein petit; il faut donc invoquer alors une action nerveuse d'un rein sur l'autre, analogue à celle qui se produit chez certains anuriques opérés ». (Albarran.)

M. Israel (3), dans une série d'observations qui ont la valeur de faits expérimentaux, a montré l'influence du rein hydronéphrosé sur la sécrétion du rein sain. Dans un cas déjà ancien, notamment (4), il recueillit séparément l'urine qui s'écoulait par la plaie cutanée et qui provenait du rein néphrotomisé, et celle qui, émise par l'urèthre, venait à n'en pas douter du rein opposé : ces deux urines, en effet, avaient des caractères tout différents (couleur, densité, teneur en albumine). La néphrotomie qui avait été pratiquée pour une anurie complète fut suivie, au bout de trois heures, de l'émission par l'urèthre d'une urine claire dont la quantité alla en progressant tous les jours, tandis que l'urine provenant de la plaie restait hématurique. Une autre fois, la ponction simple d'une hydronéphrose, qui donna un liquide sanguinolent, fut suivie d'une abondante polyurie claire survenue aussitôt après l'opération. M. Israel relate encore d'autres cas où la néphrotomie amena la cessation immédiate de l'anurie avec production de polyurie claire.

M. Schede (5), qui insiste du reste longuement sur l'importance de la cure radicale de l'hydronéphrose, ajoute que le moignon rénal subsistant après l'incision simple du rein hydronéphrosé est un véritable danger pour le malade.

Le *cancer unilatéral* du rein s'accompagne lui aussi de troubles de la sécrétion urinaire de l'autre rein, qui ont été bien mis en lumière par M. Albarran (6).

Cet auteur a étudié chez 3 malades, par cathétérisme de l'uretère, l'émission des urines de chaque côté, et il a vu que « le rein supposé sain élimine en petite quantité les éléments normaux de l'urine : c'est ainsi que le chiffre d'urée par litre d'urine a été, dans les trois cas, de 10 gr. 80 centigr., 6 gr. 30 centigr. et 5 gr. 40 centigr., et qu'on a constaté des diminutions semblables pour les autres sels de l'urine ». Chez 2 sujets opérés par néphrectomie, il a pu constater, plus d'un mois après l'opération, que l'urine sécrétée par le rein laissé en place contenait de l'albumine. Enfin, dans un cas d'insuccès opératoire, il a noté, sur le rein non cancéreux, des lésions très notables de néphrite épithéliale.

La *néphrite suppurée* et la *pyonéphrose* unilatérale entraînent des troubles fonctionnels de l'autre rein; c'est le point qu'ont surtout mis en relief, d'une façon indiscutable, les travaux de M. Pousson, qui s'appuie sur les heureux

(1) E. VIGNERON. De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein. (*Thèse de Paris*, 1892.)

(2) J. ALBARRAN. Article « Tuberculose rénale », *in* « Traité de chirurgie clinique et opératoire » de A. Le Dentu et P. Delbet, t. VIII. Paris, 1899.

(3) O. TAMAYO. Lésions rénales non bacillaires des tuberculeux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1902, p. 299.)

(4) A. DONNADIEU. De l'anurie calculeuse et en particulier de son traitement chirurgical. (*Thèse de Bordeaux*, 1895.)

(5) BRAULT. Article « Lithiase rénale », *in* « Traité de médecine » de Bouchard et Brissaud, 2e éd., t. V. Paris, 1902.

(1) TUFFIER. Etudes expérimentales sur la chirurgie urinaire. Paris, 1889.

(2) GUYON. Influence de la tension intra-rénale sur les fonctions du rein. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, mars 1892, p. 161, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 97.)

(3) Cités par M. Israel, *in* Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Berlin, 1901.

(1) J. ALBARRAN. Article « Hydronéphrose », *in* « Traité de chirurgie clinique et opératoire » de A. Le Dentu et P. Delbet, t. VIII. Paris, 1899.

(2) TUFFIER. Article « Rein », *in* « Traité de chirurgie » de S. Duplay et P. Reclus, 2e éd., t. VIII. Paris, 1900.

(3) J. ISRAEL. Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Berlin, 1901, p. 389.

(4) J. ISRAEL. Ueber Nephrolithotomie bei Anurie durch Nierensteineinklemmung; zugleich ein Beitrag zur Frage der reflectorischen Anurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 janv. 1888.)

(5) SCHEDE. (*Loc. cit.*)

(6) J. ALBARRAN. Les lésions de néphrite dans les reins cancéreux. (*Quatrième session de l'Association française d'urologie*, Paris, 1899.)

effets de la néphrectomie pour prouver le retentissement des lésions d'un rein sur l'autre. Il s'agit, dans les diverses observations qu'a réunies cet auteur ou qui lui sont personnelles, de malades présentant tous les signes d'une néphrite infectieuse avec localisation prédominante d'un côté, entraînant une diminution très sensible de la quantité et de la qualité des urines et une albuminurie notable. Après l'intervention, surtout si l'on a fait une néphrectomie, on voit le taux urinaire, qui était descendu à 500 c.c. et même au-dessous, s'élever, au bout de peu de jours, à 2,000 c.c. et plus, en même temps qu'augmentent dans des proportions parallèles l'urée, les chlorures, les phosphates, etc., etc. Si bien que M. Pousson (1) peut résumer de la façon suivante l'ensemble de ses travaux : « M'appuyant sur les données indiscutables de l'expérimentation qui démontre le retentissement de diverses lésions irritatives d'un rein sur l'autre, m'appuyant aussi sur un certain nombre de faits cliniques, j'ai démontré d'une façon qui ne me semble laisser place à aucun doute qu'un rein atteint d'un processus inflammatoire, surtout lorsque ce processus est douloureux, peut troubler le fonctionnement de l'autre rein, au point de diminuer considérablement la sécrétion urinaire, et abaisser en même temps le taux de l'urée, des phosphates et des chlorures. Donnant en quelque sorte la preuve de la proposition précédente, j'ai fait voir, en outre, que la néphrotomie, en supprimant le point de départ du réflexe, permet au côté sain de reprendre ses fonctions dans leur intégralité, au moins jusqu'à la cicatrisation de la plaie rénale, et que la néphrectomie, plus radicale, assure pour toujours ce résultat. »

Il est intéressant de noter ici en passant l'influence néfaste du chloroforme sur l'épithélium rénal, la majorité des accidents après la néphrectomie tenant en grande partie à ce dernier facteur (2) qui vient léser le rein sain, seul subsistant.

On le voit donc, par cet ensemble de faits expérimentaux et cliniques, il ne paraît pas douteux que le rein lésé entraîne des troubles fonctionnels de son congénère; reste à savoir si ces troubles sont purement fonctionnels et si les altérations d'un rein ne peuvent pas retentir sur l'autre en le lésant.

III

L'altération d'un seul rein peut-elle entraîner secondairement des lésions de l'autre rein?

Autant il est facile, en clinique humaine, de montrer les troubles fonctionnels d'un organe comme le rein, autant il est malaisé de mettre en évidence les altérations histologiques, dans certains cas déterminés comme celui qui nous occupe. Supposons, en effet, un malade atteint de pyélonéphrite unilatérale et mourant du fait de l'évolution de ses lésions rénales ou à la suite d'une intervention chirurgicale; si l'on trouve à l'autopsie des lésions de néphrite épithéliale de l'autre rein, on peut toujours supposer qu'il s'agit, soit de lésions terminales, soit d'altérations dues à l'anesthésique employé, notamment au chloroforme. Aussi, dans l'étude que nous faisons en ce moment, attribuons-nous une valeur plus grande à l'expérimentation, dont on peut faire varier les termes de telle façon qu'elle constitue une preuve irréfutable et qu'elle éclaire les résultats anatomo-cliniques observés.

Or, l'*expérimentation* a permis de déterminer des lésions d'un rein en produisant des altérations septiques ou aseptiques de l'autre rein.

(1) Pousson. De l'existence d'un réflexe réno-rénal dans certaines néphrites médicales. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 mars 1900.)

(2) Rindskopf. Klinische Beobachtungen über den Einfluss der Chloroformnarkose auf die menschliche Niere. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 oct. 1893, p. 959.)

Parmi les altérations septiques, nous prendrons comme types les expériences classiques de M. Albarran (1) : il injectait des cultures de colibacilles, de streptocoques ou de staphylocoques dans un uretère préalablement lié au niveau de son embouchure dans la vessie. Il produisait ainsi des lésions typiques de pyélonéphrite du rein dans l'uretère duquel l'injection avait été faite; puis il étudiait avec grand soin l'état de l'autre rein, que l'on peut schématiser de la façon suivante : dans les premiers jours, il existe des lésions congestives avec altérations épithéliales irrégulièrement distribuées, parfois petites hémorrhagies, et, par places, accumulation de leucocytes. Si l'animal survit, vers le cinquième ou le sixième jour, on voit des abcès miliaires corticaux, siégeant pour la plupart immédiatement au-dessous de la capsule, en rapport avec la distribution des vaisseaux; quelquefois, un ou deux petits abcès allongés suivent, dans la substance médullaire, le trajet des artérioles qui descendent de la voûte suspyramidale. Il est à noter, et c'est un point sur lequel nous reviendrons, que dans les cas où il se produit des lésions suppurées du rein opposé à celui dans l'uretère duquel l'injection bactérienne a été faite, on ne trouve en général d'abcès dans aucun autre organe : les lésions suppuratives d'un rein ont réagi à distance sur l'autre avec une intensité beaucoup plus grande qu'elles ne l'ont fait sur tout autre viscère.

Les altérations aseptiques d'un rein sont encore plus intéressantes au point de vue de leur réaction sur le second rein, car il s'agit là d'un processus lésionnel beaucoup plus spécial. Nous avons étudié dans ce but (2) les résultats obtenus, après ligature unilatérale de l'artère rénale, de l'uretère ou du pédicule. La ligature de l'artère fut faite chez 25 lapins : 8 moururent, dont 6 avant le quinzième jour et les autres du quinzième au trente-troisième jour. L'uretère fut lié chez 12 lapins : 3 périrent (deux jours, sept jours, et quatorze jours après l'opération); un autre fut sacrifié au septième jour, juste au moment où l'on voyait que les accidents devenaient menaçants. La ligature en masse du pédicule fut pratiquée chez 23 lapins : 5 moururent dans la première quinzaine; les autres furent sacrifiés assez rapidement, car tous semblaient avoir leur santé profondément troublée du fait de la ligature.

Tous les animaux en expérience eurent de l'albuminurie à la suite de leur opération; de plus, ceux qui périrent présentaient les signes habituels de l'urémie nerveuse; enfin, l'autopsie, faite complètement dans tous les cas, ne permit pas d'attribuer la mort à une autre cause qu'aux lésions rénales qui furent d'ailleurs toujours trouvées bilatérales.

Le rein que l'on n'avait pas opéré offrait, dans tous les cas, la lésion que nous avons décrite sous le nom de *cytolyse protoplasmique* (3). Chez les animaux que nous avons sacrifiés peu de temps après la ligature d'un des vaisseaux du rein, nous avons trouvé le premier stade de la lésion, c'est-à-dire que la cellule avait conservé son aspect, son volume et sa forme normaux, mais présentait des lésions de la zone protoplasmique périnucléaire : à ce niveau les granulations avaient complètement disparu, tandis que partout ailleurs elles étaient restées normales, de même qu'il n'existait pas d'altérations de la bordure en brosse, ni du noyau.

Dans les cas où les animaux furent sacrifiés après l'apparition des symptômes d'urémie, nous

(1) J. Albarran. Etude sur le rein des urinaires. (*Thèse de Paris*, 1889.)

(2) Castaigne et Rathery. Ligature unilatérale de l'artère rénale, de l'uretère ou du pédicule; accidents consécutifs et lésions de l'autre rein. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 21 déc. 1901.)

(3) Castaigne et Rathery. Lésions expérimentales de l'épithélium des tubes contournés. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 17 mai 1902.)

avons constaté des lésions plus avancées du rein opposé à la ligature; les granulations avaient alors disparu dans presque toute l'étendue de la cellule qui prenait un aspect clair tout à fait spécial. Quelquefois même, il ne restait plus qu'un vague stroma cellulaire couronné par une bordure en brosse et au milieu duquel persistait encore un noyau très altéré : il semblait que la cellule se fût vidée de toutes les granulations protoplasmiques qu'elle contient à l'état normal.

De tels résultats expérimentaux nous paraissent mettre hors de conteste la possibilité du retentissement lésionnel d'un rein sur l'autre, et nous permettent d'apprécier encore mieux la grande valeur de certaines observations anatomiques ou cliniques.

Quand on constate, à l'autopsie d'un sujet mort de pyélonéphrite suppurée, des lésions aiguës de l'autre rein, il est difficile, avons-nous dit, d'affirmer que ces lésions sont sous la dépendance des altérations beaucoup plus prononcées du premier rein. Mais il est des cas, cependant, où le doute ne semble pas permis, étant donné surtout que nous avons montré l'existence et le mode de production des lésions expérimentales.

Lorsqu'il s'agit d'un malade atteint d'une pyélonéphrite opérée par néphrotomie dès le début de l'infection rénale, on remarque parfois que le cours des urines éliminées par la vessie, c'est-à-dire provenant du rein sain, se rétablit d'une façon normale, pendant que le drain enfoncé dans la plaie rénale ramène du pus mélangé à de l'urine. L'état infectieux se calme, le patient semble guéri, on retire le drain et il arrive que bientôt le taux urinaire diminue; le malade peut même présenter des symptômes d'urémie auxquels il succombe. Il nous semble évident que les lésions épithéliales du rein, que nous avons constatées, dans deux cas semblables, du côté opposé à la pyélonéphrite, reconnaissaient pour point de départ le rein primitivement lésé. La preuve en est encore donnée par ce fait que, si au moment où le taux de l'élimination urinaire fléchit, on pratique la néphrectomie avant d'attendre l'apparition de l'urémie, on voit les accidents diminuer progressivement, puis disparaître; le moignon rénal laissé en place constituait un danger pour le malade. Cela ressort très nettement d'une observation communiquée par M. Pousson (1) à l'Académie de médecine de Paris, et l'on pourrait citer de nombreux cas analogues. Nous avons été chargé récemment par M. Tuffier d'étudier la perméabilité rénale d'une femme à laquelle il avait fait une néphrotomie pour pyélonéphrite : nous avons constaté que cette perméabilité, d'abord satisfaisante, diminuait de semaine en semaine, et nous avons supposé qu'il s'établissait progressivement dans le rein sain des lésions qui conduiraient peu à peu la malade à l'urémie. M. Tuffier pratiqua alors la néphrectomie : à la suite de cette intervention, le taux urinaire se releva lentement, pour revenir et se maintenir à la normale.

Il nous semble nécessaire aussi de signaler, dans le groupe des lésions rénales consécutives à l'altération de l'un des deux reins, les cas si intéressants de néphrite chez les sujets atteints de cancer rénal. M. Albarran a constaté, dans les cancers du rein qu'il a opérés, qu'il existait des lésions étendues de néphrite diffuse dans des portions du parenchyme éloignées de la tumeur, et dans un cas où la mort survint quatre jours après l'intervention, il trouva, dans le rein laissé en place, des lésions de néphrite diffuse surtout épithéliale, analogues à celles qui existaient dans les parties non cancéreuses du rein enlevé.

Tous ces faits, que nous avons choisis parmi les plus probants, sont d'accord, nous semble-t-il, pour faire admettre qu'une lésion unilatérale

(1) Pousson. (*Loc. cit.*, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 98.)

d'un rein peut entraîner non seulement des troubles fonctionnels, mais aussi des altérations matérielles de l'autre rein; reste à nous demander par quel mécanisme ils se produisent.

IV

Comment les lésions d'un rein agissent-elles sur l'autre?

Quand un organe aussi richement vascularisé et innervé que le rein présente des lésions toxiques ou infectieuses, on conçoit que les voies d'apport vers l'autre rein soient nombreuses, et que pour cette raison les mécanismes qui entraînent des troubles fonctionnels ou des altérations de cet autre rein soient également multiples : il est peu vraisemblable que dans tous les cas il s'agisse de la même pathogénie, et cependant jusqu'à présent on ne semble guère s'être occupé que des troubles nerveux pour expliquer toutes les modifications que l'on observe.

Le *réflexe réno-rénal* joue à coup sûr un rôle de toute première importance dans les troubles fonctionnels que nous avons décrits, comme M. Guyon l'a établi dans une série de mémoires basés sur la clinique et l'expérimentation. Les travaux de Claude Bernard et de Brown-Séquard avaient démontré que l'excitation de la muqueuse de l'uretère, du bassinet et de la substance rénale, détermine l'arrêt de la sécrétion urinaire non seulement au niveau du rein excité, mais encore de l'autre côté. M. Guyon (1) a prouvé d'abord, par une série d'expériences, que la tension intra-rénale exagérée au niveau d'un rein avait sur l'autre un effet analogue à l'excitation des nerfs; ultérieurement (2), étudiant la question au point de vue clinique, il a fait voir qu'on peut observer un réflexe réno-rénal identique, à la suite des traumatismes sur le rein, de l'obstruction calculeuse d'un uretère, d'une hydronéphrose, etc. M. Israel (3) a établi de même que l'irritation produite par un drain après néphrotomie suffisait à provoquer de l'oligurie.

Il est certain que dans tous les cas d'oligurie ou d'anurie survenant brusquement à la suite d'une lésion mécanique ou chimique d'un seul rein, c'est cette action nerveuse que l'on doit mettre en cause. Mais faut-il aller plus loin et faire intervenir le réflexe réno-rénal dans la production des lésions que nous avons signalées et décrites? C'est ce que pense M. Pousson, qui « se demande si l'on ne peut pas concevoir la possibilité d'une néphrite sympathique, analogue à l'ophtalmie sympathique, le rein sympathisant agissant par l'intermédiaire du plexus solaire sur le rein sympathisé ». Il invoque, à l'appui de cette théorie, l'existence des lésions du plexus rénal que M. Klippel a observées dans les néphrites, et qui à la longue pourraient retentir sur l'autre rein et être « susceptibles, sinon d'engendrer *ipso facto* une lésion, tout au moins de créer les conditions qui le mettent en état de réceptivité morbide ». Nous sommes là, d'ailleurs, en présence d'une simple hypothèse qu'aucune donnée expérimentale ni clinique ne permet de démontrer. Pour notre part, nous avons tendance à admettre le rôle du réflexe réno-rénal dans les troubles de sécrétion qui s'établissent d'une manière rapide, presque subite; quant à ceux, au contraire, qui apparaissent d'une façon lente, nous croyons plutôt qu'on doit les expliquer par un des autres modes pathogéniques qu'il nous reste à exposer. Si, dans ces cas, le réflexe réno-rénal intervient, ce n'est que comme facteur adjuvant et nullement nécessaire.

La *résorption*, au niveau du rein primitivement lésé, *des microbes ou de leurs toxines*, est certainement une des causes déterminantes les plus actives des lésions de l'autre rein. Ce point est tellement évident, qu'il ne nous paraît pas nécessaire d'insister longtemps à son sujet.

Que la résorption soit possible au niveau des tubes sécréteurs ou excréteurs du rein, le fait a été mis en lumière par les expériences déjà anciennes de Gigon (1), plus récemment par celles de M. Poirier (2), de M. Tuffier (3), et surtout dans la thèse de M. A. Huber (4), qui montre que les solutions salines sont facilement résorbées quand on les introduit dans le bassinet et les tubes urinifères; la pression nécessaire pour que cette résorption se produise est notablement inférieure à celle qui est atteinte spontanément par l'urine après ligature ou compression de l'uretère.

Que les microbes et leurs toxines soient résorbés aussi facilement que les substances salines, cela ressort avec évidence des expériences déjà citées de M. Albarran qui, en injectant du colibacille dans le bout supérieur d'un uretère ligaturé, a constaté des lésions suppuratives de l'autre rein, et a pu y déceler le microbe en question.

Mais un point spécial est à relever dans les expériences de M. Albarran, parce qu'à lui seul il présente un haut intérêt : dans les cas où le microbe injecté dans un uretère a été résorbé par la circulation, il ne détermine de lésions suppuratives que dans l'autre rein, à l'exclusion de tous autres organes; cela s'explique, croit M. Albarran, parce que ce rein constitue un *locus minoris resistentiæ*, de par la suractivité que lui impose l'abolition fonctionnelle de son congénère.

M. Pousson propose une autre hypothèse, toujours basée sur le rôle primordial que cet auteur attribue au réflexe réno-rénal : pour lui, « le rein est préparé à l'infection, du fait du retentissement réflexe, sur sa circulation et sa nutrition, des lésions du rein opposé ». Il ajoute, d'ailleurs, que, selon une vue de pathologie générale très séduisante émise par MM. Bezançon et Labbé, il n'est pas irrationnel d'admettre que les microbes et leurs produits de sécrétion, qui ont pullulé ou pris naissance au niveau d'un rein infecté, aient sur les éléments anatomiques de l'autre rein une sorte d'action élective, propre à en compromettre le fonctionnement physiologique et même la vitalité.

A notre avis, ces considérations ne sont pas encore suffisantes, et si les produits résorbés au niveau du rein malade ont une action pathogène élective sur l'autre, c'est qu'ils contiennent les déchets cellulaires provenant de la destruction des éléments nobles du rein, qui à eux seuls ont une action pathogène et élective sur le rein.

La preuve de la toxicité de l'émulsion rénale pour le rein nous a été fournie par des expériences que nous avons faites à l'occasion de recherches sur le sérum néphrotoxique (5). Nous avons voulu savoir — avant d'étudier les propriétés de ce sérum — si l'injection d'extrait rénal produit à elle seule des accidents et entraîne des lésions. Nous avons vu tout d'abord que le lapin supporte très mal les injections de rein de cobaye; si l'on injecte, en une seule fois, l'émulsion provenant de deux reins, l'animal périt en vingt-quatre heures après avoir présenté une forte albuminurie. Si l'on se sert de l'émulsion d'un seul rein de cobaye, les lapins présentent des accidents toxiques (surtout de l'albuminurie et un amaigrissement progressif) et meurent en moyenne au bout de dix à quinze jours. Tous les lapins qui ont reçu de fortes doses d'émulsion rénale offrent, dans les *tubuli contorti*, des lésions de cytolyse protoplasmique.

A une série de lapins, nous avons enlevé un rein par néphrectomie et nous avons ensuite injecté l'émulsion de ce rein dans le péritoine de l'animal même que nous venions d'opérer. Plusieurs d'entre eux ont péri très vite; ceux qui ont résisté ont eu une albuminurie très notable et ont très rapidement diminué de poids; les uns et les autres présentaient les lésions de début de la cytolyse protoplasmique.

Nous sommes donc ainsi arrivés à cette conclusion que les éléments épithéliaux du rein sont toxiques pour le rein lui-même. Or, que se passe-t-il en clinique quand il existe des lésions inflammatoires ou mécaniques au niveau d'un rein? Il y a une destruction intense des éléments épithéliaux du rein, éléments qui sont en partie résorbés par la circulation, surtout quand des cylindres intra-tubulaires — ou mieux encore une ligature ou une compression de l'uretère — gênent l'excrétion de l'urine. Ces éléments épithéliaux, s'ils sont seuls, suffisent à léser le rein comme dans nos expériences d'injection intrapéritonéale, et c'est de cette façon que nous expliquons les lésions expérimentales que nous avons obtenues sur le rein opposé, à la suite de la ligature d'un uretère, d'une artère rénale ou du pédicule.

Dans le cas où il y a une infection rénale, comme par exemple dans les expérimentations de M. Albarran, il y a résorption en même temps de microbes, de toxines et de débris épithéliaux du rein : ce sont ces derniers qui, par leur action élective sur la glande rénale, contribuent à expliquer, à notre avis, la localisation presque constamment exclusive de la suppuration secondaire au niveau de l'autre rein.

Reste alors à se demander comment il peut se faire — si dans tous les processus irritatifs du rein il y a destruction et résorption de cellules épithéliales, et si cette résorption est toxique pour le rein — qu'on ait décrit des hypertrophies compensatrices au cours des maladies des reins. L'explication peut selon nous en être donnée de la façon suivante : l'émulsion rénale doit être assimilée aux autres cytotoxines; il est possible — et c'est un point que nous étudions actuellement — que, à faible dose, elle ne soit pas toxique, mais excito-sécrétoire pour la cellule rénale. Si donc on a affaire à un processus néphritique très destructif, il mettra en circulation une grande quantité de substance néphrotoxique et l'autre rein sera lésé. Que si, au contraire, le processus de néphrite est localisé, agit lentement, il envoie dans la circulation une quantité très minime de produits épithéliaux du rein, qui dans ces conditions non seulement ne sont pas toxiques, mais pourraient même être excito-sécrétoires : or, c'est justement dans ces cas de processus destructif lent que l'on constate, d'après M. Chauffard (1), l'hypertrophie compensatrice.

V

L'étude que nous venons de faire étant d'ordre surtout médical, nous ne nous croyons pas permis d'en déduire des conclusions générales sur la chirurgie du rein. Il est une question, notamment, que nous n'avons pas à envisager ici, et

(1) Guyon et Tuffier. Physiologie chirurgicale du rein. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, oct. 1888, p. 705.)

(2) Guyon. Rétentions rénales. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, sept. 1891, p. 605.) — Influence de la tension intra-rénale sur les fonctions du rein. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, mars 1892, p. 161, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 97.) — La physiologie et la pratique de la chirurgie urinaire. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, nov. 1898, p. 1121.)

(3) J. Israel. Chirurgie du rein et de l'uretère. (Traduit de l'allemand par A. G. Rodriguez.) Paris, 1900.

(1) Gigon. Recherches sur l'ischurie; physiologie pathologique. (*Union médicale*, 19 et 21 juin 1856.)

(2) Poirier. Sur quelques phénomènes consécutifs aux injections urétérales. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 18 juillet 1891, p. 585.)

(3) Tuffier. Etude clinique et expérimentale sur l'hydronéphrose. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, janv. 1894.)

(4) A. Huber. Recherches physiologiques sur la résorption rénale. (*Thèse de Paris*, 1895.)

(5) Castaigne et Rathery. Lésions des reins produites par injection d'émulsion rénale. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 17 mai 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 172.)

(1) A. Chauffard. Des hypertrophies rénales compensatrices au cours des néphrites chroniques. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 505.) — Article « Rein », *in* « Traité de médecine et de thérapeutique » de P. Brouardel et A. Gilbert, t. V. Paris, 1898.

qui nécessiterait à elle seule de longs développements : à savoir si l'on est autorisé à intervenir chirurgicalement dans les cas de néphrites bilatérales.

Le seul point auquel nous avons voulu nous limiter, c'est à l'étude des néphrites unilatérales. Nous pensons avoir démontré que *ces néphrites sont exceptionnelles :* elles peuvent exister en tant que néphrites ascendantes; elles sont très rares comme néphrites suppurées d'origine hématogène; nous ne les avons jamais constatées comme néphrites aiguës ou subaiguës dues à des poisons ou à des toxines.

Mais si nous reconnaissons que ces néphrites sont peu fréquentes, nous n'en sommes pas moins très affirmatifs au point de vue de la conduite à tenir en leur présence. Il faudra d'abord s'assurer par tous les moyens cliniques maintenant en usage que la néphrite est bien unilatérale, massive et profonde; ce renseignement une fois obtenu, on ne doit pas hésiter à intervenir chirurgicalement; si l'autre rein présente un fonctionnement tout à fait normal, si le sujet n'est pas trop intoxiqué, si le rein lésé ne l'est pas trop profondément, on se contentera de la néphrotomie, qui permettra de drainer le rein malade et de s'opposer ainsi à la résorption des déchets épithéliaux, des microbes et de leurs toxines. Une fois la néphrotomie faite, il faut surveiller avec grande attention l'élimination urinaire du patient, surtout au moment où l'on croit pouvoir enlever le drain. Une néphrectomie secondaire sera souvent nécessaire, de même qu'on aura pu être obligé de faire d'emblée cette opération, si le rein était trop profondément altéré : pour l'ensemble des raisons cliniques et expérimentales que nous avons exposées, il n'y a aucun intérêt à laisser à un malade (quand on est sûr que l'autre rein est sain) un moignon de rein au niveau duquel se produisent des résorptions de déchets épithéliaux et de toxines qui finiraient certainement par léser profondément l'autre rein.

Dr J. Castaigne, Chef de laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Beaujon.

F. Rathery, Interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 4 et 11 août 1902.

Hémoglobinurie d'origine musculaire.

MM. J. Camus et **P. Pagniez.** — Les différentes théories classiques émises pour expliquer la pathogénie de l'hémoglobinurie s'accordent toutes sur un point, à savoir que l'hémoglobine éliminée par les urines provient toujours des globules rouges, quels que soient le point de l'organisme où ceux-ci sont détruits et le processus qui réalise cette destruction. Nos recherches nous démontrent que, parmi les autres tissus renfermant de l'hémoglobine, le muscle peut lui aussi jouer un rôle dans la production de l'hémoglobinurie.

Après nous être assurés, en effet, que l'injection intraveineuse, chez le chien, d'une solution isotonique de suc musculaire de chien détermine ce symptôme, et cela à des doses beaucoup moins considérables que celles qui sont nécessaires quand on opère avec de l'hémoglobine globulaire, nous avons vu que la lésion musculaire provoquée chez le même animal par une injection brutale d'eau dans les muscles de la cuisse (150 c.c. en trente secondes) est suivie également de l'apparition d'hémoglobine dans les urines. Cette hémoglobinurie, comme celle que l'on obtient par l'injection de suc musculaire, se distingue d'avec celle qui résulte de la destruction des hématies dans le sang en ce que, contrairement à ce qui se passe dans cette dernière, le sérum n'est pas ou est à peine teinté; en d'autres termes, cette hémoglobinurie ne s'accompagne que d'une hémoglobinhémie très faible ou même nulle. Il faut donc admettre, ou que l'hémoglobine du muscle traverse le rein plus facilement que celle du sang, ou qu'il existe dans le suc musculaire des substances qui, agissant sur le rein, facilitent le passage de petites quantités d'hémoglobine; ces substances résisteraient à la chaleur, car, portée à 56° pendant quinze minutes, puis filtrée, la solution musculaire donne encore de l'hémoglobinurie.

Sans nier la réalité d'une hémoglobinurie précédée de grande hémoglobinhémie, dans les infections et intoxications globulaires intenses, nous croyons que les faits que nous venons de relater sont susceptibles d'application à la clinique. Ils expliquent les cas où le sérum des hémoglobinuriques a été trouvé normal durant les crises, ainsi que ceux où, les globules de ces malades résistant au froid *in vitro* (Hayem), on peut supposer à plus forte raison qu'ils devaient lui résister aussi dans l'organisme. Il est vrai qu'on n'a pu constater chez l'homme — peut-être en raison de la rareté des autopsies d'hémoglobinuriques en état de crise — des lésions des muscles permettant la sortie du suc musculaire; mais on peut invoquer les douleurs musculaires fréquemment signalées dans l'hémoglobinurie, et aussi le rôle de la fatigue dans la production de cet accident. Enfin, nous pouvons ajouter que certains vétérinaires considèrent comme constantes, dans l'hémoglobinurie *a frigore* du cheval, des lésions de myosite pouvant aller jusqu'à l'impotence.

Action de la fermentation alcoolique sur le bacille typhique.

MM. E. Bodin et **F. Pailheret.** — Au cours de recherches sur la conservation du bacille d'Eberth dans le cidre, nous avons été amenés à nous poser cette question : le bacille typhique existant dans le moût avant la fermentation y persiste-t-il après cet acte? Pour la résoudre, nous nous sommes servis de moûts artificiels, composés d'une solution neutre de peptone de 0.50 à 1.50 %, additionnée de 3 à 5.5 % de sucre : après avoir fait végéter sur ces bouillons des bacilles d'Eberth, nous y ensemencions des cultures de levures de provenances diverses.

Nous avons pu nous assurer ainsi que le microbe en question résiste parfaitement à la fermentation alcoolique, et qu'il en est de même pour le colibacille.

Toutefois, à côté de l'action de la levure sur les matières sucrées, il faut tenir compte aussi, dans ces fermentations, de l'action du bacille typhique lui-même sur les substances ternaires, et les produits résultant de cette dernière action peuvent n'être pas sans influence sur ce micro-organisme : c'est ainsi que, dans les milieux glucosés, le bacille d'Eberth entraîne la production de divers acides (formique, acétique, lactique, etc.); or, par suite de cette augmentation de l'acidité du milieu, il perd en grande partie sa mobilité, se dispose en petits amas ou en chaînettes, etc.; que l'on ait soin, au contraire, d'ajouter préalablement à ces mêmes milieux du carbonate de chaux, et ces modifications ne se produisent pas.

Ainsi donc, si la fermentation alcoolique par les levures n'a pas d'action destructive sur le bacille d'Eberth, les moûts fermentés sont néanmoins susceptibles d'altérer ce microorganisme, en raison des produits complexes qui y prennent naissance sous la double influence des levures et des bactéries qui s'y développent.

Sur la résistance électrique des cultures en bouillon de bacille tétanique.

MM. Dongier et **Lesage.** — Si l'on cultive en bouillon du bacille tétanique selon les règles classiques (huit jours d'étuve), on observe un abaissement marqué de la résistivité électrique de cette culture, comparée à celle d'un bouillon témoin placé dans les mêmes conditions.

Cette diminution ne dépend pas des bacilles, car la filtration ne la modifie pas, ni de la toxine, puisque l'ébullition la laisse également intacte. Au contraire, elle est moins considérable après que le bouillon a été mis en contact avec de la cervelle fraîche, ce qui prouve que les produits qui abaissent ainsi la résistivité électrique du bouillon sont fixés, tout comme la toxine elle-même, par la substance cérébrale.

Certains microbes n'influant en rien sur la résistivité électrique du milieu sur lequel ils végètent, tandis que d'autres l'augmentent ou la diminuent, il pourrait y avoir là les éléments d'une nouvelle méthode de diagnostic bactériologique.

Sur la physiologie des leucocytes.

M. H. Stassano et **F. Billon.** — Nous avons pu nous assurer que le pouvoir favorisant de la muqueuse entérique sur la digestion trypsique, qui s'élève pendant les périodes d'activité digestive dans l'organisme normal, est également accru à la suite d'injections de sels de mercure et de fer, ce qui peut être attribué à ce que, en ces deux circonstances, il se produit une augmentation de la diapédèse leucocytaire dans l'intestin. Cette diapédèse acquiert ainsi une double signification : elle constitue, d'une part, un mécanisme physiologique d'élimination, et elle apporte, d'autre part, un concours réel aux actes digestifs.

Influence de l'âge du lait sur sa teneur en acide phosphorique.

MM. F. Bordas et **S. de Raczowski** adressent une note de laquelle il résulte que le lait d'une même vache contient d'autant moins d'acide phosphorique total et de lécithine, qu'on s'éloigne davantage de l'époque du vélage; c'est dans le premier mois qui suit la naissance du veau que le taux de la lécithine atteint son maximum. Ils concluent de ce fait que l'on doit rechercher, pour l'alimentation des enfants débiles, des laits aussi « jeunes » que possible.

M. C. Delezenne envoie une note tendant à démontrer que le venin des serpents renferme une diastase ayant les mêmes propriétés favorisantes, à l'égard du suc pancréatique, que l'entérokinase, la kinase leucocytaire ou les kinases microbiennes.

M. H. Guilleminot adresse une note relative au *réglage des résonateurs de haute fréquence, en vue de leur emploi médical.*

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique, par M. C. Potain. In-8°, 197 p. avec fig. Paris, 1902.

On a beaucoup écrit sur ce sujet depuis quelques années. Et pourtant Potain, dont les premières recherches sur la pression remontent à près de quarante ans, n'avait encore presque rien publié sur cette question. C'est seulement après sa mort que le livre exposant le résultat de ses recherches a paru, par les soins de son élève M. P. Teissier. Ce volume est une œuvre concise et condensée, où le maître a mis tout ce qu'il avait de patience et de probité dans l'observation, de sens critique dans l'interprétation des faits. Sans vouloir ici le résumer en entier, nous nous bornerons à signaler les points qui nous paraissent offrir le plus d'intérêt pratique.

Après une courte introduction consacrée à la technique de la sphygmomanométrie, puis un chapitre où sont exposées d'ingénieuses considérations sur le mécanisme de la pression artérielle et sur la manière de mesurer la pression moyenne, vient l'étude des variations de la pression *à l'état physiologique.*

La pression dans les artères change à tout instant : le mouvement, la température extérieure, les impressions morales, la digestion, la simple position du corps agissent sur elle dans un sens ou dans l'autre, et l'on s'exposerait à des erreurs d'interprétation si l'on négligeait ces divers facteurs. Et pourtant, chez un même sujet et dans des conditions identiques, le chiffre de la pression a une fixité remarquable. Signalons en passant les expériences très intéressantes relatives à l'influence de la pression atmosphérique, faites au cours d'ascensions variées, et surtout les recherches sur l'action de l'exercice musculaire : un travail un peu actif élève la pression, à condition qu'il ne soit pas poussé à l'extrême fatigue; mais, fait curieux, l'entraînement a pour effet d'amener un abaissement; ainsi, parmi les jeunes gens de l'Ecole de gymnastique de la Faisanderie, c'est chez les moniteurs les plus anciens que la pression s'est montrée le plus basse.

Le chiffre moyen de la pression normale, recueilli à la radiale, a été fixé d'après un grand nombre d'explorations pratiquées sur des indi-

vidus sains de tout âge. Chez l'homme, de vingt à vingt-cinq ans, la moyenne est 17 centimètres, les chiffres extrêmes étant 15 et 19 centimètres; la moyenne est un peu plus basse chez la femme (14 à 18); chez l'enfant de cinq à sept ans, elle n'est que de 8.5. La pression s'élève avec l'âge, mais pas régulièrement; elle continue à augmenter après l'âge adulte, et chez les vieillards de quatre-vingts à quatre-vingt-neuf ans, on trouve comme chiffre moyen 22.

C'est seulement en possession de toutes ces données qu'on peut tirer profit de l'étude de la pression artérielle *à l'état pathologique*. A ce point de vue, l'auteur établit le classement suivant :

Maladies à pression très basse (7 à 11) : cancer de l'estomac et du foie, diarrhée cholériforme, maladie d'Addison à la période ultime;

Maladies à pression basse (12 à 14) : tuberculose, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu;

Maladies à pression moyenne (15 à 17) : pneumonie, pleurésie sérofibrineuse, embarras gastrique fébrile, chlorose, maladies organiques du cœur;

Maladies à pression forte (18 à 21) : sclérose artérielle, aortite, insuffisance aortique;

Maladies à pression très forte (21 à 31) : néphrite interstitielle et diabète.

Potain prenait plaisir, dans ses leçons orales, à entretenir son auditoire des résultats de ses recherches, « peu soucieux de s'en assurer la priorité », dit M. Teissier dans sa préface; aussi la plupart des faits exposés ici sont-ils connus de tous. Il est à penser néanmoins que la lecture de certains chapitres ne sera pas sans causer quelque surprise à nombre de médecins qui se sont fait *a priori* une conception théorique de l'état de la pression dans les maladies de l'appareil circulatoire. Si l'étude de la pression artérielle offre un véritable intérêt pratique pour le clinicien, ce n'est précisément pas dans les maladies organiques du cœur. On a beaucoup incriminé l'*hypotension* pour expliquer un grand nombre des accidents observés chez les cardiaques. Or, nous l'avons dit, l'auteur place les cardiopathies parmi les maladies à *pression moyenne*. « Ce genre d'affections, dit-il, n'est pas de celles qui compromettent le plus habituellement la pression artérielle... et les désordres graves qu'elles apportent en général dans la circulation tiennent apparemment à autre chose, et se produisent de toute autre façon. » On ne saurait trop répéter, d'ailleurs, que la simple exploration digitale du pouls est bien propre à induire le clinicien en erreur à ce sujet : elle donne souvent, en effet, des indications trompeuses, et l'on n'est pas peu surpris de constater, par exemple, que dans tel cas de sténose mitrale avec pouls filiforme, le sphygmomanomètre indique une tension de 15, 16 centimètres et plus à la radiale.

Une preuve indirecte, d'ordre thérapeutique, de cette indépendance des troubles circulatoires périphériques et de l'état de la pression, nous est fournie par l'analyse des effets de la *digitale* chez les cardiaques. Dans un chapitre additionnel consacré à ce sujet, Potain démontre que ce n'est pas par son action sur la pression que la digitale donne de si bons résultats dans les cardiopathies, en provoquant la diurèse et la disparition des congestions par stase : souvent ces modifications coïncident avec un abaissement de pression ! C'est que la digitale agit, non seulement sur le myocarde, mais aussi sur les capillaires et les artérioles dont elle augmente la tonicité; et c'est bien souvent là le plus efficace de ses effets chez les asystoliques. On voit combien il faut se garder d'appliquer étroitement les lois de la mécanique hydraulique à la conception des affections de l'appareil circulatoire.

En résumé, l'auteur nous apprend que, dans les cardiopathies proprement dites, il n'y a pas, en général, d'hypotension artérielle, comme on est trop tenté de l'admettre; que d'ailleurs l'étude de la pression dans ces affections ne présente pas un grand intérêt pratique, puisqu'elle est peu modifiée; et qu'enfin une thérapeutique rationnelle ne saurait se baser sur l'étude des pressions.

Au contraire, les *cachexies* et la plupart des *infections* troublent profondément la pression artérielle. Toutes ces notions ayant été vulgarisées depuis longtemps par l'enseignement de Potain, nous ne nous y arrêterons pas. Rappelons seulement cette loi fondamentale : « On peut établir comme règle générale que tout sujet d'âge moyen chez lequel, sans maladie aiguë ni raison apparente de cachexie ou d'épuisement nerveux, la pression de la radiale est inférieure à 14, doit être considéré comme suspect de tuberculose. » Inutile d'insister sur les services que peut rendre cette recherche dans le diagnostic précoce de la bacillose des sommets, car *dès le début* la pression est abaissée. Aussi nous semble-t-il à souhaiter qu'à côté de l'investigation stéthoscopique, de la radioscopie, de la recherche des bacilles, prenne place couramment la mesure de la pression artérielle recueillie à la radiale, parmi les moyens usités pour déceler la tuberculose tout à fait à son origine.

Dans un sens opposé, le sphygmomanomètre sera encore au clinicien de grande utilité, en contribuant au diagnostic précoce de la *néphrite interstitielle* : « Lorsqu'il donne un chiffre supérieur à 24, il y a de grandes raisons de présumer que l'on a affaire à une néphrite interstitielle ou à un diabète. » L'*athérome* des grosses artères modifie la pression dans le même sens, mais à un degré moindre. A ce propos, l'auteur fait un parallèle entre l'athérome et l'artériosclérose capillaire, et établit la signification de l'*hypertension* dans ces deux maladies : elle est *l'effet et non la cause* de l'altération des artères, et l'on ne saurait admettre l'opinion de von Basch, d'après lequel l'hypertension préexistante déterminerait la sclérose artérielle, en imposant un excès de travail aux parois vasculaires. — L.

Estomac biloculaire; tension extrême de la poche cardiaque; ponction, par M. L. Bouveret.

Il existe dans la littérature médicale plusieurs cas d'estomac biloculaire, mais aucun d'eux ne s'était présenté jusqu'ici avec toutes les apparences d'un kyste hydatique de l'hypocondre gauche, diagnostic qui fut porté tout d'abord par l'auteur chez la malade dont il relate l'observation; c'est là le point intéressant du travail de M. Bouveret.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans ayant joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de trente ans; à cette époque elle eut quelques vomissements après les repas; neuf années plus tard survinrent des hématémèses abondantes qui durèrent quarante-huit heures; il y a deux ans et demi, enfin, on constata, pour la première fois, la présence d'une tuméfaction dans le flanc gauche, tuméfaction qui disparaissait parfois au bout de quelques jours pour se reproduire ensuite.

En décembre 1897, cette femme entra dans le service de M. Bouveret; elle présentait alors des troubles profonds de la nutrition : peau sèche, soif très vive, pouls petit et en hypotension, urine rare et très colorée. La paroi abdominale du côté gauche était fortement soulevée par une tumeur, qui rejetait aussi en dehors les dernières côtes du même côté, remontant très haut dans le thorax, descendant jusqu'à l'épine iliaque et s'arrêtant vers la ligne médiane qu'elle dépassait très peu. Les organes thoraciques et abdominaux, fortement comprimés, présentaient des troubles fonctionnels (gêne de la respiration, accélération des battements cardiaques, intolérance gastrique).

En présence de cette tumeur « plus grosse qu'une tête d'adulte », mate à la percussion, lisse et rénitente, l'auteur porta, avec quelques réserves toutefois, le diagnostic de kyste hydatique de la rate. Une ponction donna issue à 2 litres environ d'un liquide grisâtre et trouble dont l'analyse chimique et l'examen microscopique démontrèrent l'origine gastrique. L'hypothèse de rétrécissement cicatriciel du pylore, consécutif à un *ulcus simplex*, s'imposa alors.

La tuméfaction se reproduisit à plusieurs reprises et fut évacuée soit avec le tube de Faucher, soit par vomissement. La malade, très améliorée, quitta l'hôpital au bout de trois mois.

Quelque temps après, elle entra dans le service de M. Bard, en état de faiblesse extrême, et ne tarda pas à succomber. L'autopsie, d'après les renseignements qui furent fournis à M. Bouveret, révéla l'existence d'un estomac biloculaire, avec rétrécissement médio-gastrique assez serré.

Etant donné qu'on ne sentait pas l'encoche de l'estomac biloculaire, et que l'évacuation par la sonde n'eût pas été aussi complète si la poche pylorique avait été intéressée, M. Bouveret estime que, dans ce cas, la poche cardiaque devait être seule distendue. Mais comment expliquer l'occlusion de cette poche cardiaque? L'auteur, se basant sur un fait qu'il a observé antérieurement, admet qu'il devait exister deux valvules siégeant au niveau du rétrécissement médio-gastrique et de l'orifice œsophagien; ces valvules, en s'appliquant contre la petite courbure de l'estomac — et par suite contre le plan résistant avec lequel celle-ci est en rapport (foie et rachis) —, auraient favorisé l'occlusion de la poche cardiaque, occlusion d'autant plus complète que la tension du liquide était plus considérable.

Cette poche ainsi distendue avait donc l'apparence d'un kyste. La tumeur qu'elle formait présentait partout de la matité sans aucun bruit de clapotage; or, ce bruit de clapotage était jusqu'à présent le signe classique de la dilatation stomacale. Il est donc acquis à l'heure actuelle — et c'est là un diagnostic différentiel qui ne se trouve pas dans les traités spéciaux — que, dans certains cas, fort rares sans doute, la poche cardiaque d'un estomac biloculaire peut se présenter avec toutes les apparences d'un kyste hydatique de l'hypocondre gauche, et qu'il y a lieu, pour éclairer le diagnostic, de recourir au cathétérisme de l'estomac. (*Lyon méd.*, 16 mars 1902.) — J. G.

Syphilis et grossesse; avortement à répétition; nécessité d'un traitement mercuriel prophylactique, par M. Prunac.

Du travail de M. Prunac, consacré à la nécessité d'instituer à titre préventif le traitement antisyphilitique dans les cas d'avortement répété, nous extrayons l'observation suivante qui se rapporte à un cas de *superembryonnement:*

Une femme de vingt-quatre ans, cinq mois après son mariage, eut un premier avortement; le mari, syphilitique depuis deux années, ne s'était pas soigné régulièrement. Un traitement sévère fut ordonné, mais, dix mois plus tard, un nouvel avortement à trois mois se produisit; le mari avoua n'avoir pas exécuté l'ordonnance. Au début d'une troisième grossesse, on prescrivit un traitement rigoureux auquel le mari et la femme consentirent à se soumettre. L'accouchement eut lieu à la date prévue, soit huit mois après que les règles eurent fait défaut pour la première fois : le fœtus était macéré et nettement syphilitique. Néanmoins, l'abdomen de la parturiente restait volumineux et l'on reconnut la présence d'un second enfant, mais le travail s'arrêta. Au bout d'un mois un nouvel accouchement donna naissance à un enfant parfaitement constitué et sans aucune lésion spécifique.

L'auteur admet qu'il s'est agi ici d'un superembryonnement : au moment de la fécondation qui donna lieu au premier accouchement, le mari n'était pas encore soumis au traitement; au contraire, lors de la seconde fécondation, cet homme, sous l'influence de la médication, a parfaitement pu procréer un germe sain.

M. Prunac rapproche ce fait d'un cas relaté jadis par M. Pinard : une femme ayant eu des rapports, le même jour, avec son amant ordinaire et un amant de rencontre qui était syphilitique, donna naissance à deux enfants : l'un parfaitement constitué, l'autre présentant des lésions manifestes de syphilis. (*Montpellier méd.*, 16 février 1902.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur un nouveau type clinique de saturnisme, ressemblant à la tétanie, par M. H. Hänel.

Un typographe de vingt-quatre ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels, sauf plusieurs attaques de coliques saturnines, fut pris il y a deux ans et demi de crampes douloureuses dans la main gauche. Les doigts qui tenaient le composteur se contractaient violemment, de sorte que cet homme était dans l'impossibilité d'ouvrir la main. Un peu plus tard, il ressentit de la fatigue dans les jambes et des crampes dans les mollets; puis survinrent des crampes de l'avant-bras et du bras gauche; enfin le membre supérieur droit fut pris à son tour. Les crampes, qui, à l'origine,

ne se produisaient que lorsque le malade exécutait certains mouvements, devinrent plus fréquentes et extrêmement douloureuses; elles éclatent maintenant sans raison, particulièrement la nuit, au point que le sommeil est troublé. Un mouvement modéré convient mieux à cet homme que le repos complet; depuis deux ans, ce malheureux est pour ainsi dire incapable de travailler.

On note, à l'examen, un liséré bleuâtre sur les gencives; les muscles de la face sont normaux; lorsque le patient ouvre largement la bouche, on remarque une contracture des muscles du plancher buccal, de sorte qu'un certain effort est nécessaire pour refermer la bouche. Les muscles du corps sont partout bien développés; il n'existe nulle part de paralysie ni d'atrophie. Si l'on observe le malade pendant un certain temps, on constate des contractions musculaires involontaires, frappant tantôt un muscle, tantôt un autre, et accompagnées des mouvements correspondant au raccourcissement du muscle. La contraction dure de quelques secondes à plusieurs minutes, et le sujet accuse une violente douleur si l'on cherche à la vaincre. Les muscles de l'épaule sont atteints aussi souvent que ceux de la main, les extenseurs aussi bien que les fléchisseurs. Quand cet homme ferme énergiquement la main, il a de la peine à la rouvrir, comme dans la myotonie; il en est de même lorsqu'il étend les doigts avec force; il éprouve alors de la difficulté à fermer la main, et cette difficulté persiste si le même mouvement est exécuté plusieurs fois de suite, contrairement à ce qui est de règle dans la myotonie. Des crampes identiques se produisent dans les jambes dès que le patient est couché. On observe, en outre, dans les muscles de la cuisse, de petites contractions musculaires, sans effet moteur apparent, se succédant rapidement et provoquant une sorte d'ondulation du muscle, analogue au phénomène décrit par Schultze dans la myokymie. Les crampes sont plus violentes à gauche qu'à droite; on peut en provoquer l'apparition en comprimant les troncs nerveux. La réaction des muscles au courant faradique est exagérée; au courant galvanique, elle est plutôt diminuée; il n'existe pas trace de réaction de myotonie.

Ces troubles offrent une certaine analogie avec la tétanie, mais, dans cette affection, le signe de Chvostek est considéré comme constant; les crampes y sont, en outre, symétriques et intéressent spécialement les fléchisseurs et les muscles courts de la main, d'où l'attitude connue sous le nom de main d'accoucheur; de plus, la réaction au courant galvanique y est exagérée; enfin, le caractère éminemment chronique du syndrome présenté par le malade de M. Hänel ne s'accorde pas avec l'hypothèse de tétanie. On peut de même écarter le diagnostic de myotonie, différents signes importants de cette affection faisant défaut. Par contre, il existe une analogie incontestable entre les phénomènes morbides observés dans ce cas et la myokymie, qui est, comme on le sait, caractérisée par des ondulations musculaires, par des crampes symétriques provoquées par les mouvements violents, par une augmentation de l'irritabilité musculaire au courant faradique, etc. (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 383).

Au point de vue des rapports existant entre le saturnisme et l'affection nerveuse de son malade, l'auteur fait remarquer qu'on a publié quelques rares observations où des contractions musculaires ou des crampes de muscles isolés accompagnaient l'intoxication par le plomb. Un fait relaté par M. Buber offre à cet égard un intérêt particulier : un peintre, atteint de paralysie saturnine des membres supérieurs, présentait aux jambes et au tronc des crampes musculaires d'un genre particulier, que M. Buber n'hésite pas à qualifier de myokymie; ces crampes se produisaient surtout lorsque le patient était couché, et les douleurs qui les accompagnaient l'empêchaient de dormir. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars 1902.) — A. J.

Un cas d'association de syphilis tertiaire et de carcinome du nez, par M. R. Michaelis.

L'auteur relate l'observation d'une femme de quatre-vingt quatre ans, ancienne syphilitique, ayant cessé le traitement spécifique depuis cinq années seulement. Au mois de mai 1900, le dos du nez de cette malade rougit et se tuméfia, et plus tard il se forma dans cette région une ulcération qui suppurait et se couvrait constamment de croûtes; la respiration nasale était devenue très difficile. Le nez était ensellé et on constatait à droite, au-dessus de l'os propre du nez, une tumeur du volume d'une lentille, atteignant l'angle interne de l'œil droit, et deux autres tumeurs, fluctuantes celles-là, sur la voûte palatine, le long du raphé médian. La cloison nasale était perforée, les fosses nasales remplies de croûtes fétides et la muqueuse atrophiée. On prescrivit de l'iodure de potassium, mais au bout de trois semaines, voyant que le traitement restait sans effet, on soumit à l'examen microscopique un fragment de la tumeur qui siégeait au niveau de l'angle interne de l'œil droit et on constata qu'il s'agissait d'un carcinome à cellules cylindriques. La malade mourut de cachexie quinze jours plus tard.

A l'autopsie, on remarqua que la plus grande partie du squelette osseux du nez était détruite, et cette destruction ne pouvait être imputable qu'à la syphilis. D'autre part, l'examen microscopique montra qu'à côté des lésions syphilitiques il existait des altérations cancéreuses incontestables, et que les deux genres de lésions étaient le plus souvent séparées les unes des autres par une limite assez nette. C'est ainsi que, sur une tumeur provenant de la fosse nasale gauche, on vit que la muqueuse du nez était envahie par du tissu de granulation, avec épaississement des parois vasculaires, qui, sur certaines coupes, était très prononcé et accompagné de lymphomes ou granulomes circonscrits. Mais en plus de ces manifestations — évidemment de nature syphilitique —, on constatait tous les éléments d'un carcinome, dont les cellules cylindriques présentaient une disposition alvéolaire au milieu d'un stroma irrégulier. Ces cellules avaient des dimensions énormes et montraient des divisions multiples, signes d'une très grande énergie de croissance. L'envahissement des vaisseaux lymphatiques, la destruction des tissus environnants et la dégénérescence kystique d'une partie des cellules complétaient ce tableau du carcinome, ainsi que les métastases lymphatiques qui, à défaut d'un rapport direct entre les différentes tumeurs, étaient seules à même d'expliquer la propagation du processus.

Toutefois, les relations entre les lésions syphilitiques et carcinomateuses n'étaient pas partout aussi marquées; on voyait prédominer tantôt les unes, tantôt les autres, mais la coexistence des deux affections était hors de doute. Tout porte à croire que c'est la syphilis qui avait précédé, et de beaucoup, le cancer : d'un côté, la malade savait elle-même qu'elle était syphilitique depuis de longues années, et, d'autre part, les lésions cancéreuses étaient trop peu étendues, étant donnée la puissance de prolifération dont les cellules carcinomateuses présentaient des signes indiscutables, pour être bien anciennes.

Les observations de ce genre sont très rares, et il est impossible de dire, pour les quelques faits qui ont été publiés jusqu'ici, s'il s'agissait d'une simple coïncidence ou bien d'un rapport causal, soit que la syphilis se fût directement transformée en cancer, soit qu'elle n'eût fait que préparer le terrain et favoriser l'éclosion de ce dernier. Toujours est-il que, dans les cas douteux, on ne devra pas se contenter de l'observation clinique, mais, songeant à la possibilité de l'association de la syphilis et du cancer, avoir recours à l'examen microscopique. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XL, 2-3.) — S. J.

Les capsules surrénales accessoires de Marchand et leurs tumeurs, par M. L. Pick.

Depuis les premières observations de Marchand, relatives à la présence, au voisinage de l'ovaire, de petits corpuscules formés par un tissu semblable à celui des capsules surrénales, on a reconnu l'existence de ce même tissu *hypernéphroïde* — soit sous forme de nodules circonscrits, entourés d'une membrane d'enveloppe, soit sous forme d'éléments plus ou moins erratiques — au niveau du cordon et du testicule, chez l'homme, ainsi que dans le tissu rétro-péritonéal de la face postérieure de l'abdomen, dans la couche corticale du rein et le rein lui-même, dans le foie, dans le pancréas. Dans le ligament large, ces corpuscules hypernéphroïdes, ou capsules surrénales accessoires de Marchand, constituent de petits nodules arrondis, jaunâtres, gros tout au plus comme un pois. Leur présence serait à peu près constante chez l'enfant; mais chez l'adulte, ils sont très rares. L'auteur a constaté une certaine relation entre leur existence et la gravidité : sur 7 cas où ils existaient, il s'agissait 3 fois de femmes enceintes; cette coïncidence peut s'expliquer par l'abondante production pigmentaire qui accompagne la grossesse, et à laquelle le tissu surrénal ne demeure certainement pas étranger, comme le prouve la maladie d'Addison.

Au point de vue histologique, les corpuscules en question reproduisent exactement la structure de la couche corticale des capsules surrénales. Jusqu'ici, en effet, M. Pick n'a pu y découvrir de cellules analogues à celles de la couche médullaire, en utilisant l'action de l'acide chromique ou de ses sels qui colorent en brun ces derniers éléments. Les corpuscules hypernéphroïdes s'hypertrophiant après l'ablation expérimentale des capsules surrénales, il est probable qu'ils jouent le même rôle physiologique que celles-ci.

Ces corpuscules peuvent devenir le siège soit d'hypertrophie simple, soit de tumeurs. La première de ces lésions est fort rare. Quant à la seconde, l'auteur n'en a rencontré que 3 exemples certains dans la littérature médicale, auxquels vient se joindre un quatrième fait observé par lui : il concerne une femme de cinquante et un ans, chez laquelle on enleva un néoplasme hypernéphroïde du ligament large, adhérant au hile de l'ovaire; la patiente mourut deux ans plus tard avec des tumeurs secondaires de même nature dans les deux reins, la capsule surrénale gauche et le lobe gauche du cervelet. En plus de ces 4 cas, M. Pick a pu recueillir, dans les publications médicales, 8 autres observations où il s'agit de tumeurs semblables, développées en des points divers correspondant au siège habituel des éléments hypernéphroïdes.

Dans ces néoplasmes, on retrouve, sauf quelques manifestations de dégénérescence aboutissant par places à des formations kystiques, la même structure que dans la couche corticale des capsules surrénales normales. On devrait donc s'attendre à ce que ces tumeurs fussent bénignes, d'autant plus qu'elles sont généralement encapsulées. Il n'en est rien cependant : les récidives sont communes et précoces.

Ces néoplasmes offrent également une structure histologique identique à celle des tumeurs hypernéphroïdes du rein, décrites par Grawitz, et qui se développent aux dépens des éléments surrénaux aberrants que contient la glande rénale, même à l'état normal. Ils ont aussi les plus grandes ressemblances avec les endothéliomes musculaires et osseux; aussi peut-on se demander si ces derniers ne proviennent pas de métastases du tissu surrénal.

Les tumeurs hypernéphroïdes sont très riches en glycogène, mais, quoi qu'on en ait dit, cette particularité n'a rien de pathognomonique, car l'auteur l'a constatée aussi dans divers néoplasmes de la région ovarienne. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 3.) — R. DE B.

De la prétendue loi de Profeta, par M. L. Glück.

La loi de Profeta, sur l'immunité que posséderait à l'égard de la syphilis un enfant reconnu sain, né d'une mère syphilitique, n'est acceptée, à l'heure actuelle, qu'avec certaines restrictions, les observations prolongées ayant montré que cette invulnérabilité particulière, loin de persister indéfiniment, se perd au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Reste à savoir si la loi en question est réellement immuable, tout au moins pour ce qui concerne les premières années de la vie. L'auteur ne le croit pas et, à l'appui de son opinion, il relate le fait suivant : une jeune femme, qui se présente à l'hôpital avec sa fillette âgée de moins de trois mois, offre des accidents syphilitiques secondaires (exanthème caractéristique, condylomes péri-anaux, polyadénite généralisée, etc.), tandis que sa petite fille est reconnue saine. Ne se fiant guère à la loi de Profeta, M. Glück défend à la mère d'allaiter son enfant, qu'il confie aux soins d'une infirmière. Malheureusement, il est déjà trop tard : huit jours après l'admission à l'hôpital, on constate chez le nourrisson la présence d'un nodule rougeâtre sur le

menton, avec tuméfaction d'un ganglion sous-maxillaire. Ce nodule ne tarda pas, du reste, à prendre l'aspect typique d'un chancre induré, suivi bientôt de l'apparition de manifestations de la période secondaire de la syphilis.

Ce cas n'étant pas sans analogues, car la littérature médicale compte déjà plus de vingt observations de ce genre, l'auteur estime qu'on devrait interdire aux mères syphilitiques d'allaiter leurs enfants, afin d'éviter l'infection extra-utérine aux rares rejetons sains issus de parents atteints de vérole. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er mars 1902.) — L. CH.

De l'épuisement des réflexes tendineux et de la valeur diagnostique de ce signe dans les affections nerveuses, par M. V. von Bechterev.

L'auteur a déjà attiré l'attention sur le retard souvent considérable que présentent les réflexes tendineux chez nombre de sujets atteints de polynévrite. Il a depuis lors remarqué l'épuisement rapide des réflexes patellaires, dans divers cas de myélite de la moelle dorsale inférieure et du renflement lombaire, à la période de déclin de la maladie : le réflexe provoqué par un premier choc a une intensité normale, mais la réaction s'affaiblit très vite et finit par manquer tout à fait si l'on répète plusieurs fois de suite la percussion du tendon; après un repos plus ou moins prolongé, le réflexe récupère son intensité primitive. Ce phénomène s'observe au moment où les réflexes tendineux reparaissent après avoir fait longtemps défaut, et persiste, quoique de moins en moins net, jusqu'au rétablissement complet.

On rencontre la même particularité à la période de début de la polynévrite, ainsi que dans la phase initiale du tabes, avant le moment où les réflexes sont abolis. En pareille occurrence, l'épuisement des réflexes devient de plus en plus manifeste (jusqu'à paralysie réflexe complète), à mesure que la maladie fait des progrès.

L'épuisement des réflexes tendineux est donc soit un symptôme de convalescence (myélite), soit un symptôme de début de certaines affections nerveuses (tabes, polynévrite). Ce signe a son importance pour le diagnostic précoce du tabes, lorsqu'il coexiste avec d'autres manifestations de la même lésion, telles que les douleurs fulgurantes ou le ralentissement de la réaction pupillaire. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 février 1902.) — A. J.

Contribution à la chirurgie de l'uretère, par M. W. Perlis.

Les deux faits relatés par M. Perlis plaident en faveur de l'urétéro-urétérorraphie transversale dans les cas de blessure de l'uretère.

Chez une première malade, l'auteur avait sectionné transversalement l'uretère au cours de l'extirpation d'un kyste intraligamentaire de l'ovaire gauche; la section se trouvait au niveau de l'ombilic. Le bout rénal de l'uretère avait 15 ou 16 centimètres de longueur : il aurait fallu qu'il en mesurât au moins 25 pour qu'on pût songer à l'implanter dans la vessie. D'autre part, enlever un rein parfaitement sain était un sacrifice bien lourd; aussi M. Perlis se décida-t-il à tenter la suture directe, transversale et bout à bout, des deux segments de l'uretère. Après une soigneuse adaptation de ces segments, on les maintint par 4 points de suture à la soie, en évitant soigneusement de traverser la muqueuse. Le péritoine fut ensuite ramené par-dessus la suture et une mèche de gaze glissée jusqu'au niveau de celle-ci.

Les premiers jours après l'opération, la malade accusa quelques douleurs rénales et la quantité d'urine émise oscilla entre 500 et 600 grammes par vingt-quatre heures; au neuvième jour elle atteignait déjà plus d'un litre. Pendant ce temps, la plaie avait guéri par première intention. Six mois plus tard, un examen cystoscopique montra que les deux uretères fonctionnaient également bien.

Dans le second fait, l'uretère fut blessé au cours d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine. Encouragé par le succès précédent, l'auteur tenta de nouveau, et avec d'aussi bons résultats, l'approximation directe des bouts urétéraux et leur suture transversale; une hématurie insignifiante fut la seule particularité qui marqua les suites opératoires. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la pérityphlite par l'usage interne de l'essence de térébenthine.

Au cours de ses recherches sur l'utilisation des médicaments pyogènes en thérapeutique (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 200), M. le docteur Moritz Mayer (de Simmern) s'est demandé si l'usage interne de ces substances, et en particulier de l'essence de térébenthine, ne serait pas capable d'influencer d'une façon favorable les processus suppuratifs ou phlegmasiques. Un essai de ce genre, institué dans un cas de pleurésie purulente, ayant été couronné de succès, notre confrère a eu, depuis lors, maintes fois l'occasion d'utiliser l'essence de térébenthine à titre de résorbant et d'antiphlogistique. Mais c'est surtout dans la pérityphlite, avant la formation d'exsudat, que le médicament en question rendrait d'excellents services, comme M. Mayer a été à même de s'en assurer chez les 12 patients qu'il a soumis à ce mode de traitement.

Notre confrère prescrit habituellement de l'essence de térébenthine ou, de préférence, de l'huile essentielle de pin d'Autriche (*Oleum pini pumilionis*) à la dose de III gouttes, répétée de deux à quatre fois par jour. Le médicament peut être administré dans de la teinture de cannelle ou dans de l'éther, ou encore incorporé à un jaune d'œuf. Dans les cas où il est mal supporté par l'estomac, on le donne en lavement, sous forme d'émulsion dans un jaune d'œuf.

Lorsqu'on constate un certain degré de résistance dans la région du cæcum, il est bon d'associer à la médication interne l'application de liniments à l'essence de térébenthine.

L'usage interne du remède dont il s'agit doit être suspendu dès qu'on note des troubles de la miction. En outre, il importe également de surveiller le fonctionnement de l'appareil respiratoire, M. Mayer ayant vu, chez un homme atteint d'une infiltration concomitante des sommets pulmonaires, apparaître, au cours du traitement par l'essence de térébenthine, une expectoration sanguinolente.

Traitement de la métatarsalgie par des injections de chlorhydrate de cocaïne.

Dans un cas de maladie de Morton sans lésions osseuses du squelette du pied, M. le docteur H. Verger, médecin des hôpitaux de Bordeaux, en présence de l'insuccès de plusieurs traitements médicamenteux que le patient avait subis antérieurement, se décida à recourir à des injections modificatrices. Afin de préciser, au préalable, le point de départ des excitations algésiogènes, notre confrère fit d'abord, au niveau du point douloureux, une injection de 1 c.c. d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 %, en poussant l'aiguille jusque sur le plan osseux. Au bout de quelques minutes, la douleur à la pression profonde avait disparu. La crise douloureuse s'étant encore reproduite cinq semaines plus tard, M. Verger pratiqua une nouvelle injection de cocaïne, et, depuis lors, le malade n'a plus souffert. La seconde injection remontant à trois mois seulement, on ne saurait, il est vrai, considérer d'ores et déjà la guérison comme définitive, mais il importe de faire remarquer qu'auparavant le patient passait rarement une semaine sans avoir un accès douloureux et que, parfois, il en présentait jusqu'à quatre ou cinq dans la même journée.

Quoi qu'il en soit, le fait mérite d'autant plus d'être signalé que la métatarsalgie est, le plus souvent, rebelle à tout traitement.

Traitement de la coqueluche par la pyridine associée à l'usage des bromures.

Les bons effets qu'on obtient couramment dans le traitement de l'asthme neuro-pulmonaire par des inhalations de pyridine ont engagé M. le docteur G. Mya, professeur de pédiatrie à l'Ecole supérieure de médecine de Florence, à essayer le même moyen contre la coqueluche, et cela non seulement dans le but de diminuer l'intensité des accès de toux, grâce à l'action sédative que la pyridine semble exercer sur le bulbe, mais aussi pour réduire le nombre des microbes dans l'air ambiant, les recherches instituées par M. le docteur M. Vianello Cacchiole ayant démontré que les vapeurs du médicament en question possèdent des propriétés antiseptiques.

M. Mya fait verser, deux fois par jour, 4 ou 5 grammes de pyridine sur une soucoupe qu'on place au pied du lit du petit patient. En même temps, notre confrère prescrit un mélange de bromures de potassium, de strontium et d'ammonium à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes pour les enfants âgés de moins de trois ans, et de 4 grammes pour ceux qui ont dépassé cet âge. Ce mélange, très bien toléré même par les tout petits enfants, diminuerait l'excitabilité réflexe du cerveau et constituerait de la sorte un excellent adjuvant de l'action sédative de la pyridine.

Sous l'influence de ces deux moyens, associés aux mesures hygiéniques usuelles, la guérison de la coqueluche surviendrait assez rapidement, sans aucune complication fâcheuse.

Les applications de gaïacol contre les oreillons.

Partant de ce fait que les badigeonnages de gaïacol donnent de bons résultats dans le traitement de l'orchite (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 173), un médecin italien, M. le docteur E. Grande (de Nicastro), a eu l'idée d'utiliser les propriétés analgésiques et antiseptiques de ce médicament contre la parotidite épidémique. A cet effet, notre confrère prescrit une pommade contenant 5 % de gaïacol, avec laquelle on pratique, une ou plusieurs fois par jour, des onctions sur toute la région parotidienne, qu'on recouvre ensuite de coton phéniqué et d'un pansement légèrement compressif.

Sous l'influence de ce moyen de traitement, que M. Grande a eu jusqu'à présent l'occasion d'employer dans 12 cas, la tuméfaction de la parotide disparaîtrait dès le second ou le troisième pansement, en même temps que les patients n'éprouveraient plus ni douleurs, ni gêne pendant la mastication et la déglutition. Contrairement à ce qu'on observe assez souvent à la suite d'applications de gaïacol sur le scrotum, les onctions dont il s'agit ne détermineraient ni prurit, ni eczéma.

Notre confrère attribue les bons effets de ce traitement non seulement aux propriétés analgésiques du gaïacol, mais encore à l'action antiseptique que les vapeurs de ce médicament exerceraient sur la cavité buccale et sur le pharynx.

Traitement du ptérygion par la cautérisation ignée partielle.

Il y a un an environ, M. le docteur A. Coe (de Washington) a fait connaître un procédé très simple de traitement du ptérygion, consistant dans la cautérisation de la tête seule de la membrane au moyen d'un fil de platine terminé par un renflement bulbaire gros comme un petit pois, et chauffé sur une lampe à alcool. Notre confrère avait réussi à obtenir la guérison à peu près complète d'un vaste ptérygion par trois cautérisations de ce genre pratiquées à quelques jours d'intervalle : au bout de plusieurs mois, on constatait seulement une légère opacité correspondant au sommet de l'épaississement conjonctival, tandis que les tissus avoisinants étaient complètement transparents.

Depuis lors, un autre médecin américain, M. le docteur F. B. Loring (de Washington) a eu recours à ce procédé dans 23 cas et en a toujours obtenu d'excellents résultats, sauf chez un patient porteur d'un ptérygion très étendu et fortement vascularisé, pour lequel il fut finalement obligé d'employer la ligature. Notre confrère se sert, pour ces cautérisations, d'un crochet en platine mesurant 3 millim. 1/2 environ de large sur 1 millimètre d'épaisseur et monté sur un manche en bois. Après avoir insensibilisé l'œil à l'aide de la cocaïne, il touche la tête du ptérygion avec la convexité du crochet chauffé à blanc, puis il relève le manche en bois, de façon à disposer le reste de la partie métallique de l'instrument parallèlement à l'axe du ptérygion. Il suffirait généralement de pratiquer une seule cautérisation, surtout si l'on a soin de faire suivre au patient un traitement préalable destiné à réduire la vascularisation de la membrane (oxyde jaune de mercure). Il est bon également de continuer l'emploi du précipité jaune pendant les premiers jours qui suivent la chute de l'eschare.

REVUE CRITIQUE

Les échanges organiques pendant la période fébrile et la convalescence des maladies infectieuses.

La fièvre est un symptôme cardinal de la période d'état des maladies infectieuses. Un corps se trouve en équilibre de température lorsque la production et la déperdition de calorique sont égales : la température s'élève si la production de chaleur augmente par rapport à la déperdition, ou si cette dernière diminue, la source de calorique restant constante. Ces deux hypothèses relatives au mécanisme de l'hyperthermie fébrile ont trouvé l'une et l'autre d'ardents défenseurs, et on a publié un grand nombre de travaux tendant à démontrer qu'il existe, dans les processus fébriles, soit une suractivité des combustions organiques, soit une rétention de calorique consécutive aux modifications de la circulation cutanée. La critique a depuis longtemps démontré que ces théories, prises dans leur sens absolu, ne concordent pas avec les faits, et, malgré la somme considérable de travaux consacrés à l'étude de cette question, on ne peut pas encore considérer le problème de la fièvre comme entièrement élucidé. Ce résultat peu encourageant doit être attribué, d'une part, à l'insuffisance des méthodes employées par nombre d'expérimentateurs, de l'autre, aux difficultés que l'on rencontre à prolonger les observations sur les malades pendant assez longtemps pour qu'elles soient concluantes.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici les recherches anciennes et depuis longtemps classiques ; nous passerons rapidement en revue un certain nombre de mémoires plus ou moins récents qui ont particulièrement contribué à mettre en lumière quelques points obscurs de la pathogénie de la fièvre.

I

Certains travaux anciens, entre autres ceux de von Liebermeister, von Leyden, Regnard, avaient attribué une importance particulière à l'exagération des combustions organiques au cours de la fièvre; cette augmentation pourrait, selon M. von Leyden, dépasser de plus de 50 % le taux normal. M. Kraus (1) a repris la question, en dosant les échanges respiratoires dans un cas d'érysipèle et chez 5 dothiénentériques. Il s'est servi pour cela de la méthode de Zuntz-Geppert qui permet d'évaluer non seulement la production d'acide carbonique, mais aussi l'absorption d'oxygène. En comparant les échanges respiratoires pendant la période fébrile et à une période relativement avancée de la convalescence, il a remarqué, pour la première, une augmentation considérable des combustions organiques. Si, par contre, on met les échanges respiratoires, à un stade avancé de la maladie, en parallèle avec ceux de l'état afébrile, on constate que la différence a notablement diminué et que, malgré la fièvre, l'intensité des combustions organiques ne dépasse pas sensiblement la normale. Il peut donc y avoir fièvre sans augmentation appréciable des oxydations organiques.

Pour juger exactement de l'effet de l'infection sur l'intensité des échanges, il est nécessaire de défalquer, des chiffres représentant la production de l'acide carbonique et l'absorption de l'oxygène, l'augmentation des échanges due à l'échauffement de l'organisme, d'une part, et, de l'autre, à la suractivité de la ventilation pulmonaire. En tenant compte de ces deux facteurs, M. Kraus estime que l'augmentation des échanges dans la fièvre ne dépasse pas le taux normal de plus de 20 %, et que les chiffres extrêmes signalés par von Liebermeister, von Leyden et Regnard sont imputables aux contractions musculaires accompagnant le frisson fébrile.

Ces recherches ont été complétées par M. A. Löwy (1), qui s'est servi de la même méthode que M. Kraus. Il a constaté une augmentation des échanges chez la plupart des fébricitants; mais ce fait n'est pas constant. Cette augmentation est indépendante du degré de fièvre : il existe des cas où, malgré une température élevée, les échanges respiratoires ne dépassent pas les limites normales. Elle se manifeste surtout dans la période initiale du processus fébrile et chez les sujets dont la ventilation pulmonaire est exagérée; elle est, par contre, beaucoup moins manifeste lorsque la température est constante ou tend déjà à diminuer, et quand la respiration se fait normalement et sans effort. M. Löwy est disposé à attribuer exclusivement l'augmentation des échanges respiratoires à une exagération de l'activité musculaire qui, sous forme de léger tremblement ou d'élévation de tension, peut échapper à l'observation directe.

Les résultats obtenus par M. Riethus (2) confirment ceux des auteurs déjà cités : il a noté, lui aussi, le plus souvent une augmentation modérée des échanges, mais parfois ceux-ci ne dépassaient pas la limite normale.

Par contre, un malade observé par MM. Robin et Binet (3) n'absorbait plus, quelques jours avant de mourir, que de 2 c.c. 26 à 0 c.c. 98 d'oxygène par kilogramme et par minute, alors que le thermomètre marquait de 39°6 à 39°8 : l'élévation thermique coexistait donc avec une diminution sensible des échanges respiratoires.

De l'ensemble de ces faits, il résulte que, dans la fièvre, les échanges respiratoires sont généralement exagérés, mais que cette exagération est loin d'atteindre le degré que lui avaient attribué les premiers auteurs qui se sont occupés de la question; en outre, elle n'est pas constante : elle peut faire défaut et même être remplacée par une diminution sensible; enfin, il n'existe pas de rapport entre l'intensité des échanges et le degré de la température ; ceux-ci peuvent être exagérés, tandis que celle-là dépasse à peine la limite normale, et inversement on peut observer une fièvre violente sans augmentation appréciable des échanges respiratoires.

Un point sur lequel les observateurs sont moins bien d'accord concerne la *qualité* des combustions organiques pendant la fièvre. Regnard (4) avait constaté jadis que le rapport de l'acide carbonique produit à l'oxygène absorbé s'abaisse; il en conclut que l'organisme fébricitant brûle incomplètement le carbone et l'hydrogène des substances organiques, d'où une diminution de la quantité d'acide carbonique produit et une accumulation dans l'organisme de produits non complètement oxydés, rétention qui se manifesterait par un abaissement du quotient respiratoire : celui-ci pourrait tomber à 0.6 et même à 0.5. Ces résultats ont été accueillis avec un certain scepticisme, étant données les difficultés d'en fournir une interprétation satisfaisante. Aussi M. Kraus a-t-il institué sur ce point des expériences de contrôle; il a vu que le quotient respiratoire n'est pas influencé par la fièvre, qu'il est généralement bas, mais ne tombe pas au-dessous de la normale. Par contre, M. Riethus a noté dans plusieurs cas un quotient respiratoire inférieur à 0.6. Certains chiffres de M. Löwy sont aussi très faibles, sans cependant atteindre les limites extrêmes signalées par Regnard et par Riethus. Toutefois, ce dernier a constaté que le quotient respiratoire s'abaissait à 0.5, et même au-dessous, chez des chiens auxquels on avait injecté une solution de nitrate d'argent dans le parenchyme pulmonaire. On pourra objecter que ces chiffres peuvent être dus à une rétention passagère d'acide carbonique, et que des observations de courte durée, comme celles que permet la méthode de Zuntz-Geppert, n'autorisent pas à tirer des conclusions définitives à ce sujet. Quoi qu'il en soit, nous nous trouvons ici en présence d'un fait encore inexpliqué, car, à l'état normal, on ne relève jamais de quotient aussi bas, quelle que soit la méthode employée.

II

La pathogénie de la fièvre présentant encore, ainsi que nous l'avons vu, nombre de points obscurs que l'observation des malades a été jusqu'ici impuissante à résoudre, on a demandé à l'expérimentation un complément de renseignements. M. May (1) a opéré sur des lapins auxquels il avait donné la fièvre par l'injection d'une culture virulente de bactérie du rouget du porc. L'infection ainsi obtenue a l'avantage de ne causer ni inflammation locale ni douleur, de sorte que les résultats ne sont pas faussés par l'agitation de l'animal ou par une fréquence anormale des mouvements respiratoires. Il a étudié les échanges respiratoires au moyen d'un petit appareil de Voit, en ayant soin de recueillir en même temps l'urine et les excréments; avec ces données, il lui était possible de déterminer indirectement la quantité de chaleur produite par l'animal. Ces expériences ont confirmé les observations des nombreux auteurs ayant signalé une augmentation des excrétions azotées au cours de la fièvre. Mais, contrairement à l'opinion de Sidney-Ringer et de M. Naunyn, d'après lesquels l'élévation du taux de l'azote urinaire précéderait l'ascension thermique, M. May n'a vu ce taux augmenter qu'au second jour de la période fébrile. Sous l'influence de la fièvre, la proportion de carbone de l'urine croît aussi et le rapport de l'azote urinaire au carbone — qui est, à l'état normal, de 1 : 0.7956 — augmente sensiblement. On est tenté de mettre cette modification en parallèle avec la diminution de l'acide carbonique de l'air expiré, et d'expliquer celle-ci par celle-là. Mais cette interprétation ne saurait convenir, les chiffres du carbone de l'urine ne suffisant pas, et de beaucoup, à couvrir le déficit de l'acide carbonique dans l'air expiré.

D'un autre côté, M. Scholz (2), qui a repris ces dosages sur l'homme, n'a pas confirmé d'une manière générale les constatations de M. May concernant le rapport du carbone à l'azote urinaire. L'augmentation du taux de l'azote urinaire indique une désassimilation exagérée des matières protéiques de l'organisme, qui peut être combattue jusqu'à un certain point par l'administration d'hydrates de carbone.

M. May a remarqué, en outre, que, dans la période initiale de la fièvre, on n'observe qu'une augmentation insignifiante, ou même nulle, de la production de calorique. Le second jour, l'augmentation est manifeste et peut atteindre jusqu'à 25 %, mais, dès que la fièvre tend à baisser, la thermogenèse diminue aussi.

M. Nebelthau (3) a fait des expériences de même ordre, en utilisant la calorimétrie directe à l'aide de l'appareil de Rubner. Il a pu, de

(1) F. Kraus. Ueber den respiratorischen Gasaustausch im Fieber. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1890, XVIII, 1-2, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 159.)

(1) A. Löwy. Stoffwechseluntersuchungen im Fieber und bei Lungenaffectionen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1891, CXXVI, 2, p. 218.)

(2) O. Riethus. Beobachtungen über den Gaswechsel kranker Menschen und den Einfluss antipyretischer Medicamente auf denselben. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1900, XLIV, 3-4, p. 239.)

(3) A. Robin et M. Binet. Etudes cliniques sur le chimisme respiratoire. (*Arch. gén. de méd.*, juin et oct. 1896.)

(4) P. Regnard. Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires. (*Thèse de Paris*, 1878.)

(1) R. May. Der Stoffwechsel im Fieber. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1894, XXX, p. 1.)

(2) W. Scholz. Ueber den Kohlenstoffgehalt des Harnes fiebernder Menschen und sein Verhältnis zur Stickstoffausscheidung. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1898, XL, 5-6, p. 376.)

(3) E. Nebelthau. Calorimetrische Untersuchungen am hungernden Kaninchen im fieberfreien und fieberhaften Zustande. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1895, XXXI, p. 293.)

cette façon, doser directement la quantité de chaleur émise par l'animal en expérience. Pendant les premières vingt-quatre heures de la période fébrile, on note généralement une légère augmentation de la déperdition de chaleur; il existe donc déjà, à ce moment-là, une surproduction de calorique, puisque la température de l'animal s'élève. La thermogenèse, de même que la perte de chaleur, est manifestement exagérée dans la période d'état, mais cette exagération ne dépasse pas une certaine limite. L'émission de calorique se fait par rayonnement et par évaporation. M. Nebelthau a vu que le rapport de la quantité de chaleur perdue par évaporation à celle qui est émise par rayonnement est le même chez l'animal normal que chez l'animal fébricitant. Il ne repousse pas entièrement l'hypothèse d'une fièvre tenant uniquement à la rétention de calorique, mais fait remarquer qu'il n'y a aucune preuve positive à l'appui de cette manière de voir.

MM. Krehl et Matthes (1) ont repris ces expériences sur une plus grande échelle. Ils ne se sont pas bornés, comme M. Nebelthau, à étudier la fièvre produite par le bacille du rouget, mais ont étendu leurs recherches aux fièvres infectieuses les plus diverses, telles que celles que déterminent le colibacille, le bacille typhique, le pyocyanique, la bactérie charbonneuse, le pneumocoque, ainsi qu'aux fièvres dues à l'injection de substances chimiques (nitrate d'argent et deutéralbumoses). La période initiale de la fièvre, pendant laquelle la température augmente, est toujours accompagnée d'une exagération des combustions organiques, sans qu'il existe cependant de rapport entre l'intensité des échanges et le degré de la température. La déperdition de calorique par rayonnement est à ce moment presque toujours inférieure à la normale, tandis que la déperdition de calorique par évaporation est parfois légèrement augmentée. Quand la courbe fébrile a atteint son apogée, on remarque à peu près dans tous les cas une augmentation de la production de chaleur, qui passe de 100 à 119 en moyenne (de 100 à 160 au maximum). A ce moment, il n'existe pas non plus de rapport entre le degré de la fièvre et la quantité de chaleur produite; ces deux facteurs sont, de plus, entièrement indépendants de la cause de l'élévation thermique. L'augmentation des combustions organiques n'est cependant pas indispensable à la production de la fièvre : MM. Krehl et Matthes ont observé, chez 4 animaux, de la fièvre malgré une légère diminution de la thermogenèse.

La chute de la température est presque toujours accompagnée d'une diminution de la production de calorique, qui peut tomber audessous du taux normal. A cet abaissement est parfois associée une diminution dans l'émission de calorique, de sorte que la chute de la température est due uniquement à la réduction des combustions organiques. Dans d'autres cas, l'émission de calorique reste élevée et contribue pour sa part à l'abaissement de la température. On ignore actuellement encore la cause de ces différences; d'après les auteurs en question, il est cependant certain qu'elles sont complètement indépendantes de l'étiologie de la fièvre.

L'algidité est caractérisée par une chute brusque de la température, accompagnée de faiblesse cardiaque et d'une vasodilatation considérable dans le système splanchnique. Les recherches de MM. Krehl et Matthes y ont révélé un abaissement considérable de la thermogenèse, qui peut tomber jusqu'à 54 % du taux normal. L'émission de calorique est, de même, généralement diminuée, parfois cependant exagérée. La chute brusque de la température ne provient donc pas de l'action combinée d'une diminution des oxydations et d'une déperdition exagérée, mais uniquement du premier de ces facteurs. Toutefois, elle ne dépend pas, d'une façon absolue, de la diminution des oxydations, car on a observé des cas où, bien que les oxydations fussent déjà sensiblement ralenties, le thermomètre indiquait encore une fièvre élevée; mais, au bout de peu de temps, une chute brusque de la température est la conséquence de la réduction des échanges. Cette constatation peut expliquer jusqu'à un certain point l'observation de MM. Robin et Binet citée plus haut; elle rend compte aussi des résultats de M. Henrijean (1), qui a noté à différentes reprises une diminution de l'absorption de l'oxygène chez des lapins infectés par le bacille pyocyanique, quoique le thermomètre indiquât une forte fièvre; il est vrai qu'en raison de l'évolution rapide de l'infection pyocyanique, il est souvent impossible de délimiter nettement la période d'état d'avec l'algidité, qui survient parfois dès la période initiale de l'infection.

Cette tendance à l'algidité permet de comprendre les cas où la fièvre subsiste pendant une période plus ou moins longue sans augmentation de la production de chaleur. MM. Krehl et Matthes ont observé deux ou trois fois une diminution appréciable des combustions organiques au cours de la fièvre produite par une injection de bacille pyocyanique ou de deutéralbumose; la fièvre traduisait donc uniquement une rétention de calorique. Toutefois, la tendance à l'algidité ne saurait expliquer tous les faits de cette catégorie, car les mêmes auteurs ont constaté des cas de fièvre sans augmentation des combustions organiques, et sans qu'il y eût trace d'algidité. La cause de cette exception à la règle est encore inconnue; elle ne dépend pas de l'étiologie de la fièvre.

La conclusion du travail de MM. Krehl et Matthes est que le phénomène essentiel, dans la pathogénie de la fièvre, ne doit pas être cherché dans la production exagérée de chaleur, mais bien dans une insuffisance de l'émission de calorique. L'augmentation de la thermogenèse qui accompagne généralement la fièvre est inférieure à celle que nous observons continuellement à l'état physiologique sous l'influence de différents facteurs, et nous n'en aurions pas conscience si l'appareil régulateur de la peau fonctionnait normalement.

Les symptômes constatés chez les animaux à sang chaud infectés peuvent tenir à divers éléments qu'il n'est guère possible d'examiner isolément. C'est ainsi qu'il est difficile de distinguer les symptômes qui sont dus à l'état fébrile d'avec ceux que produit l'infection. Pour se rendre compte de l'effet de l'infection, indépendamment de celui de la fièvre, MM. Krehl et Sötbeer (2) ont expérimenté sur des animaux à sang froid, chez lesquels la thermo-régulation n'entre pas en ligne de compte. Mais on éprouve à infecter ces animaux certaines difficultés que MM. Krehl et Sötbeer ont surmontées en isolant d'un kyste sous-maxillaire d'un python un microorganisme pathogène pour la grenouille. Ils ont étudié, au moyen d'un calorimètre spécial, la thermogenèse de grenouilles infectées de la sorte, et constaté que, pendant la période d'état, la production de chaleur est notablement plus grande qu'à l'état normal, mais qu'elle est considérablement réduite dans la période de collapsus précédant la mort. La thermogenèse des animaux à sang froid infectés est donc analogue à celle des animaux à sang chaud, bien que chez les premiers la température reste invariable : elle augmente pendant la période d'état de la maladie et diminue avec le collapsus terminal. On peut conclure de ces observations que c'est l'infection qui régit avant tout la production de chaleur, et si, chez l'animal à sang chaud, l'état fébrile peut influencer en une certaine mesure la thermogenèse, le rôle principal n'en revient pas moins à l'infection.

III

Les maladies infectieuses fébriles, surtout celles qui, comme la fièvre typhoïde, se prolongent pendant plusieurs semaines, ont pour effet de troubler l'équilibre de la nutrition : d'une part, elles augmentent les combustions; d'autre part, l'organisme est hors d'état d'absorber une quantité suffisante de nourriture. Les combustions se font alors aux dépens des tissus (de la graisse et des muscles, en particulier), de sorte qu'à la fin de la période fébrile, les dothiénentériques se trouvent dans un état d'inanition relative, comparable à celui que pourrait produire une alimentation insuffisante prolongée pendant un temps assez long. Par contre, on connaît la rapidité avec laquelle l'organisme arrive à réparer, au cours de la convalescence, les pertes subies durant la période pyrétique; l'appétit des convalescents est tel qu'on a souvent peine à le satisfaire, et une augmentation de poids de 3 ou 4 kilogrammes par semaine ne présente rien d'extraordinaire.

M. Svenson (1) a fait une étude très approfondie des échanges au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde et de la pneumonie, pour établir de quelle manière l'organisme tire parti des matériaux dont il dispose afin de récupérer les pertes éprouvées pendant la maladie. On sait que l'individu sain possède une certaine faculté d'adaptation, et que lorsqu'il est réduit, durant une période assez longue, à la ration congrue, il arrive peu à peu à se maintenir en équilibre de nutrition avec une quantité d'aliments manifestement insuffisante en temps ordinaire. Il était intéressant de voir si l'organisme des fiévreux s'accommode aussi de l'alimentation insuffisante et s'il existe, au début de la convalescence, un ralentissement de la nutrition permettant à l'économie de regagner, plus rapidement qu'en temps ordinaire, ce qu'elle a perdu.

M. Svenson s'est servi de la méthode de Zuntz-Geppert. Il a cherché à compenser les sources d'erreur inhérentes à des observations de courte durée en multipliant celles-ci. C'est ainsi qu'il a pratiqué chez un dothiénentérique en convalescence 15 dosages à jeun, chez un autre 8. Le tableau qu'il a pu établir de cette manière, relativement aux combustions respiratoires dans la fièvre typhoïde, est non seulement exempt de lacunes, mais offre encore des garanties suffisantes d'exactitude.

Dans les cas où il a commencé ses dosages avant la fin de la période fébrile, il a constaté une exagération des combustions respiratoires. Mais, d'accord en cela avec les observations antérieures de M. Kraus (2) et de M. Riethus (3), il a pu se convaincre que l'augmentation des échanges se maintient dans des limites modérées. Après la chute de la fièvre, on remarque dans la dothiénentérie une diminution sensible des oxydations qui tombent souvent notablement au-dessous de la normale, à tel point que, chez un des malades de M. Svenson, le taux de l'oxygène absorbé n'était, du quatrième au septième jour, que de 1 c.c. 40 par kilogramme et par minute, et celui de l'acide carbonique éliminé de 1 c.c. 04. Toutefois, une diminution aussi considérable ne survient que dans les cas graves et à la suite d'une période fébrile prolongée; après les infections bénignes, la chute est beaucoup moins sensible. On pourrait attribuer, au premier abord, ce phénomène à l'insuffisance de l'alimentation, mais M. Sven-

(1) L. Krehl et M. Matthes. Wie entsteht die Temperatursteigerung des fiebernden Organismus? (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1897, XXXVIII, 3-4 p. 284.)

(1) Henrijean. Recherches sur la pathogénie de la fièvre. (*Rev. de méd.*, nov. 1889, p. 905.)

(2) L. Krehl et F. Sötbeer. Wie gestaltet sich die Wärmeökonomie und der Gaswechsel poikilothermer Wirbeltiere unter dem Einflusse bacterieller Infectionen? (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1898, XL, 3-4, p. 275.)

(1) N. Svenson. Stoffwechselversuche an Reconvalescenten. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1901, XLIII, 1-2.)

(2) F. Kraus. (*Loc. cit.*)

(3) O. Riethus. (*Loc. cit.*)

son s'est assuré que ses patients absorbaient une quantité de nourriture plus que suffisante : elle représentait de 47 à 59 calories par kilogramme.

Cette réduction des échanges respiratoires n'est que de courte durée; au bout de peu de jours, les combustions organiques augmentent de nouveau d'intensité, atteignent la normale et finissent par la dépasser, si bien que, dans la troisième ou la quatrième semaine de la convalescence, le chimisme respiratoire excède parfois de 50 % le chiffre moyen. Le retour à l'état normal s'opère plus ou moins vite suivant la gravité des accidents, mais M. Svenson a noté dans un cas que les combustions respiratoires étaient encore exagérées deux mois et demi après le début de la convalescence.

Le quotient respiratoire présente aussi certaines fluctuations caractéristiques. Pendant la période fébrile, il est bas, et dépasse rarement 0.7. Dans les premiers temps de la convalescence, il se maintient à ce niveau, mais avec l'augmentation des échanges respiratoires il s'élève graduellement pour atteindre 1 et même excéder ce chiffre; puis il diminue de nouveau, en même temps que les échanges, pour revenir peu à peu à ce niveau normal.

Dans la convalescence de la pneumonie, les échanges respiratoires varient beaucoup moins qu'à la suite de la fièvre typhoïde. Immédiatement après la crise, leur courbe a une tendance à fléchir. La chute est graduelle et du cinquième au dixième jour le taux des échanges respiratoires se rapproche sensiblement des chiffres moyens. A ce moment, il se produit une légère exacerbation, mais beaucoup moins forte et de moins longue durée que dans la dothiénentérie. Le quotient respiratoire monte aussi jusqu'à 0.9, et il ne redescend au niveau normal qu'assez longtemps après les échanges respiratoires.

M. Svenson a complété ses recherches en étudiant l'influence de l'alimentation sur les échanges respiratoires. On sait qu'à l'état normal les repas ont pour effet d'augmenter momentanément les combustions organiques; toutefois, après une alimentation mixte, cette augmentation ne dépasse que de 35 à 40 % les chiffres observés à jeun et au repos. Chez les convalescents de fièvre typhoïde, par contre, l'effet des repas sur les échanges est beaucoup plus considérable, et M. Svenson a vu parfois l'augmentation atteindre 60 et même 80 %. Cette réaction violente s'atténue au cours de la convalescence et, une fois la guérison complète, l'augmentation n'est plus que d'environ 20 %. L'exagération des échanges *post cibum* est indépendante de la suralimentation, car les réactions les plus violentes s'observent à un moment où l'alimentation des convalescents exige encore certaines précautions.

Dans la convalescence de la pneumonie, au contraire, l'effet des repas n'est pas plus sensible que chez un individu normal. Il y a donc, à ce point de vue, une différence essentielle entre l'effet de l'infection typhique et celui de l'infection pneumonique sur l'organisme. La première laisse des traces infiniment plus profondes et plus durables que la seconde, et se manifeste entre autres par l'irritabilité plus grande des différents appareils et l'impuissance de l'organisme à neutraliser les effets des agents extérieurs. M. Stähelin (1) avait déjà observé que le travail musculaire provoque rapidement, chez les convalescents de fièvre typhoïde, une tachycardie intense et durable, au lieu qu'après une pneumonie le cœur ne réagit pas autrement que chez un sujet sain.

Le résultat de ces recherches est, en somme, que l'organisme du convalescent, loin d'économiser l'énergie latente qu'il absorbe avec les aliments, en dépense plus qu'à l'état normal. Par conséquent, l'élévation de poids, dans la convalescence, ne provient pas d'une adaptation de l'organisme à un état de subnutrition, tel qu'on avait pu le constater chez la malade de M. Fr. Müller (1) atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage entravant considérablement l'alimentation (chez cette femme, une ration quotidienne représentant 28 calories par kilogramme suffisait non seulement au maintien de l'équilibre de nutrition, mais détermina même une augmentation de poids de 1 kilogramme en une semaine). Elle est due uniquement à la suralimentation favorisée par un appétit insatiable, et un individu normal qui mangerait autant qu'un convalescent augmenterait plus que ce dernier, toutes choses égales d'ailleurs.

IV

L'étude des échanges respiratoires seule ne suffit pas à donner une idée exacte des combustions organiques; il est nécessaire de la compléter par l'étude simultanée des échanges azotés.

Ce dernier point offre beaucoup moins de difficultés techniques et implique moins de dérangement pour les malades que la mensuration des échanges respiratoires. Aussi les premiers travaux qui s'y rapportent sont-ils notablement antérieurs aux recherches sur le chimisme respiratoire. Huppert et Riesell (2) ont étudié la nutrition azotée chez un pneumonique et dans 2 cas de typhus récurrent; mais, de ces 3 malades, seul l'un des 2 typhiques peut être considéré comme ayant rempli toutes les conditions voulues pour une expérience de ce genre. Chez cet homme, dont la nourriture contenait une proportion suffisante d'aliments protéiques, on constata, pendant les huit premiers jours de la convalescence, une rétention quotidienne d'azote de plus de 5 grammes, en même temps que le poids augmentait de 1,700 grammes. M. Engel (3) et M. Fr. Müller (4) ont signalé une tendance identique à la rétention de l'azote chez des convalescents de fièvre typhoïde.

M. Svenson a dosé les échanges azotés chez 2 dothiénentériques convalescents et fait quelques observations curieuses qui complètent heureusement les travaux antérieurs sur le même sujet. Il ne s'est pas contenté de mesurer les échanges azotés pendant quelques jours, mais il a répété ses dosages à différentes périodes de la convalescence. Il a constaté dans un cas que, si l'on commence les observations dès le début de la convalescence, on voit l'organisme excréter tout d'abord plus d'azote qu'il n'en absorbe avec la nourriture; le bilan azoté est donc négatif. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que la rétention de l'azote devient manifeste; elle augmente dès lors rapidement et atteint dans la seconde semaine de la convalescence 8 gr. 42 centigr. par jour; puis elle diminue de nouveau à mesure que la convalescence progresse. Il existe un certain rapport entre l'intensité des excrétions azotées et celle des échanges respiratoires : l'excrétion de l'azote est à son minimum dans les premiers jours de la convalescence, alors que le niveau des échanges respiratoires est aussi le plus bas; elle atteint son maximum dans la période où les combustions respiratoires sont le plus intenses.

Connaissant la proportion de l'azote dans les matières protéiques et dans le tissu musculaire, on peut calculer à combien de muscle équivaut la quantité d'azote retenue par l'organisme. M. Svenson a fait ce calcul et est arrivé au résultat paradoxal que, dans certains cas, l'augmentation de poids résultant de la néoformation de substance musculaire, telle qu'on peut l'apprécier d'après la rétention azotée, est plus forte que l'augmentation de poids réelle constatée par la balance. Ce fait s'explique par ce que, durant la convalescence, la proportion d'eau des tissus subit aussi des modifications; à la fin de la période fébrile, il existe un degré plus ou moins prononcé d'hydratation des tissus; ceux-ci cherchant à se débarrasser de leur excès d'eau au cours de la convalescence, l'augmentation de poids due à la néoformation des tissus peut être masquée en partie par la perte d'eau. M. Svenson a mesuré exactement la quantité de liquide absorbé par un de ses malades et, après en avoir déduit l'eau exhalée par les poumons, il a pu se convaincre que ce sujet évacuait par les reins, en vingt-quatre heures, au moins 600 c.c. de liquide de plus qu'il n'en avait ingéré.

Le bilan azoté négatif des premiers jours de la convalescence se trouve ainsi expliqué : les matières protéiques contenues dans l'excédent de liquide dont l'organisme cherche à se débarrasser sont oxydées et augmentent la sécrétion azotée, de telle sorte que les excrétions dépassent l'absorption.

Les échanges azotés dans la convalescence de la pneumonie sont influencés en premier lieu par la chute critique de la température, qui est suivie de près par une augmentation considérable du taux de l'azote dans l'urine : c'est ainsi qu'un des malades de M. Svenson élimina par ses urines, le jour qui suivit la crise, 40 gr. 80 centigrammes d'azote. Ce taux élevé se maintient dans les premiers jours de la convalescence et provient sans aucun doute de la résorption de l'exsudat pneumonique. Pendant toute la durée de cette débâcle, on ne saurait se rendre un compte exact des conditions des échanges azotés, mais bientôt, l'excrétion pathologique étant terminée, survient une rétention azotée considérable, qui dépasse sensiblement celle que l'on observe dans la convalescence de la fièvre typhoïde. M. Svenson a noté dans un cas une rétention de 13 gr. 93 centigr. comme moyenne quotidienne d'une période de cinq jours, et dans un autre cas 10 gr. 89 centigr. Il a, en outre, pu s'assurer que la quantité de matières protéiques contenues dans les aliments a une influence sur la rétention de l'azote : tandis qu'à l'état normal la composition de la nourriture a peu d'effet sur la rétention azotée, dans la pneumonie celle-ci est favorisée sensiblement par un régime riche en matières protéiques. Des recherches récentes de M. von Moraczewski (1) sur les échanges dans la pleuropneumonie ont conduit aux mêmes résultats en ce qui concerne le bilan négatif des échanges azotés aussitôt après la crise, mais cet auteur, sauf dans deux ou trois cas, n'a pas suffisamment prolongé ses observations pour pouvoir constater l'énorme rétention d'azote consécutive.

La raison de cette proportion considérable d'azote assimilée par l'organisme pendant la convalescence de la pneumonie, s'explique par la nécessité de réparer les pertes éprouvées au moment de la formation de l'exsudat pneumonique, pour la constitution duquel de grandes quantités de matières protéiques sont soustraites à l'organisme.

V

Quelles conclusions pratiques pouvons-nous tirer de ces faits?

Si les divers travaux que nous venons d'analyser sont loin d'avoir résolu définitivement les nombreuses questions se rattachant à la pathogénie de la fièvre, ils n'en ont pas moins contribué à modifier sensiblement notre manière de voir, concernant l'importance pathologique de l'hyperthermie. Aussi longtemps, en

(1) A. Stähelin. Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigheit. II. Mitteilung : Untersuchungen an Reconvalescenten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1900, LXVII, 1-2 et *Semaine Médicale*, 1900, p. 389-390.)

(1) Fr. Müller. Des échanges organiques chez les cancéreux. (*Semaine Médicale*, 1889, p. 139.)

(2) Huppert et Riesell. Ueber den Stickstoffumsatz im Fieber. (*Arch. der Heilkunde*, 1869, p. 329.)
Huppert. Ueber den Stickstoffumsatz bei Febris recurrens. (*Arch. der Heilkunde*, 1869, p. 503.)

(3) Engel. Ueber die antifebrile Wirkung des Antipyrin, *in* Mitteilungen aus der medicinischen Klinik zu Würzburg. 1886, p. 116.

(4) Fr. Müller. (*Loc. cit.*)

(1) Von Moraczewski. Stoffwechsel bei Lungenentzündung und Einfluss der Salze auf denselben. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1900, XXXIX, 1-2, p. 44.)

effet, que l'on a admis avec von Liebermeister et von Leyden que l'augmentation de la température est essentiellement due à une exagération des combustions organiques, il était logique de chercher à combattre artificiellement la fièvre, de façon à enrayer la consomption fébrile. Mais nous savons aujourd'hui que l'hyperpyrexie des maladies infectieuses n'est due que pour une faible part à une augmentation des échanges, et que l'insuffisance de l'émission de calorique joue le rôle le plus important dans sa production. D'ailleurs, il n'existe aucun rapport entre le degré de la température et l'intensité des échanges; ceux-ci dépendent avant tout de l'infection, qui peut, à elle seule, les activer sans élévation parallèle de la température. Dès lors, l'hyperthermie n'est plus qu'un symptôme de second ordre, qui non seulement ne nous renseigne pas d'une façon absolument exacte sur la gravité de l'infection, mais que le médecin n'a plus le devoir de combattre coûte que coûte. Le temps n'est pas loin où l'on considérait la lutte contre la fièvre comme une indication essentielle du traitement des pyrexies infectieuses; aujourd'hui, nous envisageons l'élévation pathologique de la température avec plus de calme, car nous savons que ses conséquences sont moins graves pour l'organisme que ne le croyaient nos devanciers.

Toutefois, si elle n'est pas aussi considérable qu'on le supposait jadis, cette exagération des échanges dans les pyrexies infectieuses n'en est pas moins réelle; l'organisme subit par conséquent, au cours de la période fébrile, des pertes que nous devons nous efforcer de compenser dans la mesure du possible par une alimentation suffisante. La crainte de nourrir les fébricitants est encore très répandue; ceux-ci ont généralement, il est vrai, de l'inappétence, et se refusent à absorber de grandes quantités d'aliments. On peut arriver cependant, par un régime rationnel, comprenant surtout des aliments liquides, faciles à absorber, à leur faire prendre une quantité de nourriture compensant jusqu'à un certain point les pertes qu'ils subissent; de cette façon, on ralentit la consomption dans les pyrexies de longue durée, telles que la dothiénentérie, et on soutient les forces du malade. Il est essentiel que cette alimentation soit riche en azote : le lait, les œufs, les sucs de viande et les préparations d'albumine remplissent cette indication; mais on peut aussi combattre la désassimilation protéique, ainsi que M. Scholz l'a démontré, en ajoutant une quantité suffisante d'hydrates de carbone à l'alimentation.

Le régime joue également un rôle essentiel durant la convalescence. Non seulement le convalescent doit réparer ses pertes, mais nous avons vu qu'il brûle plus de combustible que n'en consommerait, dans les mêmes conditions, un individu normal. Il a donc besoin d'être suralimenté, et cette suralimentation doit être poursuivie pendant toute la durée de la convalescence, c'est-à-dire tant que l'intensité des échanges n'est pas redescendue au taux normal; or, les recherches de M. Svenson ont démontré que cette réaction peut se prolonger, après une fièvre typhoïde grave, jusqu'à six semaines et deux mois.

Dr A. JAQUET,
Ancien professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur la botryomycose humaine, par M. E. BODIN.

L'auteur a eu l'occasion d'observer 2 cas de botryomycose humaine, chez des femmes dont l'une, domestique de ferme, se piqua avec un épi de blé durant la moisson, et dont la seconde, employée à la confection de vêtements militaires, était occupée au raccommodage de vestes de cavaliers quand se développèrent les lésions. Chez toutes les deux, celles-ci se manifestèrent par l'apparition, au niveau d'un doigt (face dorsale du pouce dans un cas, base de l'annulaire dans l'autre), d'une petite tumeur arrondie, pédiculée, ayant l'aspect de bourgeons charnus et sécrétant du pus en quantité plus ou moins considérable. L'ablation de ces néoplasmes au moyen des ciseaux fut suivie de guérison en quelques jours.

A l'occasion de ces deux faits, M. Bodin s'est livré à des recherches histologiques et bactériologiques qui l'ont amené à des conclusions intéressantes.

Quant à leur structure, ces tumeurs étaient constituées par du tissu conjonctif jeune, extrêmement riche en vaisseaux, surtout vers les parties centrales, où l'aspect rappelait celui d'un angiome capillaire. Vers la périphérie, l'existence de phénomènes inflammatoires de plus en plus intenses se traduisait par une infiltration d'éléments embryonnaires et de leucocytes, le tout recouvert par une couche amorphe formée de cellules nécrosées. En aucun point on ne put déceler les grains jaunes prétendus caractéristiques de la botryomycose; les néoformations adéno-fibreuses sudoripares qui ont été signalées dans les cas de botryomycose humaine n'existaient qu'en très petit nombre, et seulement au voisinage du pédicule.

Au point de vue bactériologique, l'auteur put isoler des microcoques dont les caractères morphologiques et biologiques ne différaient en rien de ceux du *Staphylococcus aureus*.

En présence de ces constatations, confirmatives des observations de quelques autres auteurs (Sabrazès et Laubie, Brault), M. Bodin se demande s'il y a lieu de reconnaître à la botryomycose humaine le caractère spécifique qui lui avait été attribué par MM. Poncet et Dor (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 377), lesquels considèrent cette affection comme analogue au « champignon de castration » du cheval et admettent qu'elle a pour agent pathogène un microorganisme particulier, le *botryocoque*. Il fait observer, en effet, que ce dernier microbe ne différerait du staphylocoque doré qu'en ce qu'il perd, par la culture à 37°, son pouvoir chromogène : or, il a pu s'assurer que des staphylocoques authentiques étaient susceptibles d'acquérir le même caractère. D'autre part, la spécificité de la botryomycose se traduirait, au point de vue anatomique, par des néoformations adéno-fibreuses sudoripares qui, nous l'avons vu, faisaient presque entièrement défaut dans les deux cas que nous venons de résumer. Aussi l'auteur estime-t-il que les néoplasies botryomycosiques humaines ne sont au total que des bourgeons charnus nés sous l'influence du staphylocoque doré, et dont l'allure clinique spéciale est due vraisemblablement à la structure de la région où ils se développent. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, avril 1902.) — F. F.

Sur les luxations congénitales de la rotule, par M. D. G. ZESAS.

L'étude des luxations congénitales de la rotule est relativement récente, puisque Malgaigne, en 1836, n'en réunissait que 4 cas; Zielewicz, en 1869, publia la première statistique portant sur 13 observations, et Steindler, groupant tous les faits connus, arriva en 1898 au total de 61 cas.

Le travail de M. Zesas est basé sur 64 observations, dont une inédite, avec radiographie. En ce qui concerne le sexe — indiqué dans 57 de ces cas —, la luxation congénitale de la rotule a été rencontrée 37 fois chez l'homme et 20 fois chez la femme. Sauf 3 cas de luxation en haut, il s'agissait toujours de luxation en dehors, et, dans 31 faits, le déplacement était bilatéral. Pour 56 cas, la nature permanente ou intermittente de la luxation est spécifiée : chez 29 de ces malades la luxation était permanente et complète; 11 fois elle était permanente, mais incomplète; dans 16 cas seulement elle était intermittente (complète dans 13 cas et incomplète dans les 3 autres).

Les causes auxquelles les auteurs attribuent cette luxation sont de nature très diverse. Il semble qu'il n'y ait pas lieu d'incriminer les traumatismes extérieurs pendant la vie intra-utérine, ni même les traumatismes obstétricaux, car, d'après les observations publiées, les accouchements ont eu lieu normalement, sans aucune intervention. En revanche l'hérédité paraît jouer un rôle important dans la pathogénie de l'affection, et, dans la grande majorité des cas, on trouve signalées des altérations des parties osseuses de l'articulation, qui semblent établir les causes réelles de la luxation, les lésions principales consistant en un arrêt de développement du condyle externe fémoral, avec aplatissement et inclinaison de ce condyle en dehors, et en un certain degré de torsion du fémur en dedans et du tibia en dehors. Les expériences de von Neyer ont prouvé que, dans les conditions normales, c'est surtout le condyle externe du fémur qui s'oppose à ce que la rotule se luxe en dehors. Donc, si ce condyle est aplati et déformé, il suffira d'un léger traumatisme pour qu'une subluxation ou une luxation de la rotule puisse se produire.

Le pronostic de la luxation congénitale de la rotule dépend de l'insuffisance des muscles, des altérations secondaires des diverses parties de l'articulation et des troubles fonctionnels qui en résultent. Tandis que, dans certains cas, ce pronostic ne peut être que favorable, il y en a d'autres où il devient des plus graves au point de vue de la fonction du membre, et c'est alors que l'intervention chirurgicale s'impose.

Tous les procédés opératoires employés, suivant les indications spéciales aux différents cas, ont donné d'excellents résultats. Il est impossible d'en préconiser un d'une manière exclusive : le chirurgien choisira donc celui qui lui paraîtra le plus indiqué suivant les conditions particulières dans lesquelles se présentera le malade pour lequel il sera appelé à intervenir. (*Rev. de chir.*, mars et avril 1902.) — M. C.

Grossesse extra-utérine ovarienne datant de huit ans, par M. R. CONDAMIN.

Les observations de grossesse extra-utérine ovarienne, publiées jusqu'ici, sont peu nombreuses et encore sujettes à caution. Lawson Tait déclare en effet que, pour qu'on puisse affirmer le siège ovarien d'une grossesse, il faut : 1° que les deux trompes et un ovaire soient absolument normaux; 2° que le kyste de la grossesse occupe l'ovaire opposé; 3° que l'examen microscopique de la paroi de ce kyste permette de reconnaître les éléments du tissu ovarien.

L'auteur estime que ces conditions essentielles étaient remplies dans le cas qu'il a observé et qui concerne une femme de trente-neuf ans, laquelle, après avoir vu évoluer tous les signes d'une grossesse en apparence normale — l'ampliation de l'abdomen était cependant plus marquée du côté droit —, éprouva des douleurs, neuf mois environ après la cessation des règles, et se crut sur le point d'accoucher. Ce n'était là qu'un faux travail dont les douleurs cessèrent au bout de quelques jours, mais l'abdomen resta volumineux.

Un an plus tard, un chirurgien porta le diagnostic de fibrome et proposa une intervention qui ne fut pas acceptée; les règles étaient redevenues normales et le ventre diminua, paraît-il, de volume. Six ans après, la patiente entra à l'hôpital de la Charité de Lyon; on constata à ce moment la présence d'une tumeur de consistance ligneuse, voire même calcaire, qui distendait l'abdomen du côté droit; on fit le diagnostic de grossesse extra-utérine avec présence probable d'un lithopædion.

La laparotomie permit d'énucléer une masse blanchâtre située en arrière du ligament large droit. L'utérus, déjeté à gauche, était normal; les deux trompes et l'ovaire gauche étaient également sains; par contre, on ne trouva pas trace de l'ovaire droit. Le kyste contenait un fœtus bien développé, paraissant à terme, mais nullement pétrifié. L'examen microscopique de la paroi kystique n'y révéla pas, il est vrai, les éléments du tissu ovarien; toutefois, il faut tenir compte que cette paroi devait être profondément modifiée par la longue distension qu'elle avait subie, et, en outre, que la pièce, avant d'être détaillée en coupes histologiques, avait séjourné un certain temps dans le liquide de Müller. (*Lyon méd.*, 2 mars 1902.) — J. G.

Sur quelques cas d'angines à tétragènes, par M. G. CARRIÈRE.

Hôte fréquent de la cavité buccale, le *Micrococcus tetragenes* est susceptible de manifester son activité pathogène par la production d'angines qui ont été vues tout d'abord par MM. Dieulafoy et Apert, mais comme manifestations se-

condaires (pleurésie, congestion pulmonaire). C'est au contraire des angines tétragéniques primitives que s'occupe l'auteur du présent travail : il a eu l'occasion d'en observer 7 cas, dont il rapproche un fait publié naguère par M. O. Martin.

Ces angines seraient une maladie de l'enfance (l'âge des petits malades variait de trois à douze ans dans les observations de M. Carrière), et frapperaient généralement des sujets peu résistants : scrofuleux, lymphatiques, rachitiques; elles paraissent donner naissance à de petites épidémies de quartier, voire de maison (3 des cas de l'auteur), indépendantes de toute épidémie de rougeole, de scarlatine, de grippe, etc., etc., et seraient favorisées par les temps humides.

Au point de vue symptomatologique, ces angines sont caractérisées par leur début brusque avec troubles gastriques, fièvre, dysphagie, leur retentissement ganglionnaire, leur évolution rapide : au bout de trois jours, en effet, la fièvre tombe et les phénomènes généraux disparaissent. Quant à l'aspect de la gorge, qui est toujours d'un rouge vif, il permet de distinguer deux formes de l'affection : un type *érythémato-pultacé*, où apparaissent, sur le fond rouge vif de la muqueuse, de petits îlots pultacés crémeux, et un type *diphtéro-pultacé*, remarquable par la production de fausses membranes recouvrant surtout les amygdales et qui, dures et adhérentes au début, ne tardent guère à se dissocier sous forme de détritus purulents.

L'évolution de ces angines est rapide, avons-nous dit; la chute de la température entraîne rapidement la rétrocession des symptômes locaux. Toutefois, il subsiste généralement une hypertrophie amygdalienne qui peut même être définitive, et un engorgement ganglionnaire modéré, mais qui ne se dissipe que lentement. Enfin, la destruction globulaire que provoque la maladie a pour conséquence un état d'anémie parfois assez prononcé; néanmoins, le pronostic demeure bénin.

Comme traitement, M. Carrière préconise les lavages de la gorge avec une solution de carbonate de soude à 1 %, suivis de badigeonnages à l'eau oxygénée; il est utile aussi d'assurer l'asepsie du nez au moyen d'instillations d'huile mentholée à 2 %, répétées quatre fois par jour. (*Rev. de méd.*, juin 1902.) — F. F.

L'ankylose vicieuse du genou, par M. Moeller.

Dans l'ankylose du genou, la position en extension étant la moins défavorable à la marche, c'est celle-ci que s'efforce d'obtenir le chirurgien toutes les fois qu'il doit se résigner à voir l'articulation fémoro-tibiale définitivement immobilisée, par exemple en cas de tumeur blanche du genou. Mais ce résultat relativement heureux est-il durable, même sans appareil prothétique? L'observation contenue dans le présent travail laisse craindre qu'il n'en soit pas toujours ainsi.

Il s'agit d'un garçon de treize ans qui avait subi, huit années auparavant, une résection du genou gauche pour arthrite tuberculeuse de cette articulation; après une convalescence assez longue, le petit malade, dont le membre opéré était en extension et n'offrait qu'un raccourcissement modéré, fut considéré comme guéri et cessa de porter son appareil; mais bientôt la jambe se fléchit sur la cuisse, et cette flexion augmenta progressivement, si bien que, lorsque M. Moeller eut l'occasion de voir ce garçon, les deux segments du membre inférieur gauche formaient l'un avec l'autre un angle de 63°, déviation qui annihilait complètement les fonctions de ce membre.

L'ankylose était absolue, et il ne persistait pas trace de tuberculose de l'articulation : ni fistule, ni fongosité, ni douleur; mais le quadriceps fémoral était atrophié, et tous les tendons des muscles fléchisseurs du genou étaient rétractés et faisaient corde, en arrière, sous la peau.

Devant la guérison parfaite du processus tuberculeux, l'auteur n'hésita pas à tenter le redressement forcé; après section à ciel ouvert de tous les tendons rétractés, il put amener l'angle de flexion jusqu'à 90° et appliqua un appareil plâtré; quinze jours plus tard, le patient ayant été derechef endormi, on parvint, par des tractions modérées, à mettre le membre en rectitude presque complète; nouvel appareil plâtré qui, au bout d'un mois, fut remplacé par une attelle en cuir moulé. Le résultat est des plus satisfaisants au point de vue fonctionnel.

M. Moeller attribue cette flexion secondaire, après résection du genou et ankylose en extension, à une anomalie de croissance des os, due pour une part à la destruction — soit par les lésions tuberculeuses, soit par l'opération — de la partie postérieure du cartilage de croissance du tibia, et pour une part à la pression plus forte que les os, dans l'articulation immobilisée, subiraient en arrière, ce qui déterminerait par compensation une prolifération plus active du tissu osseux en avant. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles,* mars 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Un cas de guérison de méningite tuberculeuse chez un enfant, par M. K. Barth.

La survie des malades atteints de méningite tuberculeuse étant tout à fait exceptionnelle, il nous paraît intéressant de relater ici l'observation publiée par M. Barth.

Il s'agit d'une petite fille de trente-deux mois qui, peu après une atteinte de rougeole, fut prise de vomissements accompagnés de céphalalgie et d'hyperthermie. Appelé au quatorzième jour de la maladie, l'auteur constata l'existence d'une dilatation modérée des pupilles avec un certain degré de paresse dans leur réaction; il nota, en outre, une légère obnubilation de l'esprit, une raideur très prononcée de la nuque, ainsi que la présence du signe de Kernig. Par contre, la rétraction caractéristique des parois abdominales « en bateau » faisait défaut. Les poumons, le cœur, les reins et la rate n'offraient absolument rien d'anormal; il en était de même pour le nez, le pharynx, les oreilles, les ganglions lymphatiques, les os, les articulations et les téguments cutanés. L'urine ne contenait ni sucre, ni albumine.

Pensant à une méningite — et l'évolution ultérieure de l'affection ne fit que confirmer ce diagnostic —, M. Barth prescrivit de l'iodure de potassium à l'intérieur, des applications de glace sur la tête et sur la nuque, et des bains avec affusions froides sur la tête. La fièvre, qui revêtait souvent le type inverse (exacerbations matutinales avec rémissions vespérales), ne présentait rien de caractéristique. Les maux de tête devenaient de plus en plus intenses, surtout pendant la nuit, de sorte qu'on fut obligé de recourir à l'emploi de l'opium associé au bromure de sodium. On administra également de la quinine, sans en obtenir le moindre effet ni sur la température, ni sur les douleurs. Le pouls, ralenti, témoignait d'une irritation du nerf vague, en même temps qu'on voyait s'établir la respiration de Cheyne-Stokes. Bientôt apparurent des convulsions toniques au niveau des extrémités supérieures et inférieures, ainsi que de l'opisthotonos et de l'incontinence des urines et des matières fécales. Le diagnostic ne faisait plus aucun doute : du reste, une ponction lombaire, sans procurer à la petite patiente le moindre soulagement, montra, dans le liquide céphalo-rachidien, la *présence de bacilles de Koch.*

C'est alors que l'auteur se décida, à bout de ressources, à recourir aux émissions sanguines, et fit appliquer, dans l'espace de huit jours, 8 sangsues aux apophyses mastoïdes. Sous l'influence de cette intervention, la température tomba au-dessous de 38°, et cela d'une façon définitive, en même temps que la céphalalgie cessait complètement. On substitua ensuite des enveloppements humides tièdes aux bains avec affusions froides, tout en continuant l'usage de l'iodure de potassium et en pratiquant, sur la tête et sur la nuque, des onctions avec de la vaseline iodoformée. Peu à peu, les symptômes de méningite se dissipèrent; mais l'enfant conserva encore pendant quelque temps de la surdité et de la cécité psychique, ainsi qu'une faiblesse extrême des membres inférieurs, phénomènes qui finirent par céder à un traitement approprié (liqueur de Fowler, injections sous-cutanées de strychnine, etc.). La durée totale de la maladie avait été d'environ six mois.

Le fait relaté par M. Barth méritait d'autant plus d'être signalé qu'en présence des résultats de l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction, on ne saurait évidemment mettre ici en doute la nature tuberculeuse de la méningite. En ce qui concerne le traitement, l'auteur est porté à faire jouer le rôle le plus efficace aux émissions sanguines, qui agiraient en débarrassant l'organisme des toxines. Aussi se propose-t-il, à l'avenir, d'associer à ce moyen, en pareille occurrence, les injections hypodermiques de solution physiologique de chlorure de sodium, afin d'activer encore mieux l'élimination des toxines par le lavage du sang. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mai 1902.) — L. CH.

Du raccourcissement des ligaments ronds par voie vaginale, par M. C. J. Bucura.

M. Wertheim a proposé il y a cinq ans, dans le cas de rétroversion ou de rétroflexion utérine, d'inciser le cul-de-sac vaginal antérieur, d'attirer le ligament rond et de lui faire un pli qu'on suture pour le rendre permanent (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 225). Ce sont les résultats éloignés de cette intervention que fait connaître M. Bucura.

M. Wertheim a ainsi opéré 86 malades : des 48 d'entre elles qui ont pu être suivies, 38 se trouvent définitivement guéries (79.3 %). L'opération en question rétablissant la matrice dans des conditions d'équilibre en quelque sorte idéales, il en résulte que les récidives, quand elles se produisent, sont dues à la même cause que la maladie elle-même : adhérences pelviennes, tumeurs de la matrice ou des annexes, hypertrophie utérine, etc. La grande majorité des récidives (9 sur 10) survinrent, en effet, chez les malades atteintes d'une de ces diverses complications. Quand l'opération s'adresse à des rétrodéviations simples, non compliquées, on peut dire que le succès est constant, car, sur 15 opérées de cette catégorie, la seule récidive observée tint au développement ultérieur d'une tumeur annexielle.

Sur 7 de ces femmes devenues enceintes et délivrées à terme, il ne se produisit qu'une récidive, chez une patiente atteinte de métrite chronique hypertrophique; 2 malades seulement accusèrent tout au début de la grossesse quelques légers tiraillements abdominaux; 3 autres avortèrent, mais toutes trois semblaient coutumières de cet accident.

L'opération de Wertheim ne peut rivaliser, au point de vue de la solidité, avec la vagino ou la ventro-fixation, mais elle n'en a pas non plus les graves inconvénients. Comparée à l'opération d'Alexander, elle donne pour le moins autant de guérisons définitives, quand il s'agit des mêmes catégories de malades; elle a, de plus, l'avantage de ne pas exposer aux hernies et d'être applicable aux rétroflexions adhérentes, qui échappent à l'opération d'Alexander. (*Zeitsch f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — R. DE B.

Sur un cas de myélite diffuse aiguë survenue à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone, par M. A. Panski.

Un homme de vingt-huit ans fut trouvé un jour sans connaissance, avec sa femme et son enfant, dans son appartement; l'enfant avait déjà succombé; la mère, qui avait pu se traîner près de la porte, se rétablit rapidement.

On constatait chez cet homme, le cinquième jour après l'accident, de larges eschares dans la région des lombes, du siège et sur les trochanters, et plusieurs bulles pemphigoïdes au mollet droit et à la cuisse gauche. La température était à 38°. Il existait une paralysie motrice complète des membres inférieurs, ainsi qu'une légère altération de la sensibilité, intéressant aussi bien le sens du tact que celui de la douleur et de la température. Le malade n'accusait pas de douleurs spontanées ni à la pression des troncs nerveux et il n'offrait aucun trouble des réactions électriques. La parole présentait des altérations caractéristiques : les mots n'étaient formés qu'avec une grande lenteur, chaque syllabe étant séparée de la suivante par une pause plus ou moins longue; en outre, la prononciation de certaines syllabes était souvent défectueuse. L'incontinence des urines et des matières était complète. Les réflexes patellaires se montraient fortement exagérés; le clonus du pied, très accusé à droite, était faible à gauche. Au point de vue intellectuel, le patient

faisait l'effet d'être désorienté et de ne pas comprendre ce qu'on lui disait; il ignorait absolument tout ce qui s'était passé depuis le moment où il était rentré chez lui jusqu'au cinquième jour de son séjour à l'hôpital; il était apathique, sans intérêt pour tout ce qui aurait dû le préoccuper.

Deux semaines après l'admission à l'hôpital, les troubles de la sensibilité disparaissent; au bout d'un mois, le malade commence à remuer légèrement les jambes, mais les mouvements sont sans aucune force et lorsque, quinze jours plus tard, cet homme essaie de marcher, soutenu de chaque côté, il a une démarche typique de paraplégie spasmodique. Des convulsions cloniques surviennent dans certains muscles des membres inférieurs dès que le patient tente de faire le moindre effort ou est fatigué.

Au bout de trois mois, la guérison est à peu près parfaite : il ne reste qu'une certaine paresse intellectuelle et de l'apathie.

Au point de vue de l'étiologie, il n'est pas douteux que ces troubles aient été provoqués par l'oxyde de carbone : le malade était parfaitement bien portant la veille, et il fut atteint subitement, en même temps que sa femme et son enfant. Comme forme clinique, il s'agissait d'une myélite diffuse ou d'une encéphalomyélite aiguë; la polynévrite ou la syphilis de l'axe cérébro-spinal pouvaient être éliminées avec certitude.

Cette observation est la première où la relation entre l'intoxication oxycarbonée et la myélite diffuse ait été constatée positivement, bien que plusieurs auteurs citent les poisons gazeux, entre autres l'oxyde de carbone, parmi les agents étiologiques de cette affection. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars 1902.) — A. J.

La symphyséotomie avec drainage spécial de la cavité de Retzius, par M. P. Zweifel.

Il est rare, même en cas de guérison, que les suites opératoires de la symphyséotomie soient afébriles. Aussi M. Zweifel recourut-il au drainage dès les débuts, mais par voie sus-pubienne; il n'en obtint cependant aucune amélioration. Il en vint alors à conseiller et à pratiquer le traitement *ouvert* de la plaie opératoire; toutefois les résultats que lui donna cette façon de procéder furent si mauvais qu'il dut vite y renoncer. L'expérience lui démontra, en tout cas, que le tamponnement à la gaze ne draine pas et que les tubes à drainage sont incapables de faire cheminer les sécrétions à l'encontre de la pesanteur. Dans ces conditions, et malgré l'infection qu'on pouvait redouter, il résolut de drainer par le vagin. Voici quelle est maintenant sa technique :

On prend un tube de caoutchouc d'un diamètre interne de 8 millimètres; on le rend rigide en glissant à son intérieur un petit tube de verre légèrement recourbé et porteur d'une rainure transversale, ce qui permet de rendre les deux tubes solidaires l'un de l'autre en nouant un fil au-dessus de la rainure. L'index gauche introduit derrière la symphyse vient faire saillie dans le vagin; la muqueuse est ponctionnée sur l'extrémité du doigt comme guide, à côté de l'urèthre, avec un trocart courbe; on glisse alors dans la canule de ce dernier le drain préparé, et l'on retire le trocart : l'extrémité supérieure du tube de verre doit affleurer l'orifice de la ponction vaginale, et l'extrémité supérieure du drain est sectionnée, de façon qu'elle se trouve de niveau avec le bord supérieur de la symphyse; on la fixe au moyen d'un fil ressortant par la plaie tégumentaire du mont de Vénus. Celle-ci peut être suturée en entier, sauf le passage nécessaire à un tout petit drain superficiel. Quand il s'agit d'une femme infectée (vaginite, blennorrhagie), on fait passer le trocart par la petite lèvre, afin d'amener le drain directement à l'extérieur.

L'auteur a traité par le procédé en question ses 5 dernières opérées : chez toutes, les suites opératoires ont été afébriles. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 mars 1902.) — R. DE B.

Un cas de gangrène chronique du pharynx, par M. G. Krebs.

Une femme de quarante ans, sans antécédents syphilitiques, fut prise, à la suite d'une attaque d'influenza, d'un mal de gorge que l'examen objectif permit d'attribuer à la présence d'une petite ulcération sur l'amygdale gauche. Quelques jours plus tard, cette ulcération occupait toute la surface de l'amygdale et était recouverte de croûtes épaisses, fétides, très adhérentes; le pilier postérieur gauche était infiltré et également ulcéré, les ganglions sous-maxillaires du même côté considérablement tuméfiés et un peu douloureux. On fit faire à la patiente des gargarismes avec une solution d'eau oxygénée et, malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, on lui prescrivit de l'iodure de potassium à haute dose. Pendant qu'elle suivait ce traitement, on vit apparaître une petite ulcération sur la surface postérieure du pilier antérieur gauche, tandis que l'ulcération de l'amygdale diminuait en étendue et en profondeur et disparaissait progressivement; mais en même temps le tissu amygdalien subissait une sorte d'hypertrophie nodulaire qui donnait à l'amygdale un aspect multilobulé, chaque lobe affectant la forme d'une masse ronde, proéminente et dépassant un peu les dimensions d'un pois. A ce moment-là, l'hypertrophie ganglionnaire avait disparu. L'amygdale fut enlevée dans sa totalité et on put s'assurer que le processus gangreneux affectait l'organe tout entier.

L'examen bactériologique, pratiqué à deux reprises différentes, révéla chaque fois la présence de bacilles analogues à ceux du noma. Les préparations microscopiques présentaient le tableau d'une inflammation superficielle ulcéreuse et nécrosante qui permettait d'exclure aussi bien la tuberculose et la syphilis que le carcinome.

L'affection avait duré deux mois et demi, et pendant tout ce temps l'état général de la patiente était resté excellent : elle n'avait jamais eu la moindre élévation de la température, n'avait jamais accusé d'autres troubles que ceux qui résultaient directement de l'affection amygdalienne.

Se basant sur toutes ces particularités, M. Krebs croit qu'il s'agissait dans ce cas d'une gangrène chronique simple du pharynx; il estime que si, à la rigueur, les bacilles, assez longs et analogues à ceux du noma, qu'avait révélés l'examen bactériologique, rappelaient à première vue les bacilles fusiformes et pouvaient par conséquent faire penser à une angine de Vincent, la marche chronique et la profondeur de l'ulcération rendaient cette hypothèse peu vraisemblable. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 avril 1902.) — S. J.

De la dystopie du rein, par M. P. Mathes.

Les chirurgiens n'ont que rarement affaire aux anomalies congénitales de position du rein; aussi nous paraît-il intéressant de signaler le fait observé par M. Mathes.

Une jeune fille de seize ans souffrait du ventre depuis l'enfance. Le palper bimanuel révélait en effet que l'utérus était refoulé dans la partie droite du bassin par une tumeur fluctuante, lisse, peu mobile, douloureuse quand on cherchait à lui imprimer des mouvements, grosse comme une tête d'enfant et à grand diamètre transversal. On porta le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche.

A l'opération, on trouva une tumeur kystique logée dans l'épaisseur du ligament large dont elle avait complètement dédoublé les feuillets. La trompe étirée occupait le bord postérieur du néoplasme, sur la face postérieure duquel était placé l'ovaire. On fendit le feuillet antérieur du ligament large pour tenter l'énucléation du kyste; mais la paroi correspondante était tellement mince qu'elle se rompit en laissant écouler un liquide jaunâtre et limpide. La paroi supérieure de la tumeur était plus épaisse, et l'on s'aperçut alors qu'elle était formée par du tissu rénal : la portion kystique de la tumeur n'était autre que le bassinet surdilaté. L'énucléation achevée, les vaisseaux et l'uretère furent liés et la tumeur enlevée : l'uretère se rendait à la vessie à travers les tissus para-utérins. Le rein droit était sain et normalement situé. La guérison se fit sans accidents, à part un petit abcès vaginal provenant sans doute du pédicule urétéro-vasculaire de la tumeur.

Au point de vue embryologique, cette observation est un de ces faits rares où l'on voit le rein arrêté au début même de son évolution : les premiers bourgeons rénaux apparaissent, en effet, à l'extrémité inférieure du canal de Wolff, tout au voisinage de la future vessie, et ce n'est qu'avec l'accroissement de l'embryon qu'ils quittent cette situation pour remonter peu à peu au-dessus du promontoire. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

La technique de la néphropexie, par M. George M. Edebohls.

Dans le présent travail, M. Edebohls expose le manuel opératoire auquel il s'est arrêté après avoir pratiqué de nombreuses néphropexies.

Son incision, qui part de la pointe de la douzième côte, descend un peu obliquement en bas et en dehors vers la crête iliaque : elle se tient ainsi légèrement en dehors du bord externe des muscles de la masse commune. Au-dessous d'elle se présente le grand dorsal, qui est fendu suivant la direction d'un de ses interstices musculaires. On incise ensuite le *fascia transversalis* tout en ménageant les nerfs grand et petit abdomino-génital, car on peut imputer à leur blessure certaines douleurs consécutives à la néphropexie; si, pour être plus libre, on devait les sectionner, on aurait soin, à la fin de l'opération, de rétablir leur continuité. On arrive ainsi sur le bord externe du carré des lombes; la gaine de ce muscle est incisée sur la face antérieure de son bord externe : en se rétractant elle laisse à nu une large surface musculaire cruentée qui regarde en avant et contre laquelle on fixera le rein. Si la plaie opératoire est trop étroite, M. Edebohls conseille de désinsérer les fibres du carré des lombes à leur attache iliaque plutôt que de prolonger l'incision du côté de l'abdomen.

On peut, à ce moment, explorer les voies biliaires et la région appendiculaire : il suffit pour cela d'ouvrir le péritoine et de suivre la face inférieure du foie, dans un cas, les bandes musculaires du côlon, dans l'autre.

Le rein une fois luxé et exploré — manœuvre qui est facilitée par l'usage d'un coussin à air placé sous le ventre du patient —, il ne reste plus qu'à procéder à la néphropexie. Après avoir extirpé toute la capsule graisseuse du rein, on fend, sur la sonde cannelée et le long du bord libre de l'organe, la capsule propre ou fibreuse; on la décolle ensuite, de façon à dénuder la moitié de chacune des faces du rein. On passe alors dans la capsule propre, juste au niveau du point où s'est arrêté le décollement, quatre longs fils doubles en U, ou fils de suspension (deux sur chaque face du rein); l'anse de ces fils est parallèle au bord libre du rein. On se sert d'une aiguille plate, afin de ne pas blesser le parenchyme. Les quatre chefs libres des deux fils placés sur la face postérieure du rein sont ramenés successivement à travers la gaine rétractée du carré lombaire, le muscle carré lombaire, le bord externe du muscle sacro-lombaire et la lèvre interne de la fente du grand dorsal; les quatre chefs libres provenant de la face antérieure sont passés à travers le *fascia transversalis* et le bord externe de la fente du grand dorsal; avant de les nouer, on suture cette dernière. Les fils de suspension les plus élevés sont placés juste au-dessous de la douzième côte et, quand ils sont tous noués, le rein se trouve accolé par sa surface dénudée à la surface, également dénudée, du muscle carré des lombes : son pôle supérieur dépasse très peu la douzième côte et son pôle inférieur descend à peine au-dessous de la crête iliaque. D'après M. Edebohls, ce serait une erreur de vouloir ramener le rein dans sa loge primitive : il ne pourrait s'y créer de nouvelles et solides adhérences; en outre, la plèvre risquerait d'être blessée par le passage des fils; enfin le poids, ainsi que les mouvements du foie, compromettraient d'emblée la fixité du rein.

Les 261 néphropexies de l'auteur furent exécutées sur 186 malades en 193 séances : il y eut 3 décès (1.55 %), soit une mortalité des plus faibles. Nombre de ces opérations furent cependant compliquées d'interventions simultanées ou secondaires sur l'appareil biliaire, l'appendice ou les organes génitaux de la femme. M. Edebohls insiste, en effet, sur la fréquence de cette triple association; il a eu notamment 52 fois l'occasion de réséquer l'appendice en se servant simplement de l'incision lombaire. Le rein droit est certainement le plus souvent déplacé, mais les néphroptoses bilatérales sont loin d'être rares, car, sur 186 malades, la né-

phropexie double fut pratiquée 74 fois. Quant aux résultats éloignés, ils seraient excellents; l'auteur a pu revoir personnellement 55 de ses anciennes opérées (l'intervention remontait en moyenne à trois ans et trois mois) : chez 50 d'entre elles le rein était absolument fixe; chez les 5 autres il s'était produit quelque relâchement des attaches nouvelles, mais sans que le rein eût notablement glissé. (*Ann. of Surgery*, février 1902.) — R. DE B.

Phlébolithes des veines ovariennes simulant des calculs urétéraux, par M. JOHN G. CLARK.

L'auteur fait connaître une erreur de diagnostic que peut entraîner l'existence du varicocèle chez les sujets du sexe féminin.

Une femme de quarante-deux ans, d'antécédents et de tempérament nerveux, avait déjà subi une néphropexie droite en raison de douleurs qu'elle éprouvait dans le flanc droit. Les premiers résultats de cette opération furent excellents, mais bientôt les douleurs reparurent. Quand la malade fut examinée par M. Clark, on sentait un cordon dur, allongé, noueux, correspondant au trajet de l'uretère droit, ce qui faisait craindre qu'il ne s'agît de tuberculose de ce conduit; toutefois les urines du rein droit ne contenaient rien d'anormal, à part quelques leucocytes ou hématies (celles-ci explicables par l'action traumatique du cathétérisme urétéral), et leur inoculation à un cobaye fut absolument négative. Enfin, l'examen radiographique démontra la présence de cinq petits corps opaques au voisinage ou le long de l'uretère.

Une laparotomie fut faite pour découvrir ce dernier; en fendant le péritoine qui le recouvrait, on s'aperçut que les veines ovariennes étaient gonflées et tortueuses et que, dans le ligament large, elles contenaient des phlébolithes. L'uretère était sain, mais, autour du hile rénal, existaient quelques adhérences, cause vraisemblable de l'obstacle apporté au cours du sang veineux. Ces adhérences furent dissociées et les veines ovariennes liées à des hauteurs différentes, pour y interrompre la circulation. On ne voulut pas enlever les phlébolithes, afin d'éviter un trop grand délabrement du péritoine et du ligament large.

La guérison opératoire fut parfaite, mais les douleurs, bien qu'atténuées, ont reparu depuis lors. L'auteur est d'avis qu'il faut attribuer ce demi-insuccès au tempérament de la malade, car il est difficile d'admettre que le varicocèle ait pu récidiver. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Hypertrophie fonctionnelle compensatrice entre les parotides et le pancréas, par M. F. E. ITALIA.

Un certain nombre de faits bien observés ont établi qu'il se produit parfois, à la suite des altérations du pancréas, de la sialorrhée, accompagnée ou non d'hypertrophie des parotides. Deux explications ont été données de ce phénomène, les uns y voyant simplement l'effet, sur les glandes salivaires, d'une irritation sympathique, tandis que les autres admettent qu'il existe une véritable fonction vicariante entre le pancréas et les parotides.

M. Italia vient de reprendre l'étude de cette question, au moyen de recherches expérimentales. Sur 6 chiens, il a produit la destruction du pancréas, du moins au point de vue fonctionnel, à l'aide de procédés divers (ligature de l'artère pancréatique, injection dans le pancréas de pancréatine, d'acide chlorhydrique, de culture tuberculeuse, etc.). Les animaux ainsi traités ont survécu, suivant la nature de la lésion déterminée, de deux jours à cinq mois; chez tous, l'auteur a pu constater à l'autopsie une hypertrophie plus ou moins notable des parotides, se traduisant par l'augmentation du volume des acini et l'élévation du nombre des noyaux de la substance glandulaire. En outre, chez les 2 chiens ayant survécu le plus longtemps (respectivement trente-cinq jours et cinq mois), on nota d'une façon évidente une véritable néoformation glandulaire qui s'était effectuée aux dépens d'éléments glandulaires aberrants, situés normalement, chez le chien, dans le tissu conjonctif qui entoure les parotides.

Restait à faire la contre-épreuve. Dans ce but, M. Italia pratiqua, sur 2 chiens, l'ablation des parotides. Cette mutilation eut pour effet l'apparition de troubles digestifs (faim et soif exagérées, vomissements fréquents d'aliments non digérés, diarrhée, puis finalement amaigrissement et cachexie); l'un des animaux — un jeune — mourut spontanément au bout de trois mois, l'autre fut sacrifié au bout de cinq. Chez tous deux, le pancréas était considérablement augmenté de volume, et là encore il s'agissait à la fois d'hypertrophie des lobes préexistants et de néoformations glandulaires, mais celles-ci avaient pour point de départ les éléments normaux de la glande.

En terminant, l'auteur fait observer que si, chez le chien, ces hypertrophies compensatrices ne peuvent s'exercer qu'entre le pancréas et les parotides, seules glandes à sécrétion séreuse, il n'en va pas de même chez l'homme où les sous-maxillaires, étant des glandes mixtes (séro-muqueuses), participeraient sans doute à ce processus. (*Policlinico*, partie chir., IX, 1-2.) — F. F.

Macrodactylie lipomateuse associée à une pseudo-hypertrophie du nerf médian, par M. R. GIANI.

L'observation qui fait l'objet du présent travail est relative à un garçonnet de quatre ans, présentant depuis sa naissance une déformation assez curieuse de la main droite : il existait une masse mollasse à cheval sur les faces palmaire et dorsale de la main, et située entre le pouce et l'index qu'elle écartait au maximum; plus développée du côté de la paume, dont elle occupait à peu près les trois quarts externes, elle se continuait avec le pouce et l'index auxquels elle donnait un aspect éléphantiasique; l'index notamment était aussi gros qu'un pouce d'adulte; on avait dû, plus de trois ans auparavant, réséquer sa phalange terminale qui était déviée en dedans et venait buter contre le médius. La radiographie montra que le squelette de l'index participait pour sa part à l'hypertrophie des parties molles.

Le diagnostic de macrodactylie lipomateuse ayant été porté, on décida de « dégraisser » dans la mesure du possible cette main difforme; après incision de la peau et résection d'une partie de la masse adipeuse, on tomba sur une tumeur du volume d'une noix environ, se prolongeant vers l'extrémité du doigt par de petites ramifications qui paraissaient se distribuer au tégument et du côté du poignet par un cordon des dimensions du petit doigt, qu'une incision au niveau du carpe permit de reconnaître pour le nerf médian hypertrophié; on réséqua ce nerf à partir du point où il avait été mis à découvert par cette incision exploratrice. Le résultat fonctionnel fut excellent.

L'examen de la pièce permit de constater que le lipome sous-cutané se continuait par des transitions insensibles avec l'infiltration adipeuse constituant la tumeur développée aux dépens du nerf médian; à mesure qu'on se rapprochait du poignet, cette infiltration diminuait, mais on remarquait, en son lieu et place, une abondante prolifération de tous les éléments conjonctifs du tronc nerveux, donnant à celui-ci son aspect hypertrophique.

Les lipomes des nerfs sont très rares; la macrodactylie lipomateuse ne l'est pas moins; quant à la coexistence de ces deux sortes de lésions, elle paraît n'avoir jamais été observée jusqu'ici. En ce qui concerne le rétablissement des fonctions de la main malgré la résection étendue du médian, M. Giani estime que, les altérations que nous venons de décrire étant congénitales, le nerf en question avait dû être suppléé dès la naissance par le cubital et le radial. (*Clinica moderna*, 5 mars 1902.) — F. F.

Expériences sur l'hémostase du foie, par M. L. BALDASSARI.

Nous avons fait connaître, l'an passé, le procédé imaginé par l'auteur pour assurer l'hémostase en cas de plaie du foie, et qui consiste à introduire entre les deux lèvres de la plaie — et à suturer avec elles — un fragment cunéiforme d'os décalcifié (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 191). Malheureusement, ce moyen ne remplit qu'imparfaitement son but quand il s'agit d'arrêter l'hémorrhagie résultant de la résection d'une portion de tissu hépatique, car la lame osseuse que l'on pourrait, en pareil cas, suturer sur la surface saignante présente toujours une certaine rigidité qui en rend l'application exacte à peu près impossible. Aussi M. Baldassari s'est-il efforcé de trouver d'autres substances également résorbables et n'offrant pas cet inconvénient.

S'inspirant de l'expérience de quelques auteurs qui, pour obturer une perte de substance du foie, ont utilisé l'épiploon du blessé lui-même, il a eu recours à des lames d'épiploon et à des fragments d'intestin ou de tuniques artérielles prélevés sur des animaux de boucherie, et soigneusement stérilisés avant leur emploi; il a en outre expérimenté des plaques minces de magnésium (0 millim. 5), métal qui, comme on le sait, est facilement résorbé au sein de l'organisme.

Toutes ces substances, au cours de recherches pratiquées sur le chien, ont donné des résultats favorables; l'épiploon doit être replié plusieurs fois sur lui-même, de façon à former un tampon suffisamment résistant; avec l'intestin il suffit de mettre deux épaisseurs; quant aux parois artérielles, il n'est pas nécessaire de les replier. Ces tissus — et il en est de même des lames de magnésium — sont bientôt envahis par de petites cellules qui les fragmentent, et au bout de quelques mois il n'existe plus, au niveau de la résection, qu'une couche de tissu cicatriciel.

Néanmoins, l'auteur ne pense pas que les diverses substances dont il vient d'être question soient également adaptées au but à atteindre; il propose de s'en tenir aux parois artérielles, plus résistantes que l'épiploon et l'intestin et n'offrant pas, comme les plaques de magnésium, des bords tranchants susceptibles de blesser les organes voisins. Il conseille de les faire durcir pendant quelque temps dans l'alcool, puis de les soumettre à la stérilisation fractionnée dans une solution de chlorure de sodium ou de calcium, où on les conserve jusqu'au moment de s'en servir. (*Clinica chirurgica*, janvier 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

La tuberculose chez les enfants, par M. E. RANDERS.

Les considérations émises dans le présent travail par M. Randers sont le résultat des observations qu'il a faites tant dans sa pratique privée que comme médecin d'école.

La tuberculose infantile est beaucoup plus fréquente qu'on ne croit : sur les 1,300 élèves d'une école, l'auteur l'a rencontrée, sous une forme ou une autre, 352 fois. A son avis, le rôle étiologique le plus considérable revient à la rougeole et à la coqueluche : des 352 enfants en question, 292 avaient eu l'une ou l'autre de ces affections, ou même toutes les deux, et sur 311 autres observations recueillies par M. Randers on relève 205 fois les mêmes facteurs étiologiques. La promiscuité des classes pauvres facilite beaucoup la diffusion de la maladie.

Au point de vue anatomique et clinique, la tuberculose infantile est avant tout une tuberculose ganglionnaire. Chez un enfant qui offre des migraines, de la cardialgie, de l'anorexie ou des troubles dyspeptiques, dont les muscles deviennent flasques et l'humeur maussade, il faut donc commencer par explorer les régions ganglionnaires. En pareille occurrence, on trouve très communément une micro-polyadénite plus ou moins généralisée, qui est un des signes avant-coureurs de la tuberculose; sur les 311 observations dont il a déjà été question, la micro-adénite existait 170 fois : 144 fois elle était généralisée, 26 fois elle se limitait à la région cervicale.

Cette micro-adénite débute généralement par le cou, apparait ensuite dans l'aisselle et dans les fosses iliaques. A la région cervicale, elle occupe les ganglions profonds du creux sus-claviculaire; elle est généralement symétrique. Les ganglions intéressés sont petits (du volume d'un pois environ) et relativement libres dans le tissu environnant. On les distingue ainsi d'avec les ganglions superficiels hypertrophiés, adhérents ou suppurés, qui résultent des inflammations plus ou moins chroniques de la face ou des antres muqueux.

Au sujet des affections dites scrofuleuses, l'auteur estime qu'elles ne sont pas tuberculeuses par essence, mais qu'elles doivent leurs caractères spéciaux à l'infection tuberculeuse ganglionnaire préexistante; il signale, de plus, la fréquence de la tuberculose chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes.

Du côté du thorax, on ne rencontre que rarement au début les signes classiques de l'induration des sommets, laquelle est exceptionnelle chez l'enfant; par contre, en auscultant très attentivement et d'une manière répétée la région interscapulaire, M. Randers a observé, 92 fois sur 311, un certain nombre de signes qu'il met au compte des compressions exercées par l'adénopathie trachéo-bronchique: la respiration présente un caractère rude et saccadé, qu'on ne distingue qu'à la longue d'avec la respiration puérile; les râles que l'on perçoit sont rarement sibilants, mais éclatent sous forme de grosses bouffées crépitantes saccadées ou «ronronnantes»; après la toux et les respirations profondes, on peut entendre quelques râles plus fins et plus fixes.

Les tuberculoses ganglionnaires guérissent très souvent, comme on le sait; leur bénignité et leur méconnaissance expliquent l'apparition ultérieure, quelquefois inexplicable, de la tuberculose : il ne s'agirait là que de la réviviscence d'un vieux foyer ganglionnaire.

En plus des mesures prophylactiques partout préconisées, il faut s'efforcer de restreindre les épidémies de rougeole et de coqueluche, et combattre le préjugé de la bénignité de ces deux affections; ce sont elles qui, en laissant à leur suite un catarrhe bronchique plus ou moins chronique, facilitent, d'après l'auteur, la pénétration des bacilles dans les ganglions trachéo-bronchiques. Quant au traitement curatif, il doit être surtout hygiénique; M. Randers considère cependant la créosote comme un bon adjuvant; il la fait prendre après les repas à doses progressivement croissantes, mais légères au début : outre son action reconnue sur les bacilles, ce médicament exercerait des effets favorables sur la dyspepsie des enfants tuberculeux. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars 1902.) — R. DE B.

Un cas de collapsus subit avec arrêt de la respiration et cyanose (spasme de la glotte?) comme conséquence de l'opération des végétations adénoïdes; trachéotomie; guérison, par M. Holger Mygind.

La fréquence des cas de mort par chloroforme au cours de l'opération des végétations adénoïdes avait amené M. Mygind à renoncer complètement à l'usage de cet anesthésique dans les interventions de ce genre. Mais dans la suite, et malgré cette suppression, il observa deux enfants de deux ans, d'aspect un peu rachitique, chez lesquels survint, pendant l'opération, une crise de dyspnée extrêmement intense, bien que passagère. Il semblait donc que l'adénotomie fût susceptible de déterminer par elle-même, au moins chez les tout jeunes enfants, un réflexe dangereux pour la fonction respiratoire. Aussi, pressentant pour l'avenir de nouveaux accidents asphyxiques, M. Mygind n'opérait-il plus sans avoir à sa portée les instruments nécessaires à la trachéotomie. L'occasion de les utiliser ne tarda guère à se présenter.

Un enfant de deux ans, atteint également de lésions rachitiques, mais cette fois extrêmement accusées, et entre autres de cyphose, avait en même temps une bronchite chronique; l'on vint à supposer que l'ablation des très volumineuses végétations adénoïdes dont il était porteur pourrait améliorer son état. On se mit donc en devoir de l'opérer : à l'instant même où l'instrument attaquait les masses adénoïdes, la respiration et l'hémorrhagie se suspendirent et la face se cyanosa. Craignant qu'une végétation ne se fût détachée et n'obstruât le larynx, l'auteur enfonça le doigt vers l'épiglotte, retourna et secoua l'enfant, mais sans autre résultat que d'amener un ou deux efforts inspiratoires. La cyanose ne faisant qu'augmenter, il se hâta de trachéotomiser le petit patient : aussitôt la respiration se rétablit et elle continuait à s'exécuter même quand on bouchait la canule; pendant cette manœuvre, les cris de l'enfant récupéraient également leur timbre normal.

Les suites opératoires furent assez accidentées, car la bronchite s'aggrava d'une manière alarmante. Il fallut de plus laisser la canule jusqu'au quarantième jour; lorsqu'on la retirait, il suffisait, en effet, que le petit malade s'agitât ou se mît en colère pour que la suffocation reparût. En tout cas, on n'observa jamais l'expulsion du moindre corps étranger.

Il y a donc toutes raisons d'admettre qu'il s'agissait uniquement d'un spasme de la glotte, comme l'avait prouvé d'ailleurs la liberté de la respiration et des cris, sitôt que la trachéotomie avait été achevée. Cette opinion trouvait une nouvelle confirmation dans les anamnestiques : la mère racontait, en effet, que son enfant était pris de suffocations sous l'influence des moindres contrariétés, et, dans plusieurs circonstances, ces crises furent même tellement intenses qu'elle avait pu craindre de voir la mort survenir par asphyxie. (*Hospitalstidende*, 30 avril 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Quelques moyens pour éviter les douleurs au cours des soins consécutifs aux opérations septiques.

Depuis l'avènement de l'antisepsie, on a quelque tendance, tout en se conformant strictement aux principes de la méthode antiseptique, à ne pas se préoccuper suffisamment de la susceptibilité individuelle du malade à la douleur. Sans doute, tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point qu'un pansement bien appliqué ne doit pas faire souffrir le blessé, mais on est souvent loin de tenir compte de ce précepte au moment même où l'on procède à tel ou tel acte de petite chirurgie. Comme le fait judicieusement remarquer M. le docteur H. Küttner, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Tubingue et assistant à la clinique chirurgicale de M. le professeur P. von Bruns, ce n'est que lorsque le chirurgien a eu à supporter lui-même une infection grave, qu'il commence à envisager les choses sous un autre angle et que la notion de la douleur reste constamment présente à son esprit. Aussi M. Küttner attire-t-il l'attention sur un ensemble de moyens propres à épargner aux patients, dans une certaine mesure, les souffrances au cours des soins post-opératoires, procédés qui, pour être plus ou moins connus, n'en sont pas moins rarement employés d'une façon tout à fait systématique.

En premier lieu, il convient, d'après notre confrère, de se préoccuper du tamponnement des plaies. Maintes expériences personnelles lui ont appris combien ce procédé est douloureux, surtout dans les cas où des nerfs cutanés sensitifs sont compris dans la plaie. En conséquence, toutes les fois que la chose est possible, on doit substituer au tamponnement le drainage à l'aide de tubes: ceux-ci rendent les mêmes services que les tampons, tout en étant susceptibles de rester plus longtemps en place et de se laisser facilement renouveler, ce qui permet d'éviter non seulement la douleur, mais encore l'irritation de la plaie, irritation qu'on risque de provoquer en décollant la gaze et en déterminant de la sorte de petites hémorrhagies.

Lorsque l'emploi des drains est irréalisable, on doit pratiquer le tamponnement de la plaie, de préférence d'après le procédé de von Mikulicz, qui sera particulièrement utile dans les cas de phlegmon des couches musculaires profondes des extrémités.

Il va de soi que le pansement doit être renouvelé le plus tard possible après l'intervention : malgré le caractère septique de la plaie, on peut ne faire le second pansement qu'au bout de six jours, voire même le retarder davantage si le phlegmon a été largement incisé et que la température et la douleur diminuent régulièrement. Un pansement sec peut rester en place tel quel pendant tout ce laps de temps; s'agit-il, au contraire, d'un pansement humide, on se bornera à renouveler les compresses tous les jours ou toutes les quarante-huit heures, sans toucher au tampon. La cautérisation des plaies septiques avec de l'acide phénique pur, à laquelle on a couramment recours à la clinique de M. von Bruns (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 121), en diminuant les sécrétions, permettrait de différer considérablement la date du second pansement.

D'après l'expérience de M. Küttner, le pansement humide doit être choisi de préférence, et cela non seulement en raison de son action calmante, mais aussi à cause de son grand pouvoir d'absorption. Chez les sujets dont la peau est très susceptible, il convient, afin d'éviter l'eczéma et la formation de furoncles, d'étendre d'abord sur les téguments une couche épaisse d'une pommade appropriée et d'appliquer le pansement humide par-dessus.

En renouvelant le pansement, on doit s'efforcer de toucher le moins possible à la plaie. Si l'on a fait un tamponnement d'après le procédé de von Mikulicz, on laisse en place la bande qui tapisse toute la plaie pour ne renouveler que les lanières de remplissage, ce qui n'est guère douloureux. Se propose-t-on, au contraire, d'enlever un tampon adhérent, on aura recours à l'emploi de l'eau oxygénée qui facilitera beaucoup cette tâche (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 168).

L'enfoncement des mèches de gaze dans des fentes ou des trajets plus ou moins étroits est souvent encore beaucoup plus pénible pour le malade que l'ablation de ces lanières. Aussi, M. Küttner recommande-t-il de ne jamais procéder au tamponnement, en pareille occurrence, sans écarter préalablement les lèvres de la plaie au moyen de crochets mousses, et de se borner à déposer simplement la gaze dans la plaie, sans « bourrer » celle-ci.

On doit éviter de toucher les plaies en voie de bourgeonnement et surtout d'y pratiquer le curettage, comme on ne le fait que trop souvent au risque de déterminer une réinfection, sans compter que cette manière de procéder expose le malade à des souffrances inutiles. Pour les mêmes raisons, on n'aura recours à la cautérisation au nitrate d'argent que vers la fin du processus de cicatrisation, et encore devra-t-on avoir soin de cautériser très légèrement, en quelques traits de crayon.

Enfin, dès que les phénomènes inflammatoires aigus se sont dissipés, il convient de préférer les applications de corps gras à tout autre genre de pansement, ces applications offrant des avantages multiples qui les ont fait adopter d'une manière systématique dans le service de M. von Bruns (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 192).

Valeur de l'ichtyol dans le traitement des kératites.

Un confrère russe, M. le docteur I. I. Fedorov (de Pensa) traite, avec succès, les infiltrations de la cornée avec exulcérations superficielles par des applications d'une pommade composée de 0 gr. 10 centigr. d'ichtyol et de 0 gr. 15 centigr. de chlorhydrate de cocaïne pour 5 grammes d'excipient. Sous l'influence de ces applications, les phénomènes inflammatoires s'atténueraient rapidement et les douleurs diminueraient, en même temps qu'on verrait se résorber les vaisseaux nouvellement formés; le tissu cornéen se régénérerait en laissant subsister seulement une légère opacité, et encore celle-ci serait-elle loin d'être constante. M. Fedorov a eu l'occasion de traiter de la sorte 28 cas, dont 22 étaient de nature trachomateuse ou blennorrhagique.

Traitement de la sciatique par des injections sous-cutanées d'atropine à haute dose.

Depuis quelque temps, un médecin américain, M. le docteur S. C. Felt (de New Boston), traite la névralgie sciatique par des injections hypodermiques d'atropine à des doses qui, étant beaucoup plus élevées que celles qu'on emploie habituellement, détermineraient des phénomènes d'intoxication plus ou moins pénibles, mais exerceraient en revanche une action des plus favorables sur les douleurs névralgiques. Notre confrère fait dissoudre 0 gr. 06 centigr. d'atropine dans cent gouttes d'eau distillée et il injecte d'abord III gouttes de cette solution, le soir au coucher, à 10 centimètres environ audessus de la rotule du membre atteint. Au bout d'une vingtaine de minutes on constaterait tous les effets physiologiques de l'alcaloïde en question : accélération du pouls (120 à la minute), dilatation de la pupille, vertige, soif ardente, etc. Si ces manifestations disparaissent en moins de douze heures, c'est que la dose injectée a été insuffisante, et alors M. Felt l'augmente chaque fois d'une goutte, jusqu'à ce que l'étourdissement produit par l'injection dure vingt-quatre heures. L'injection ne doit jamais être répétée avant que les troubles dus à la dose précédente d'atropine se soient complètement dissipés; en aucun cas il ne faut y avoir recours plus d'une fois par jour.

Notre confrère a eu l'occasion d'essayer ce mode de traitement sur lui-même, ainsi que dans 28 autres cas de sciatique; il a obtenu 22 guérisons définitives.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu (de Lyon). — M. le professeur M. JABOULAY.

Cancer mélanique de la face.

Vous avez tous déjà remarqué, dans la salle Saint-Pierre où elle est couchée, une femme dont l'affection frappe dès le premier abord par l'étrange caractère qu'elle donne à sa physionomie; la rareté de cette maladie, les problèmes que soulève sa pathogénie, l'obscurité de bien des points de son histoire, tout concourt à exciter notre intérêt et c'est ce qui m'engage à l'étudier aujourd'hui avec vous.

Ce que la patiente peut nous apprendre sur le début de son mal se résume à ceci : sans antécédents bien particuliers, héréditaires ou personnels, cette femme, aujourd'hui âgée de quarante-cinq ans, s'est toujours connu une petite tache, de celles qu'on appelle couramment grains de beauté, située au milieu de la tempe droite; elle était aplatie, rousse, à peine du volume d'une tête d'épingle. Il en existait et il en existe encore deux autres très semblables à la première, au niveau de l'avant-bras.

Il y a trois ans environ, sur cette petite tache sont apparus trois ou quatre points noirs, d'un noir beaucoup plus foncé que le grain lui-même; puis quelques macules noires se sont montrées en dehors de la tache primitive; en peu de temps, il y en eut une trentaine, disposées dans un espace de l'étendue d'une pièce de cinq francs ou à peu près. Ces petites plaques noires étaient légèrement surélevées, brillantes; elles donnaient à la malade une sensation de piqûre, et quand elle les perçait avec une aiguille, laissaient écouler un peu de sang rouge parfaitement normal d'aspect.

C'est à ce moment que la pauvre femme commença une série de consultations et de traitements variés dont le moindre inconvénient fut d'être inutiles quand ils n'étaient pas nuisibles. Ce furent d'abord des pommades; puis des cataplasmes de fécule de pommes de terre et de crème de riz. La maladie continuait cependant son évolution inexorable, les taches noires s'étendaient et se multipliaient, envahissant de plus en plus la joue en suivant une marche descendante, atteignant bientôt le milieu de la région jugale.

En hiver 1900, c'est-à-dire six mois après le début, un nouveau médecin consulté pratiqua le curettage et le raclage de toute l'étendue des lésions cutanées. Le résultat ne se fit pas attendre, mais hélas! ce n'était pas celui sur lequel comptaient médecin et malade. En très peu de jours, les taches noires reparurent, soit sur la surface curettée, soit tout autour; il en poussait 10 à 20 par jour et l'étendue du mal augmenta très rapidement. Insuffisamment instruit par ce retour offensif, le médecin cautérisa à nouveau; les taches renaissaient pour ainsi dire sous son cautère.

Quelques mois après, les points noirs avaient envahi toute la joue, jusqu'au bord inférieur du maxillaire; ils étaient plus rapprochés les uns des autres, presque confluents. Le même médecin consulté de nouveau pratiqua alors, sous anesthésie, une ablation de toute l'étendue de la peau atteinte; puis, trois jours plus tard, deux vésicatoires furent appliqués coup sur coup au niveau de la joue. Il n'en résulta qu'une douleur très vive pour la malade et, au bout de quelques jours, les taches réapparurent aussi nombreuses qu'auparavant.

Lasse de se soigner, cette femme cessa toute entreprise violente contre sa maladie; parallèlement, celle-ci sembla demeurer stationnaire; parfois il paraissait y avoir un peu de gonflement; les moindres frottements produisaient des écorchures qui laissaient écouler du sang pur.

L'année dernière, pendant l'automne 1901, des modifications se produisirent; certaines taches devinrent confluentes, pour former des plaques plus étendues; en même temps elles se gonflaient, faisaient saillie comme de véritables tumeurs; il commençait à s'en écouler un peu de liquide sanieux.

Pendant tout ce temps l'état général est resté, somme toute, satisfaisant; la malade a cependant maigri, mais comme elle avait été très forte (95 kilogrammes), elle paraît encore avoir un embonpoint suffisant; elle pèse aujourd'hui 77 kilogrammes.

Il n'est pas survenu de taches en d'autres points du corps; les viscères ne paraissent pas malades.

Examinons maintenant ensemble cette tumeur de la face. Vous pouvez constater tout d'abord, même à distance, cette large plaque noire presque ininterrompue qui s'étend depuis la racine des cheveux et la région supérieure de la tempe jusqu'au bord inférieur du maxillaire; depuis le tragus jusqu'au pli naso-génien. Trois zones peuvent y être distinguées : en haut nous voyons deux gros bourgeons, chacun du volume d'une châtaigne environ, de teinte noir violacé, un peu ulcérés à leur surface, donnant un écoulement sanieux d'odeur fade; le bourgeon postérieur, un peu plus gros, a envahi le pavillon de l'oreille. Au-dessous de ces bourgeons (qui paraissent répondre à la portion la plus ancienne de la tumeur) s'étend une zone très large, représentant l'ensemble de la plaque noire; vue de près on y reconnaît une grande quantité d'éléments, les uns confluents, les autres distincts; ces éléments sont des taches noires surélevées, comme des verrues; quelques-uns sont encore séparés des autres par de la peau saine. Enfin à la périphérie et surtout en bas, vers la région sus-hyoïdienne latérale, il n'y a plus de plaques surélevées, mais une coloration profonde de la peau, à bords festonnés, comme en donnerait un tatouage irrégulier de couleur noir bleuâtre.

Vous remarquerez que toutes ces lésions sont restées superficielles; les muscles commandés par le nerf facial fonctionnent tous très bien : donc le nerf, si peu profond pourtant, n'est pas envahi. Vous noterez aussi que cela n'est ni chaud, ni douloureux, qu'il n'y a presque pas de variations de volume. On trouve un fond formé par une sorte d'infiltration; au-dessus, de petites végétations noires, truffées; en arrière, quelques éléments ulcérés. Mais tout cela fait partie d'un même tissu, c'est une évolution, spéciale en différents points, d'un même processus. Si on coupait cette néoplasie, on constaterait qu'il n'y a rien d'anormal comme tissu, pas de cellules spéciales; les éléments fuso-cellulaires, dont la ressemblance grossière avec ceux du sarcome a valu son nom à la maladie, ne sont que des cellules épithéliales déformées et colorées par un pigment particulier.

La question du diagnostic ne nous arrêtera pas longtemps. C'est un diagnostic qu'on doit faire à première vue, je dirais presque à distance.

Pourrait-on penser à un angiome? Certaines de ces tumeurs vasculaires peuvent, en effet, former des taches plus ou moins sombres sur le visage. Mais elles sont congénitales, plus vasculaires; artérielles, elles sont plus rouges; veineuses, plus molles, plus réductibles, avec des alternatives de congestion et de décongestion.

Il y a aussi le nævus pigmentaire. Vous savez qu'on donne ce nom à des taches sombres assez communes, plus ou moins étendues, portant ordinairement à leur surface des poils follets. C'est là le grain de beauté vulgaire, qui ne prend le nom de nævus que lorsqu'il a des dimensions un peu anormales. Mais ces nævi sont d'ordinaire immuables, sans tendance à s'accroître. En fait, c'est bien un vrai nævus pigmentaire qu'a porté notre malade jusqu'à ces dernières années; mais il s'y est passé une grave modification : il est devenu malin.

C'est donc cette marche progressive, plutôt que l'étendue du mal, qui nous fait différencier la lésion actuelle d'avec le nævus. Il y avait naguère au Casino de notre ville une attraction : la « femme-tigre », qui présentait de nombreux nævi très étendus. Mais ils n'avaient aucune tendance à s'accroître.

Maintenant que la malade a quitté la salle, je puis vous dire le diagnostic qu'il faut porter pour ainsi dire d'emblée en la voyant. Il s'agit d'un cancer noir de la peau, de ce qu'on appelle parfois le sarcome mélanique, affection fatalement mortelle, incurable.

Son origine n'est pas douteuse. Il y avait là, depuis la naissance, un grain de beauté vulgaire; des irritations banales ont eu d'abord une influence pernicieuse sur cette petite tache. Il s'y est produit un mouvement d'activité pigmentaire anormal. A ce moment, on a eu le tort d'instituer des traitements variés, mais tous irritants au plus haut degré : pommades, vésicatoires, raclage et exérèse n'ont servi qu'à exciter cette dangereuse activité. On a fait, en un mot, tout ce qu'il fallait pour transformer une lésion bénigne en une tumeur extrêmement maligne. Le parasite qui sommeillait là a envahi l'organisme.

Remarquez que cette femme n'avait aucune raison de faire du cancer. Nous n'avons trouvé aucune hérédité dans ses antécédents. Elle avait toujours eu cette petite tache dont elle ne se préoccupait pas, et ce n'est que depuis trois ans que les premiers points noirs ont apparu. Puis elle a commencé à maigrir; il y a quelques mois, ses urines se sont foncées. Aujourd'hui, comme vous le pouvez voir d'après cet échantillon que renferme ce bocal, elles sont devenues d'une teinte très sombre. Cet aspect est d'autant plus caractéristique qu'on s'éloigne davantage du moment de l'émission : les urines se foncent à l'air, elles ont l'heureux privilège de noircir en vieillissant.

Pouvons-nous reconnaître quelle est, au point de vue histologique, la nature de ce cancer? Est-ce un sarcome, un épithéliome, un carcinome?

Un sarcome de la peau ne ressemble guère à cela; c'est une tumeur unique et non polymorphe comme celle-ci; c'est une tumeur qui marche rapidement, envahit non seulement en surface mais en profondeur, les muscles, les os sous-jacents, se propage le long des vaisseaux, gagne les lymphatiques, les ganglions, enfin se généralise dans les os, dans les viscères, dans l'économie tout entière.

Un épithéliome formerait un champignon aux bords surélevés, au centre ulcéré, en cratère, avec des bourgeons sanieux en déliquescence. Il n'aurait pas cette marche lentement extensive; depuis trois ans, il aurait eu le temps de former de grosses masses en chou-fleur et d'envahir lui aussi la profondeur des tissus sous-jacents.

Un carcinome aurait les mêmes caractères, avec une marche plus rapide encore. Nous ne pouvons donc admettre qu'il puisse s'agir d'aucune de ces maladies banales et dont vous connaissez bien les aspects, très différents, n'est-il pas vrai, de celui que nous offre notre patiente.

C'est donc ici une maladie bien spéciale; on ne peut se défendre en sa présence de l'idée qu'elle est de nature infectieuse, et de fait la plupart des auteurs qui ont eu à s'occuper de cette affection heureusement rare se sont rattachés à cette opinion. Seulement ils n'ont pu encore démontrer quel en était le parasite.

Le principal caractère de la mélanose est, comme l'indique son nom, la présence d'un pigment noir qui infiltre les tissus. Or, ce pigment, on le retrouve ailleurs que dans les taches extérieures qui révèlent la maladie. On peut le suivre à la piste et le voir envahir le sang.

Nous avons examiné le sang de cette femme. Cet examen nous a révélé tout d'abord une lé-

gère anémie; il n'y a en effet que 3,500,000 globules rouges par millimètre cube. Ceux-ci sont normaux. Les globules blancs sont en nombre normal; peut-être y a-t-il une proportion un peu forte de polynucléaires; on trouve aussi quelques éosinophiles.

Mais tout ceci est de peu d'intérêt à côté de la constatation qu'il me reste à vous signaler.

A un grossissement suffisant, on reconnaît dans le plasma et dans bon nombre de globules blancs, la présence du pigment. Il s'y montre sous forme de petits grains très noirs, ici disséminés dans le plasma, là groupés en petits tas, les uns libres, les autres contenus dans les leucocytes. Ce fait ne peut laisser aucun doute et vous allez tous pouvoir le vérifier en vous penchant sur l'objectif de ce microscope.

Donc, le sang contient une proportion très considérable de pigment mélanique; il va porter ce pigment un peu partout, dans les viscères où le microscope pourrait le déceler, le cas échéant. Pour le moment, nous ne pouvons le dépister objectivement que dans le rein, puisqu'il doit traverser le filtre rénal pour passer dans les urines auxquelles il communique cette teinte sombre.

Quelle peut être l'origine de ces corpuscules noirs? Dans quel point s'élaborent-ils pour aller ensuite infecter ainsi toute l'économie? Jusqu'à ces derniers temps, on considérait ce pigment comme n'ayant aucun rapport avec ceux qui sont normaux dans l'organisme, à part quelque analogie avec celui de la choroïde ou de la rétine. On s'accordait à le différencier très nettement du pigment ocre, d'origine ferrugineuse, qui caractérise l'hémoglobine du sang. Les réactions chimiques sont, en effet, très différentes dans les deux cas : le perchlorure de fer colore en noir les urines mélaniques; le sulfhydrate d'ammoniaque décolore ces urines, tandis que, mis en contact avec le pigment ocre ou ferrugineux, il produit une coloration noir d'encre.

Je dois dire cependant que cette conception vient d'être récemment battue en brèche : le pigment mélanique ne serait plus aussi différent du pigment ocre qu'on le pensait (Hugounenq).

Quoi qu'il en soit, le rein nous révèle ce que le cerveau, le cœur, d'autres viscères ne nous laissent pas deviner pour l'instant. Dans les autopsies de sujets atteints de mélanose, on trouve, en effet, le pigment répandu à profusion dans tous les organes; il n'y a pas de doute, c'est lui qui est la cause de la mort.

Mais il ne tue pas en amenant des altérations cellulaires; il n'y a pas de suppuration, pas de réaction, les éléments anatomiques ne sont pas autrement altérés que par la présence de pigment dans leur intérieur. A peine pourrait-on noter un peu de prolifération des tissus, en particulier du tissu conjonctif.

Voilà ce que nous connaissons de certain sur cette singulière affection; et maintenant, il reste à en donner une explication. Voici celle qui nous paraît la plus plausible, absolument d'accord avec la marche et les caractères que je viens de vous signaler, et aussi avec des affections mieux étudiées et se rapprochant par certains points de celle-ci.

Il en est une où l'on rencontre régulièrement des corpuscules spéciaux dans le plasma sanguin et dans les globules; c'est la fièvre paludéenne avec son parasite, l'hématozoaire bien décrit par M. Laveran. Là encore, il s'agit de corpuscules pigmentés, mélanifères, circulant avec ou dans les globules et envahissant ainsi tout l'organisme. L'analogie est donc flagrante avec ce que nous voyons chez notre mélanique. Pourquoi, dès lors, ne pas admettre que, chez elle aussi, vit et se multiplie un parasite, un cytozoaire dont les caractères morphologiques nous échappent encore, mais qui n'est plus un inconnu pour nous, cependant, puisqu'il est là, sous l'objectif du microscope?

Nous concevons ainsi l'enchaînement des phénomènes. Dans un grain de beauté banal sommeillait un parasite que nous appelons le *mélanozoaire*. Sa nature était bénigne, il n'avait aucune tendance à se multiplier et à sortir de ce point minuscule de l'organisme. Mais des irritations répétées l'ont réveillé, des traitements intempestifs ont exacerbé sa vitalité. Le mélanozoaire a revêtu des caractères de malignité extrême, il s'est répandu dans l'économie; trouvant peut-être dans le liquide sanguin un milieu plus propice à son évolution que dans la couche malpighienne où il serait resté confiné sans une effraction malencontreuse des capillaires voisins, il est transporté partout au sein du plasma et des globules blancs; la mélanose est constituée.

Pour nous, cette conception n'est qu'un pas de plus fait vers la théorie parasitaire du cancer; c'est déjà en songeant à l'hématozoaire de Laveran que j'ai eu l'idée de donner de la quinine aux cancéreux. Et je n'ai pas eu à m'en repentir; à côté de nombreux cas où la marche du mal a paru enrayée, j'ai des malades chez lesquels on a pu assister à une véritable régression. Je vous rappellerai surtout 2 cas que vous avez pu observer à diverses reprises dans le service. L'un concerne une femme qui porte depuis bientôt trois ans un cancer du sein. La première fois que je l'ai vue, la tumeur était ulcérée, la peau largement envahie; sous l'influence de la quinine l'ulcération a complètement guéri, la tumeur elle-même a diminué. De temps en temps, il y a des retours offensifs; j'administre la quinine et immédiatement la maladie rétrocède.

L'autre patient présentait un large placard épithéliomateux de la nuque; sous l'influence du médicament, nous avons pu assister à la chute des végétations cancéreuses; le fond de l'ulcère s'est détergé, recouvert de bourgeons de bonne nature; la plaie a diminué des deux tiers. Il paraît donc prouvé que la quinine est un poison pour le parasite du cancer comme elle l'est pour le microzoaire des paludéens.

Mais revenons à notre malade d'aujourd'hui. Cette femme est venue nous demander une intervention. Devons-nous la lui accorder ? Pour franchir les limites du mal, il nous faudrait enlever la moitié de la face; il n'y a pas d'intervention moindre possible. Contre un nævus pigmentaire on eût pu essayer les cautérisations ou plutôt l'électrolyse; mais ici, à défaut d'expérience personnelle, celle qu'a pu faire notre patiente entre les mains de ses trop nombreux médecins, suffirait à nous détourner de ces méthodes irritantes.

Rappelez-vous soigneusement cet exemple pour n'être jamais tentés d'intervenir de cette façon contre la mélanose. Rappelez-vous même, à titre de traitement préventif, que les grains de beauté doivent être suspects et soigneusement respectés; on doit recommander aux perruquiers d'éviter de les blesser avec le rasoir; aux malades de ne jamais les piquer avec une épingle, les gratter avec l'ongle.

J'ai souvenir d'un jeune étudiant en médecine qui portait sur la main un grain de beauté; voulant s'en débarrasser, il imagina, après diverses scarifications ou piqûres, d'agir plus activement en se l'extirpant lui-même. Peu de temps après il était envahi par la mélanose et la mort survint, rapide.

Donc, le précepte est formel : ne jamais irriter, ne jamais enlever les taches ou tumeurs mélaniques. Nous ne pouvons cependant rester inactifs. Nous essayons en ce moment, d'après les idées que je vous ai exposées au cours de cette leçon, l'emploi de la quinine. Je ne sais si nous réussirons; peut-être n'est-ce pas là un poison suffisant pour le mélanozoaire. Mais cela vaut d'être tenté.

Cette femme prend actuellement deux cachets par jour, contenant chacun 0 gr. 25 centigrammes de lactate de quinine. En outre, on lui fait quotidiennement une injection sous-cutanée de chlorhydrate de quinine à 30 %. Elle déclare déjà que la tumeur a diminué, que ses mouvements sont plus faciles. Mais la sécrétion des parties ulcérées est toujours aussi abondante, et sa diminution est pourtant le premier signe qui révèle l'action du médicament sur les cancers.

Bien souvent, les malades se laissent suggestionner au début d'un traitement nouveau. Laissons à la nôtre la consolation d'une amélioration peut-être illusoire; pour nous, observons plus scientifiquement les faits, et restons sur la réserve tant que nous n'aurons pas de preuves plus concluantes d'une action thérapeutique que nous osons à peine espérer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur un cas de cancer de l'estomac à forme anémique, par MM. P. MÉNÉTRIER et CH. AUBERTIN.

Parmi les diverses modalités cliniques qu'est susceptible de revêtir le cancer de l'estomac, il en est une d'intérêt tout particulier, en raison des difficultés de son diagnostic d'abord — car l'absence de troubles gastriques et le développement de la cachexie lui donnent une grande ressemblance avec l'anémie pernicieuse —, et ensuite à cause de l'obscurité de sa pathogénie : il est malaisé d'expliquer cette anémie si intense, les patients n'ayant pas d'hémorrhagies gastro-intestinales et n'étant pas en état d'inanition, puisque leurs fonctions digestives s'accomplissent d'une façon satisfaisante. C'est une observation de cette forme *anémique* du cancer de l'estomac que MM. Ménétrier et Aubertin relatent dans le présent travail.

Leur malade était un homme de quarante-trois ans, se plaignant d'un affaiblissement et d'un amaigrissement notables qui remontaient à cinq ou six mois; les troubles digestifs étaient à peu près nuls et l'alimentation — sauf un peu de dégoût pour les substances grasses — se faisait normalement. Néanmoins, l'anémie était profonde, au point que le patient était obligé de garder le lit. Son sang renfermait, par millimètre cube, 1,476,000 hématies et 9,300 globules blancs, dont 50 % de polynucléaires, 42 % de mononucléaires, et 8 % de lymphocytes.

La palpation réitérée de la région épigastrique ne révéla pas la moindre tumeur, et il n'existait en aucune région d'engorgement ganglionnaire. Mais l'analyse du suc gastrique montra l'absence complète d'acide chlorhydrique, et cette constatation, jointe à la dénutrition et à la cachexie rapides, fit porter le diagnostic de cancer de l'estomac, bien que les résultats de l'examen hématologique fussent peu en faveur de cette hypothèse.

Cet homme finit par succomber un mois et demi environ après son admission, non sans avoir eu, une quinzaine de jours avant son décès, une hématémèse qui demeura d'ailleurs unique. Jusqu'au dernier moment on ne put percevoir aucune tumeur; par contre, l'anémie avait encore augmenté : une semaine avant l'issue fatale, on ne trouva plus que 1,333,000 globules rouges contre 11,780 leucocytes.

L'autopsie fit découvrir un néoplasme volumineux, bourgeonnant et ulcéré, qui entourait l'orifice pylorique sans l'obstruer complètement; sous le microscope, cette tumeur fut reconnue pour un épithélioma d'origine glandulaire.

Ce fait offre à considérer plusieurs particularités remarquables. De par le siège du néoplasme, d'abord : en général, les cancers latents de l'estomac sont ou des cancers en nappe, très étendus, ou des cancers localisés à la petite courbure, tandis que les tumeurs du pylore, dans la majorité des cas, se traduisent essentiellement par des signes de sténose, qui faisaient totalement défaut ici.

D'autre part, la leucocytose des cancers porte d'ordinaire sur les polynucléaires; chez cet homme, au contraire, l'équilibre normal était rompu au profit des mononucléaires, dont le nombre atteignait presque celui des éléments plurinucléés. Les auteurs seraient disposés à mettre cette mononucléose, que d'aucuns (Silhol) attribuent à une réaction des ganglions lymphatiques atteints par la généralisation can-

céreuse, sur le compte d'une réaction de la moelle osseuse, laquelle chercherait à lutter contre la déglobulisation intense provoquée par le cancer; et de fait, dans le présent cas, la moelle offrait des signes de prolifération active.

Reste enfin à interpréter la destruction globulaire si prononcée qu'offrait le malade. A cet égard, MM. Ménétrier et Aubertin combattent l'opinion qui fait de ce haut pouvoir hémolysant l'apanage des cancers ulcérés (par suite d'infections secondaires); ils se rallient à l'idée plus simple qu'il s'agit là d'une propriété dévolue aux produits sécrétés par les cellules cancéreuses elles-mêmes. (*Arch. gén. de méd.*, juin 1902.) — F. F.

Les parapsoriasis, par M. L. Brocq.

L'auteur consacre le présent travail à l'étude de toute une série de dermatoses rares, dont il a eu l'occasion d'observer 10 cas depuis quelques années, et qui établissent la transition entre le psoriasis et les séborrhéides psoriasiformes et pityriasiformes d'une part, le lichen plan d'autre part. C'est à ce groupe des *parapsoriasis* qu'appartiendraient un certain nombre de faits publiés de différents côtés et sous des noms divers, notamment par MM. Unna (*parakeratosis variegata*), Jadassohn (*exanthème psoriasiforme et lichénoïde, dermatite psoriasiforme nodulaire*), Juliusberg (*pityriasis lichénoïde chronique*), Radcliffe Crocker (*lichen variegatus*), enfin par M. Brocq lui-même (*érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées*). Ces diverses affections se traduisent essentiellement par une rougeur plus ou moins prononcée du derme et une desquamation pityriasique de degré variable; elles affectent trois formes cliniques, ou mieux objectives, principales :

Le *parapsoriasis en gouttes*, très voisin du psoriasis vrai, et représenté par de petits éléments isolés, disséminés, maculeux ou légèrement papulo-squameux, si bien que l'éruption offre l'aspect d'une syphilide papuleuse ou papulo-squameuse sans infiltration, ou encore d'un psoriasis en gouttes avorté;

Le *parapsoriasis lichénoïde*, intermédiaire entre le psoriasis et le lichen plan, et formé par des pseudo-papules, parfois aplaties et brillantes, ailleurs d'apparence atrophique, constituant par leur réunion des réseaux irréguliers ou même des plaques, ce qui donne à la lésion un aspect bigarré assez remarquable;

Enfin le *parapsoriasis en plaques*, qui se rapproche à la fois des psoriasis et des séborrhéides, et consiste en une éruption de plaques circonscrites assez bien limitées, de diamètre variant entre 2 et 6 centimètres, plus ou moins squameuses et irrégulièrement distribuées çà et là sur les téguments.

Au reste, il existe entre ces trois modalités tous les intermédiaires possibles, ce qui donne au groupe des parapsoriasis son homogénéité. En outre, ces diverses formes morbides ont un certain nombre de caractères communs, dont les principaux sont la longue durée de leur évolution, leur peu de retentissement sur l'état général, l'absence complète — ou à peu près complète — de prurit, la superficialité des altérations qui les constituent, enfin leur résistance aux médications locales. L'examen microscopique décèle dans tous les cas une infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux papillaires dilatés; les papilles sont aplaties et tendent à disparaître; les couches superficielles du derme et l'épiderme sont le siège d'un œdème intense; la couche germinative est presque complètement détruite; les espaces intercellulaires de la couche épineuse sont dilatés; enfin la couche granuleuse, qui manque par places, est œdématiée.

Au point de vue thérapeutique, M. Brocq préconise, comme traitement interne, le cacodylate de soude, qui, notamment dans un cas de parapsoriasis en gouttes, lui a donné un succès éclatant. Localement, on pourra faire des applications d'une pommade contenant 10 % d'acide pyrogallique et 2.5 % d'acide salicylique, que l'on continue jusqu'à ce qu'il se produise une irritation de la peau; on calme alors les phénomènes irritatifs au moyen de topiques adoucissants (cérat frais sans eau), pour recommencer au bout d'un certain temps l'emploi de la pommade salicylée-pyrogallée, et ainsi de suite. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, mai 1902.) — F. F.

Genu valgum double invétéré; déformation considérable; impotence complète; redressement par ostéotomie; résultat fonctionnel excellent, par MM. P.-E. Launois et F. Lejars.

L'intervention que relatent MM. Launois et Lejars est assez commune; mais, dans le cas présent, l'amélioration du sujet a été telle que le fait mérite d'être signalé.

Le malade dont il s'agit était âgé de trente-six ans et avait joui jusqu'à l'âge de quinze ans d'une santé parfaite. A cette époque il eut une crise de douleurs très vives au niveau des deux genoux; puis les articulations scapulo-humérales devinrent également douloureuses, si bien que cet homme dut garder le lit pendant trois mois. A la suite de cette première crise, pendant laquelle le patient prit « beaucoup de salicylate de soude », il se produisit une déviation très marquée des genoux, et, de quinze à vingt ans, la marche présenta de grandes difficultés; au moment de son tirage au sort, le malade fut réformé pour genu valgum bilatéral. Les phénomènes douloureux s'amendèrent ensuite, et pendant onze ans cet homme n'éprouva plus que la gêne due à une déformation déjà considérable.

A trente-deux ans, une nouvelle crise douloureuse se manifesta; la déformation s'accentua, la marche devint de plus en plus pénible. Enfin, en avril 1900, le malade entre à l'hôpital Tenon. A ce moment, il est très affaibli et ne peut se tenir debout; dans l'attitude horizontale les deux genoux sont fortement accolés et l'angle formé à leur niveau par la jambe et la cuisse est d'environ 55°. La déviation est plus marquée à droite, et du même côté le tiers supérieur du tibia présente une convexité antérieure très accusée et très douloureuse.

Malgré le peu d'espoir qu'on pouvait fonder sur une opération faite dans de si mauvaises conditions, on pratiqua des deux côtés l'ostéotomie cunéiforme interne du fémur : les os étaient très fragiles et de la moelle diffluente et graisseuse s'en échappa abondamment. Les deux membres furent redressés et immobilisés dans des gouttières plâtrées. Trois mois et demi plus tard, le malade commença à marcher et il put bientôt quitter l'hôpital avec deux membres droits et solides; l'état général était aussi très satisfaisant. Cependant, du côté droit, la laxité de l'appareil fibreux articulaire causait une gêne qu'on essaya de faire disparaître, d'abord par une petite intervention chirurgicale dont le résultat fut médiocre, ensuite à l'aide d'un appareil de soutien. Actuellement, l'amélioration s'est encore accentuée et l'appareil de soutien n'est pas toujours nécessaire.

L'ostéotomie a donc été suivie d'une consolidation complète, malgré le mauvais état des os, et le sujet, autrefois absolument infirme, peut maintenant marcher sans appui et travailler régulièrement. (*Rev. d'orthopédie*, mars 1902.) — J. G.

Note sur la fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les aliénés, par M. Ch. Féré et Mlle M. Francillon.

Depuis longtemps déjà, certains des caractères de la rétraction de l'aponévrose palmaire ont amené divers auteurs à attribuer à cette difformité une origine trophonévrotique; à l'appui de cette opinion, on a invoqué notamment sa fréquence dans les affections où les troubles trophiques sont communs (goutte, diabète, maladies du système nerveux). Les faits observés par les auteurs dans un des services d'aliénés de l'hospice de Bicêtre confirment cette manière de voir.

En effet, sur les 226 malades hospitalisés dans ce service, 14, soit 6.19 %, présentaient de la rétraction de l'aponévrose palmaire. De ces 14 cas, 2 concernent des paralytiques généraux, 6 des délirants chroniques systématiques, 2 des déments séniles, 1 un épileptique, 3 des imbéciles. En rapprochant ces chiffres du nombre total des malades de chacune de ces catégories, on trouve que la rétraction de l'aponévrose palmaire coexistait dans 5.26 % des cas avec la paralysie générale, dans 17.14 % avec le délire chronique systématique, dans 11.11 % avec la démence sénile, dans 6.66 % avec l'épilepsie, dans 4.34 % avec la débilité mentale. Mais assurément la statistique de M. Féré et de Mlle Francillon porte sur des chiffres trop faibles, pour qu'on puisse considérer ces proportions comme répondant à la réalité des faits.

Au point de vue pathogénique, les auteurs estiment que, chez les aliénés, la maladie de Dupuytren — dont le début est parfois précoce — n'est que la manifestation d'une tare anatomique congénitale; ils la rapprochent à cet égard de la déformation en crochet du petit doigt, ou camptodactylie. (*Rev. de méd.*, juin 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Etudes critiques sur la pathogénie de l'éclampsie d'après les observations anatomiques et les résultats de recherches hématologiques et urologiques faites sur les femmes éclamptiques et leurs nouveau-nés, par M. A. Dienst.

Dans le présent travail, M. Dienst expose sa manière de concevoir l'éclampsie, d'après les observations qu'il a pu faire chez 7 femmes éclamptiques et leurs enfants; 6 des premières et 4 des seconds ayant succombé, il a pu joindre à ses recherches hématologiques ou urologiques l'étude macroscopique et microscopique des organes.

Ce qui frappe le plus dans l'autopsie des enfants d'éclamptiques, c'est la présence de nombreuses hémorrhagies interstitielles, siégeant autour des vaisseaux de tout ordre et de tout calibre et dans presque tous les organes, mais de préférence dans le foie et le rein. La multiplicité de ces hémorrhagies, leur siège — aussi bien en aval qu'au niveau ou en amont des réseaux capillaires — et l'altération de la paroi vasculaire ne permettent pas de leur attribuer une origine embolique. Par contre, il est très possible que le ralentissement de la circulation favorise leur apparition, car les vaisseaux thrombosés sont fortement dilatés. On constate, en outre, que le sang des enfants d'éclamptiques est beaucoup plus riche en fibrine et se coagule beaucoup plus aisément que le sang d'un fœtus normal. Enfin, les éléments histologiques des parois vasculaires et des viscères (foie et reins surtout) présentent de la tuméfaction trouble, de la dégénérescence graisseuse et même de la nécrose : ces lésions n'étant pas circonscrites au pourtour des foyers hémorrhagiques, mais étant disséminées un peu partout, il est naturel de penser que le sang contient un produit toxique albuminoïde, résultant de l'oxydation imparfaite des déchets organiques, et qui commande à la fois cette coagulabilité exagérée du sang et les altérations tant des parois vasculaires que des viscères.

Quant aux lésions observées chez la femme éclamptique, elles ont été soigneusement décrites par divers auteurs et rappellent beaucoup celles que l'on remarque chez les enfants : on constate notamment le même excès de la fibrine du sang. Il est donc naturel d'admettre que le poison circulant dans l'appareil circulatoire de la mère et produisant dans son organisme les lésions en question est le même que celui qui circule dans le sang et les viscères du fœtus.

Reste à savoir qui, de la mère ou du fœtus, est le producteur de cette substance toxique. Il est incontestable que la mère en sécrète physiologiquement une certaine quantité (1), mais l'excès en proviendrait du fœtus, et c'est cet excès qui romprait l'équilibre physiologique de la mère, puisque c'est elle qui pourvoit à l'élimination des *excreta* du fœtus. D'après M. Dienst, plusieurs faits tendent à démontrer cette origine fœtale de la surcharge toxique du sang maternel. On peut voir, en effet, des enfants éclamptiques nés de mères simplement albuminuriques; de plus, l'éclampsie disparaît généralement avec la mort ou l'expulsion du fœtus; elle est enfin assez fréquente dans les grossesses multiples qui, évidemment, doivent augmenter l'abondance des principes toxiques.

(1) Au cours de leurs recherches sur la pathogénie de l'éclampsie (et notamment sur l'hyperexcitabilité du cerveau des femmes enceintes, démontrée par les faibles doses de créatine suffisant à déterminer des convulsions), MM. L. Blumreich et L. Zuntz (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 3) ont mesuré le point de congélation du sang chez 12 éclamptiques ; ils l'ont trouvé constamment compris entre — 0°56 et — 0°65, c'est-à-dire inférieur à la normale, qui est de — 0°56; cet abaissement du point cryoscopique indique une « condensation du sang » qui peut être attribuée à une rétention de déchets organiques. — R. de B.

La femme gravide se débarrasse de ceux-ci par ses divers émonctoires et, à ce point de vue, l'importance et le rôle du rein sont bien connus. Mais les altérations rénales, comme le prouvent l'albuminurie sans éclampsie et l'éclampsie sans albuminurie, ne suffisent pas à elles seules à provoquer l'éclampsie. Il intervient donc un nouveau facteur d'une importance et d'une action plus générales; pour l'auteur, ce nouveau facteur serait le cœur. Les lésions de cet organe, dans l'éclampsie, ont été peu étudiées jusqu'ici, mais un certain nombre de faits et les examens histologiques pratiqués par M. Dienst semblent prouver que le cœur est toujours plus ou moins altéré : tuméfaction trouble ou aspect cireux des groupes fibrillaires, et plus rarement dégénérescence graisseuse ou nécrose. Il est possible que ces lésions remontent à quelque cardiopathie antérieure ignorée, mais en tout cas la grossesse ne peut que les aggraver; au reste, qu'elles soient primitives ou secondaires, elles relèvent sans doute de cette même intoxication, cause des lésions parenchymateuses ou vasculaires déjà signalées. L'importance de ces altérations cardiaques doit être considérable : si les émonctoires de la femme gravide arrivent généralement à débarrasser le sang des produits toxiques qu'il contient, c'est que le cœur, pendant la grossesse, s'hypertrophie normalement et entretient ainsi la suractivité circulatoire nécessaire.

Puisque le cœur joue, dans la prévention de l'éclampsie, un rôle aussi important, il faut s'attendre à voir survenir l'éclampsie toutes les fois que le cœur est au-dessous de sa tâche : et en fait on a depuis longtemps remarqué que la chlorose, la trop grande jeunesse des parturientes (cœur infantile), les cardiopathies prédisposent à l'éclampsie. Si les cardiaques avérées ne fournissent pas plus d'éclamptiques, c'est que beaucoup d'entre elles avortent ou accouchent avant terme. Parmi celles qui mènent leur grossesse jusqu'au bout, l'éclampsie est particulièrement commune : une statistique de Wessner signale 5 cas d'éclampsie sur 66 cardiopathes, soit 7.58 %, alors que l'éclampsie ne se rencontre guère qu'une fois sur 500 accouchements. Enfin, chez un fœtus long de 16 centimètres, expulsé par une malade atteinte de rétrécissement mitral, l'auteur a pu justement observer des lésions qui rappelaient « à un cheveu près » celles qu'il avait constatées chez les enfants d'éclamptiques.

Quant aux lésions du foie, M. Dienst pense qu'elles relèvent de la même intoxication hématique que celles des autres viscères et que leur importance causale, dans l'apparition de l'accès éclamptique, est bien moindre que celle de l'insuffisance cardiaque. Par contre, elles ont une grande influence sur le pronostic de l'accès, étant donné le rôle épurateur du foie.

Les courants osmotiques des *excreta* marchent ordinairement du fœtus vers la mère à travers les franges choriales. Mais si le sang maternel vient à être saturé de produits toxiques, la direction de ces courants peut se renverser et amener ainsi soit la mort, soit l'éclampsie de l'enfant. On comprend alors que ce dernier ait à souffrir surtout des éclampsies légères, mais prolongées, tandis que les crises violentes, mais courtes, sont généralement moins dangereuses pour lui.

En ce qui concerne les accès éclamptiques sans albuminurie, observés soit pendant la grossesse, soit durant les suites de couches, l'auteur y voit une preuve du rôle du cœur dans la genèse de l'éclampsie. Que le cœur vienne en effet à se montrer brusquement insuffisant, et il en résultera une stase : l'élimination rénale se faisant alors imparfaitement, l'éclampsie se déclarera avant que les altérations ou les symptômes propres aux néphrites aient eu le temps de se développer. Mais si l'éclampsie se prolonge, les lésions rénales se constituent et l'albuminurie apparaît : ainsi s'expliquent les albuminuries tardives des accès primitivement non albuminuriques. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 2.) — R. DE B.

Gastrorrhagies consécutives aux opérations abdominales, par M. Landow.

Il y a environ trois ans, M. von Eiselsberg a attiré l'attention sur des hémorrhagies gastriques et duodénales survenant après des interventions portant sur la cavité abdominale, sans intéresser ni l'estomac, ni le duodénum (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 133). M. Landow a eu l'occasion d'observer trois faits de ce genre.

Dans le premier, il s'agissait d'une jeune fille de vingt et un ans, qui fut admise à l'hôpital de Wiesbaden pour une tumeur du côté droit du bas-ventre. On pratiqua une laparotomie au cours de laquelle on constata que la tuméfaction était due à un abcès intrapéritonéal. Deux jours après, l'opérée fut brusquement prise de vomissements, rejetant un liquide plus ou moins coagulé et qui ressemblait à du marc de café. Malgré des injections sous-cutanées d'eau salée et de camphre, elle succomba le même jour, avec des phénomènes de faiblesse cardiaque. A l'autopsie, on trouva sur la paroi postérieure de l'estomac, dans le voisinage de la petite courbure, trois petites ulcérations, dont une s'étendait jusqu'à la couche séreuse. Or, avant son admission à l'hôpital, cette jeune fille avait toujours été bien portante et n'avait jamais offert le moindre symptôme susceptible de faire croire à l'existence d'un ulcère gastrique.

Le deuxième cas a trait à une femme de quarante-cinq ans, à laquelle on pratiqua, sous le chloroforme, une cholécystotomie pour lithiase biliaire. Après l'opération, la malade vomit à plusieurs reprises, sans présenter, cependant, d'hématémèses; mais au bout de trois jours elle rejeta par la bouche 300 c.c. environ de sang, en même temps que le pouls devenait filiforme et difficile à compter. On fit alors des injections hypodermiques répétées de solution de chlorure de sodium et la patiente ne tarda pas à se rétablir.

Enfin, dans le troisième cas il s'agissait d'un homme de trente-six ans, opéré pour un abcès de la région iléo-cæcale et qui avait eu, quinze ans auparavant, une crise violente de pérityphlite. Le lendemain même de l'intervention, on constata des hématémèses répétées avec asthénie cardiaque. Là encore, on parvint à éviter l'issue fatale grâce à des injections d'eau salée.

L'auteur serait porté à croire que les accidents en question sont imputables à la chloroformisation, encore que le chloroforme employé dans les trois cas relatés ci-dessus fût chimiquement pur : il s'agirait vraisemblablement d'une idiosyncrasie particulière à l'égard de cet anesthésique qui, en provoquant des vomissements violents, pourrait également déterminer des gastrorrhagies. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — L. CH.

Des modifications des vaisseaux de la muqueuse nasale au cours des néphrites, par M. Schönemann.

Ayant fait l'examen de la muqueuse nasale et des cavités accessoires du nez chez 8 sujets morts de néphrite, l'auteur a pu constater les deux particularités suivantes :

1° Dans 6 cas, les cavités accessoires étaient le siège de lésions inflammatoires plus ou moins prononcées. Contrairement à l'opinion de certains rhinologistes qui considèrent ces inflammations des sinus comme analogues à celles des séreuses, qu'on observe souvent au cours des néphrites, M. Schönemann croit que les sinusites des néphritiques résultent plutôt d'une invasion de ces cavités par des microorganismes pathogènes, invasion se produisant à la fin de la maladie, alors que la force de résistance de l'organisme se trouve réduite au minimum. Il fait remarquer, à l'appui de sa manière de voir, que les sinus du nez possèdent un revêtement muqueux et non séreux, et que, d'ailleurs, un phénomène identique s'observe souvent chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire;

2° Chez les 8 malades en question, la muqueuse avait une coloration jaunâtre et était parsemée de taches brunâtres, comme si des hémorrhagies avaient eu lieu antérieurement à sa surface. Ce qui rendait cette supposition très vraisemblable, c'était la présence, dans quelques cas, de croûtes jaunâtres au niveau des cornets; les fosses nasales d'un des cadavres examinés renfermaient même du sang presque liquide.

Il était donc probable que tous ces sujets avaient eu des épistaxis au cours de leur affection rénale. Ce fait est assez généralement connu, mais ce qui l'est moins, c'est la pathogénie et la provenance de ces épistaxis. Pour élucider ce point, l'auteur a soumis à l'examen microscopique la muqueuse nasale de ces 8 patients, ce qui lui a permis de constater que les principales modifications que cette muqueuse subit au cours de la néphrite consistent en une augmentation du nombre des capillaires périphériques qui, en même temps, se rapprochent de plus en plus de la surface; ils arrivent ainsi à perforer la membrane basale et quelques anses capillaires s'insinuent même entre les cellules épithéliales. Il se produit bientôt une déchirure des cellules épithéliales et des capillaires situés au-dessous ou à côté d'elles, et il en résulte une hémorrhagie en nappe qui peut être plus ou moins abondante, selon le nombre des capillaires ouverts.

Cette prolifération des vaisseaux capillaires, qui ne peut être attribuée à une simple stase sanguine causée par l'affection principale, est considérée par M. Schönemann comme la véritable modification caractéristique de la muqueuse nasale au cours de la néphrite. D'un autre côté, on n'observe pas dans la stase sanguine simple, en dehors de la néphrite, de perforation de la membrane basale et de l'épithélium par les capillaires, ni d'hémorrhagie capillaire. Cette lésion serait donc particulière à la néphrite; l'auteur l'explique par l'apparition, dans le sang, de certaines substances de nature à diminuer la résistance qu'opposent les tissus (épithélium, membrane basale, paroi des capillaires) à la pression sanguine.

Dans un cas, on a pu constater l'existence de globules rouges dans la couche sous-épithéliale, sans qu'il y eût en même temps déchirure de l'épithélium ni des parois vasculaires. Il s'agissait là évidemment d'un phénomène de diapédèse.

M. Schönemann considère les altérations qui viennent d'être décrites comme une manifestation constante et régulière de la néphrite; et cela d'autant plus que l'examen de la muqueuse nasale de 75 sujets morts d'affections autres que la néphrite ne lui a révélé rien de semblable. Les épistaxis des néphritiques, étant de nature capillaire, punctiformes, peuvent être très peu abondantes et passer inaperçues; tel a été le cas de 8 individus dont les cadavres ont été examinés par l'auteur et dont l'observation clinique ne renfermait aucune mention d'épistaxis. Mais lorsque ces dernières deviennent abondantes et rebelles, au point de nécessiter l'intervention du médecin, celui-ci devra se rappeler qu'il s'agit d'hémorrhagies en nappe et procéder immédiatement au tamponnement, sans s'attarder à chercher le point précis qui saigne, pour y porter le galvanocautère ou un caustique chimique quelconque. (*Arch. f. Laryngol.*, XII, 3.) — S. J.

Contribution à l'œdème bulleux de la vessie, par M. O. Th. Lindenthal.

L'œdème bulleux de la vessie a été rencontré dans nombre d'affections vésicales ou périvésicales; il ne semble pas qu'on en ait encore signalé l'apparition à la suite de l'application d'un pessaire, comme M. Lindenthal vient d'en observer un cas.

Une femme de cinquante-deux ans était atteinte de cystocèle avec prolapsus utérin et l'on jugea bon de lui faire porter un pessaire annulaire. Quelques jours à peine après l'application de celui-ci, elle fut prise de phénomènes de cystite avec ténesme : un examen cystoscopique révéla l'existence d'un œdème bulleux dans la région du trigone. Le pessaire ayant été retiré, les symptômes vésicaux, objectifs et fonctionnels, s'amendèrent presque aussitôt; sur la muqueuse vésicale on ne voyait plus qu'une petite tache hémorrhagique. On remit alors le pessaire, mais immédiatement le ténesme vésical et l'œdème reparurent. Le pessaire fut enlevé une seconde fois; l'œdème se résorba, mais à son niveau se montraient de petites taches hémorrhagiques et une nécrose partielle de la muqueuse.

Ces derniers accidents — sauf l'œdème — s'étant reproduits chaque fois qu'on voulut réappliquer le pessaire, la malade consentit à se laisser opérer de son prolapsus génital. On prit soin seulement, en exécutant la vaginofixation,

de se tenir à distance de la vessie, dans la crainte de favoriser une nouvelle nécrose de la muqueuse et une perforation vésicale.

Il est à supposer que, dans le cas particulier, l'œdème bulleux et la nécrose consécutifs à la compression par le pessaire trouvèrent quelque condition adjuvante dans une distribution un peu spéciale des vaisseaux. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Ligature de l'aorte abdominale pour anévrysme, par M. Robert T. Morris.

L'opération relatée dans le présent travail serait la quatorzième seulement de ce genre; bien qu'elle n'ait pas été plus heureuse que les précédentes, la technique employée par M. Morris mérite d'être signalée.

Il s'agissait d'une négresse de vingt-quatre ans, indemne de syphilis à son dire, mais chez laquelle l'autopsie démontra l'existence de lésions aortiques vraisemblablement spécifiques. Sa maladie datait de quatre mois; elle avait débuté par des symptômes à forme gastrique : vomissements et douleurs à l'épigastre; depuis deux mois, on pouvait constater dans la région épigastrique, à la vue comme au palper, une tumeur pulsatile, offrant tous les signes d'un anévrysme de l'aorte abdominale. Il y avait en outre de la dyspnée (26 respirations par minute) et un peu de fièvre (80 pulsations par minute et 37°7 de température); les urines contenaient du pus, de l'albumine et des cylindres. Une laparotomie, allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, permit de reconnaître que la base de l'anévrysme s'étendait du tronc cœliaque à un point situé un peu au-dessous de l'artère mésentérique. L'aorte ayant été dénudée à 5 centimètres en aval du sac et à 3 centim. 1/2 en amont de la bifurcation iliaque, on l'étreignit dans une sonde molle en caoutchouc de 12 millimètres de circonférence, que l'on serra jusqu'à ce que les pulsations des artères crurales fussent abolies; la striction du lien élastique fut maintenue, non par un nœud, mais par une pince à forcipressure. Le but de M. Morris était simplement de suspendre la circulation dans le sac, pour permettre à des caillots de s'y former, puis de laisser le sang reprendre son cours; l'épaisseur du lien de caoutchouc devait avoir pour effet d'éviter la rupture de la tunique interne du vaisseau.

L'opération dura trente minutes, mais la plus grande partie de ce temps fut absorbée par l'hémostase des tissus rétro-péritonéaux. Au moment où la ligature fut serrée, le pouls s'éleva à 148 et la respiration à 48; neuf heures après l'opération, ils étaient redescendus respectivement à 104 et à 36; la température se maintenait à 37°7. Les jambes, froides jusqu'alors, avaient repris quelque chaleur, mais elles étaient très douloureuses, parésiées et anesthésiques; il y avait, en outre, de l'incontinence vésicale et rectale. Après vingt-deux heures, les pulsations aortiques commencèrent tout à coup à diminuer et la tumeur à s'affaisser; cinq heures plus tard, les premières avaient complètement cessé et la seconde avait presque entièrement disparu. On en profita pour retirer la sonde et la pince dont les extrémités ressortaient par la plaie abdominale : à ce moment, le pouls remonta à 140, mais il revint presque aussitôt à 60; les artères fémorales se remirent à battre, la sensibilité des jambes et la contractilité des sphincters reparurent. La malade, qui avait jusque-là beaucoup souffert, se sentait très bien; malheureusement la nuit suivante éclatait une septicémie aiguë et la patiente succombait cinquante-trois heures après l'opération.

L'autopsie permit de voir que la cause de cette septicémie résidait dans une plaque de sphacèle apparue sur une anse intestinale, à son point de contact avec la pince. Il en était résulté l'infection de l'exsudat séreux entourant le lieu de la ligature. L'anévrysme contenait des caillots; une embolie s'en était détachée et occupait l'artère iliaque droite. L'endartère, au niveau du point étreint par la ligature, semblait sain; cependant, après durcissement dans la formaline, il parut légèrement craquelé.

L'opération dont il s'agit démontre en tout cas la possibilité d'interrompre la circulation aortique pendant un temps assez long et de la voir se rétablir ensuite. (*Ann. of Surgery*, février 1902.) — R. DE B.

La pneumonie latente, par M. H. Littlejohn.

Le présent mémoire est basé sur trente-trois autopsies que l'auteur a eu l'occasion de pratiquer dans des cas de mort subite et où il constata l'existence de lésions pneumoniques très avancées qui n'avaient donné lieu, pendant la vie, à aucune manifestation morbide tant soit peu appréciable. C'est qu'en effet, la pneumonie peut rester latente pendant toute la durée de son évolution, le patient continuant à vaquer à ses occupations jusqu'au moment même de sa mort, et cela quelle que soit l'étendue des altérations pulmonaires. Le plus souvent, il est vrai, les lésions restent limitées, en pareille occurrence, à la base du poumon, la pneumonie du sommet étant rarement latente.

Cette forme particulière de pneumonie paraît beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme (27 hommes contre 6 femmes) et s'observerait surtout après l'âge de quarante ans. Elle semble étroitement liée aux habitudes alcooliques, l'alcool émoussant, d'une part, la sensibilité du malade et le maintenant, d'autre part, dans un état de surexcitation qui lui permet de ne pas s'aliter. La mort subite ne survient, la plupart du temps, que lorsque le processus morbide est déjà arrivé à la phase d'hépatisation grise. Comme toute autre affection pulmonaire, la pneumonie latente se produit plus fréquemment durant la saison froide que pendant l'été; c'est ainsi que sur les 33 cas de mort subite par pneumonie lente, relatés par M. Littlejohn, 17 ont été enregistrés en hiver, 6 au printemps, 2 seulement en été et les 8 autres en automne.

On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, toute l'importance que présente la connaissance de cet état morbide au point de vue médico-légal : en décelant, à l'autopsie d'un sujet décédé subitement, l'existence d'une pneumonie latente, le médecin légiste aura trouvé l'explication naturelle de la mort survenue dans des conditions qui peuvent, à première vue, faire songer à la possibilité d'un crime. Toutefois, comme la présence de lésions pneumoniques n'exclut pas d'une manière absolue l'action possible d'autres causes, il importe de procéder toujours à un examen minutieux du cadavre, et surtout de s'assurer de l'absence de toute trace de violence du côté de la cage thoracique. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril 1902.) — L. CH.

Nouveau symptôme de la brièveté du cordon ombilical, par M. Samuel M. Brickner.

Aux divers symptômes de brièveté du cordon, M. Brickner en ajoute un nouveau, qui existait dans 2 cas de cette anomalie qu'il a eu l'occasion d'observer. Ce signe consiste en l'émission par la mère d'un jet brusque d'urine, dans l'intervalle des contractions utérines, émission qui se produit aussitôt après le retrait de la tête fœtale et pendant la période d'engagement ou de descente.

Le mécanisme de production de ce phénomène est facile à comprendre : tant que la tête est retenue au détroit supérieur, la vessie conserve ses rapports avec la face postérieure de la symphyse du pubis. Mais, dès que l'engagement et la descente se prononcent, le réservoir urinaire est refoulé par la tête et remonte vers le grand bassin; le canal de l'urèthre se trouve ainsi distendu, en même temps que sa lumière s'efface sous la compression de la tête : on en a la preuve dans les difficultés — voire l'impossibilité — du cathétérisme à ce moment. L'urine s'accumule donc dans la vessie aussi longtemps que cette situation persiste. Mais, dans le cas de brièveté du cordon, la tension élastique de ce dernier amène, entre chaque douleur, le retrait de la tête vers le grand bassin : il en résulte que la compression du canal cesse, et le corps de la vessie, plus ou moins excité par ces compressions et décompressions alternatives, se contracte et chasse vivement les urines qu'il contient, d'où le jet observé. Cette émission dure jusqu'à ce que la vessie soit vide ou que la tête redescende.

On comprend que, si les douleurs sont trop rapprochées, le symptôme en question puisse faire défaut, les urines n'ayant pas le temps de s'accumuler dans la vessie en quantité suffisante. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Les symptômes nerveux dans la fièvre typhoïde, par M. J. T. Noordijk.

Dans le présent travail, M. Noordijk résume les constatations qu'il a faites dans une série de 70 ou 80 cas, au point de vue des manifestations nerveuses de la dothiénentérie.

Un symptôme très commun chez les typhoïdiques qui offrent un certain degré de prostration est la *catatonie :* elle consiste en ce que, si on soulève doucement le bras du patient, tout en l'interrogeant — et pour ainsi dire à son insu —, le membre demeure pendant un certain temps dans l'attitude où on l'a placé; quand la fatigue commence à se traduire par du tremblement, il n'est même pas rare de voir le sujet élever son bras encore un peu plus haut, tout comme s'il avait conscience d'obéir à un ordre. Une autre manifestation de la catatonie est ce fait d'observation courante que les dothiénentériques, quand on les prie de montrer leur langue, la laissent dehors jusqu'à ce qu'on les oblige en quelque sorte à la rentrer. La catatonie manque habituellement dans les cas graves : on peut donc la considérer comme un symptôme plutôt favorable.

Lorsque la catatonie fait défaut, il existe du tremblement musculaire; au niveau de la main et des doigts, ce tremblement rappelle assez bien celui de la paralysie agitante. Cette trépidation motrice est d'un pronostic assez sévère. Elle s'étend parfois à tous les muscles, même à ceux de la tête, qui est alors agitée d'oscillations continues.

Chez les malades gravement atteints, on constate généralement un *négativisme* marqué, c'est-à-dire qu'on ne peut leur faire suspendre les mouvements commencés, abandonner les objets saisis, accepter des boissons ou médicaments, etc. En pareil cas, les troubles de la conscience sont beaucoup plus profonds que chez les catatoniques et on arrive avec peine à se faire comprendre des patients.

Les réflexes vasculaires existent chez les typhoïdiques et les excitations mécaniques de la peau amènent assez facilement la vasodilatation. Mais ces phénomènes sont habituellement peu prononcés. M. Noordijk a eu quelquefois l'occasion de comparer, à ce point de vue, la méningite et la dothiénentérie: dans la première de ces affections, le réflexe apparaît rapidement, la rougeur est intense et persiste longtemps; c'est le contraire qui a lieu dans la fièvre typhoïde, et ces différences peuvent être utiles au point de vue du diagnostic.

Le réflexe patellaire et celui du tendon d'Achille sont faibles et inégalement accentués d'un côté à l'autre, au début de la maladie. Plus tard, et dans les cas graves, ils se renforcent jusqu'à s'accompagner d'un véritable clonisme. Cette particularité persiste jusque pendant la convalescence et semble tenir à l'affaiblissement de la fibre musculaire. En ce qui concerne les autres réflexes, l'auteur n'a observé aucune anomalie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 avril 1902.) — R. DE B.

De l'influence de l'alcool sur la sécrétion du suc gastrique, par M. C. A. Pekelharing.

Il est de tradition que l'ingestion de boissons plus ou moins alcoolisées facilite la digestion. Dans le présent travail, M. Pekelharing relate une série de recherches qu'il a faites dans le but de se rendre compte de la légitimité de cette opinion, si vivement contestée de nos jours par les adeptes du mouvement antialcoolique.

A cet effet, il prépara un gros chien de 24 kilogrammes suivant la méthode de Pavlov, c'est-à-dire qu'il lui pratiqua tout d'abord une fistule stomacale, puis une fistule œsophagienne, celle-ci consistant en l'abouchement des deux segments de l'œsophage cervical à la peau, de façon que les aliments masticés ne pussent parvenir jusqu'à l'estomac. Les expériences consistèrent à recueillir le suc gastrique sécrété soit sous l'influence de la vue des aliments, soit sous l'influence de la mastication et de la déglutition (repas fictif, puisque les aliments n'arrivaient

point dans l'estomac). Avant, pendant ou après ce « repas fictif », on administrait en lavement 200 c.c. d'une solution alcoolique à 5 %; cette dilution étendue avait l'avantage de n'entraîner aucun trouble dans l'état général du chien.

Au moyen de ces expériences, répétées pendant un an, l'auteur a pu constater que le lavement alcoolisé activait toujours la sécrétion du suc gastrique. Cette augmentation était surtout évidente quand la sécrétion était déjà en voie de diminution, ce qui était le cas lorsque le « repas fictif » s'accomplissait depuis un moment; il suffisait alors d'administrer le lavement alcoolisé pour voir aussitôt la sécrétion augmenter considérablement et dépasser de beaucoup la quantité sécrétée antérieurement. Cette hypersécrétion était bien le fait de l'alcool, car des lavements salins, peptonisés ou autres, se montrèrent à cet égard sans aucun effet. Par contre, le lavage direct de la muqueuse stomacale avec un liquide alcoolisé ne déterminait qu'une augmentation insignifiante dans la sécrétion du suc gastrique.

La composition de ce dernier, lors des crises hypersécrétoires provoquées par l'alcool, n'était pas identique à ce qu'elle était avant l'administration du lavement alcoolique : la teneur en pepsine diminuait, tandis que la proportion d'acide s'élevait considérablement. Mais la quantité de liquide augmentant, il en résultait que le total de la pepsine produite demeurait à peu près le même; la puissance digestive du suc se trouvait donc réellement accrue de tout l'excédent d'acide chlorhydrique.

Les expériences précédentes prouvent que l'alcool n'intervient pas par contact : il n'agit sur les glandes de l'estomac qu'après avoir été absorbé par l'intestin et avoir passé dans le sang. En effet, on ne peut supposer que le lavement refluât jusque dans l'estomac : le suc gastrique recueilli était un liquide clair, et le moindre reflux du contenu duodénal se serait trahi — et se trahissait quelquefois — par une coloration jaune due à la bile. Une fois dans le sang, l'alcool amène soit directement, en agissant sur les glandes, soit indirectement, en excitant le système nerveux, l'hypersécrétion acide, laquelle entraîne peut-être plus ou moins mécaniquement la pepsine.

L'alcool semble donc avoir sur la digestion une influence bienfaisante, mais non indispensable. D'autre part, ses avantages mêmes font pressentir ses dangers, car il se peut que cette hypersécrétion acide et cette diminution relative de la pepsine déterminent à la longue soit une inflammation chronique de la muqueuse, soit une insuffisance de l'action digestive du suc gastrique. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 avril 1902.) — R. DE B.

Des cellules éosinophiles du contenu intestinal, par M. J. E. G. VAN EMDEN.

Dans le présent travail, l'auteur expose le résultat de ses recherches concernant la présence de leucocytes éosinophiles dans les fèces, et notamment leur signification en cas de colite muqueuse ou pseudo-membraneuse.

Après avoir indiqué que ces éléments se rencontrent, avec une abondance variable, dans le contenu intestinal de sujets atteints d'affections diverses (helminthiase, catarrhes aigus ou subaigus, constipation chronique, surtout après administration de séné, etc.) — ce qui enlève toute valeur diagnostique à leur constatation —, il fait observer qu'on les trouve aussi assez fréquemment dans la colite muqueuse ou pseudo-membraneuse, où ils sont cependant considérés comme exceptionnels : ils existaient en assez grand nombre dans 7 cas sur 19 qu'il a examinés; trois autres fois, il a pu les déceler à l'état isolé.

Mais c'est surtout le rapprochement que M. Van Emdem établit entre cette variété de colite et l'asthme nerveux, qui nous paraît devoir être signalé : dans l'asthme nerveux, en effet, on rencontre également des leucocytes éosinophiles, qui, à vrai dire, sont mononucléaires, alors que dans l'intestin ils sont polynucléaires. Il existe, d'ailleurs, d'autres points de contact entre ces deux affections : l'une et l'autre surviennent par crises, s'accompagnent de phénomènes spasmodiques douloureux, frappent des sujets nerveux, se réveillent sous l'influence des émotions ou de toute cause irritative légère et aboutissent à l'expulsion d'un produit sécrétoire spécial; il est donc à présumer que toutes deux relèvent d'un trouble nerveux encore inconnu conduisant à certains désordres fonctionnels. En tout cas, pour ce qui est de la colite, la conclusion de l'auteur est qu'il n'y a aucun parallélisme entre la composition du sang et la teneur des fèces en leucocytes éosinophiles. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er mars 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Exophtalmie par gomme des muscles extrinsèques, par MM. C. FRUGIUELE et A. BEVACQUA.

Les auteurs, dans le présent travail, relatent l'observation d'une femme de trente-deux ans, sans antécédents dignes d'être notés, qui, un mois après un accouchement, vit survenir un gonflement de la moitié droite du front, de la région sourcilière et du pourtour de l'orbite, sans douleur ni modifications du côté de la peau, en même temps qu'il se produisait de la protrusion de l'œil correspondant. Peu à peu, la tuméfaction rétrocéda, mais l'exophtalmie ne fit que s'accroître. Quand MM. Frugiuele et Bevacqua virent cette femme pour la première fois, on constatait que le globe oculaire droit était repoussé en avant et en bas; son excursion était limitée en haut, et on notait de la diplopie quand on ordonnait à la patiente de regarder en haut avec les deux yeux; l'acuité visuelle était de $^2/_3$. Il existait en outre un ptosis léger et un peu de tuméfaction du maxillaire supérieur. Ce dernier symptôme, ainsi que la constatation de pléiades ganglionnaires aux aines, fit admettre le diagnostic de syphilis orbitaire, et l'on prescrivit le traitement spécifique, qui fut poursuivi durant cinq mois environ.

Au bout de ce laps de temps, les auteurs eurent l'occasion de revoir cette femme, dont l'état s'était notablement aggravé : l'exophtalmie avait augmenté au point qu'on percevait presque le pôle postérieur du bulbe à travers les paupières; le globe était à peu près absolument immobilisé; les paupières étaient œdématiées; enfin le lagophtalmos avait entraîné une kératite ayant complètement aboli la vue; de plus, des douleurs irradiant par toute la tête constituaient pour la malade un martyre presque continuel. En présence d'un état aussi inquiétant, et étant donnée l'inefficacité de la médication mercurielle et iodurée prolongée durant plusieurs mois, on crut à une erreur de diagnostic, et, l'hypothèse de sarcome paraissant la plus vraisemblable, on pratiqua l'énucléation. On trouva ainsi une tumeur du volume d'une amande, siégeant à la partie postéro-supérieure de l'orbite; le droit externe était, en outre, hypertrophié. Les suites opératoires furent bénignes. Or, l'examen microscopique révéla que la tumeur principale était une gomme développée aux dépens du droit supérieur, peut-être aussi de l'élévateur de la paupière, et que le droit externe était atteint de myosite chronique interstitielle.

Ajoutons que quelques mois plus tard cette femme eut à nouveau un gonflement du maxillaire supérieur, qui céda à l'administration du traitement antisyphilitique.

Passant en revue, à propos de ce fait, les observations publiées jusqu'à ce jour d'exophtalmie de nature syphilitique, les auteurs proposent de les ranger en trois catégories : 1° exophtalmie par lésion des parois orbitaires : c'est de beaucoup la plus commune; 2° exophtalmie par lésion des cavités voisines, ayant envahi secondairement l'orbite; on n'en connaîtrait que 2 cas, appartenant l'un à Busch, l'autre à Hennebert et Coppez; 3°, enfin, exophtalmie par lésion du contenu orbitaire; celle-ci serait également très rare; elle pourrait être déterminée par une gomme soit du tissu cellulaire rétro-bulbaire (un cas de MM. Gaucher et Lacapère), soit des muscles extrinsèques (une observation de Rollet père, une d'Elsenberg, enfin le cas personnel des auteurs). (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei med. e natural.*, XI, 6.) — F. F.

Sur les poisons de certaines moisissures; contribution à l'étiologie de la pellagre, par M. MELCHIORRE DI PIETRO.

S'il est à peu près généralement admis aujourd'hui que la cause de la pellagre doit être recherchée dans l'usage de maïs altéré, il faut convenir, cependant, qu'on n'a pu jusqu'ici déceler la substance qui donne à cette céréale ses propriétés pathogènes. C'est dans le but d'élucider ce point que M. Di Pietro a entrepris, à l'Institut d'hygiène de Rome, une série de recherches expérimentales dont il expose les résultats dans le présent travail.

Il s'est efforcé, tout d'abord, d'isoler les microorganismes (bactéries et champignons inférieurs) que renferment soit le maïs spontanément altéré, provenant de localités pellagreuses, soit le maïs placé dans des conditions favorables au développement des moisissures (chaleur humide); les espèces qu'il a pu ainsi différencier et cultiver sont surtout des *Penicillium*, puis des *Aspergillus*, des *Mucor*, un *Bothrytis*, divers blastomycètes, saccharomycètes et schizomycètes.

Il s'est alors assuré que le maïs sur lequel s'étaient développés ces végétaux inférieurs était absolument inoffensif, à condition qu'on le débarrassât soigneusement des moisissures qui le recouvraient. C'était donc dans ces dernières qu'il fallait chercher le corps du délit; après un certain nombre d'essais, un seul de ces parasites se montra doué de propriétés pathogènes, à savoir une variété de *Penicillium glaucum* remarquable par la couleur verte que prennent ses cultures quand les spores sont arrivées à maturité.

Le poison que contient ce champignon est localisé dans les spores; ce n'est en effet qu'au troisième jour — c'est-à-dire au moment où apparaissent celles-ci — que les cultures commencent à devenir toxiques, et d'autre part l'ingestion de *mycelium* seul, après ablation de toutes les spores, ne détermine pas le moindre trouble. Le poison en question possède une grande fixité, car il résiste à la putréfaction comme à une ébullition de plusieurs heures; il est soluble dans l'alcool et dans l'éther de pétrole, et les extraits alcoolique et éthéré de spores exercent la même action que les spores elles-mêmes.

Les divers animaux sont inégalement sensibles à ce toxique; c'est ainsi que le poulet lui est à peu près réfractaire; par contre, le chien, le chat, le lapin, etc., présentent, après ingestion des spores de ce champignon, des phénomènes d'intoxication aiguë caractérisée par des vomissements, de la diarrhée, de la prostration, de la dyspnée, des phénomènes parétiques, etc. L'auteur a essayé sur lui-même, pendant dix-neuf jours consécutifs, l'effet de ces spores : il a présenté des troubles de même genre, qui ne disparurent que très lentement après la fin de l'expérience.

Il semble bien que ce soit là l'agent pathogène de la pellagre, d'autant que l'injection préventive de 8 c.c. du sérum d'une pellagreuse récemment guérie mit un cobaye à l'abri de tout accident, tandis que des témoins ayant reçu la même dose de spores présentèrent les phénomènes habituels, et cela même quand on leur avait inoculé préventivement du sérum humain normal. (*Ann. d'igiene sperim.*, XII, 1.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

Traitement de la fièvre puerpérale par le sérum antistreptococcique, par M. THEMERSON.

L'auteur a récemment observé une petite épidémie de fièvre puerpérale, ayant porté sur 11 femmes : 4 patientes, traitées par le sérum antistreptococcique, guérirent, tandis que sur les 7 autres, non soumises à ce traitement, 4 finirent par succomber. Toutefois, M. Themerson se borne à relater une seule observation ayant trait à l'emploi de la sérothérapie antistreptococcique, associée, d'ailleurs, à d'autres moyens thérapeutiques, de sorte qu'il est, somme toute, assez malaisé de faire la part qui revient au sérum dans la guérison des accidents.

Il s'agissait d'une secondipare qui, délivrée par une sage-femme, fut prise, dès le lendemain, de frissons avec hyperthermie et prostration. M. Themerson vit la patiente pour la première fois au septième jour de la maladie. Il constata l'existence d'un écoulement vaginal muco-purulent, et, en explorant la cavité utérine, il trouva sur la paroi gauche de la matrice un

fragment de placenta, qu'il put extraire à l'aide de la main. Cette intervention donna issue à des débris de membranes et à du pus fétide en quantité. On désinfecta la cavité utérine au moyen de 2 litres d'une solution d'acide phénique à 4 %, ce qui ne produisit qu'un abaissement thermique de 0°2. La patiente ayant commencé à délirer, on prescrivit du chloral, en même temps qu'on fit une injection sous-cutanée d'éther pour combattre la prostration. Puis, on injecta 20 c.c. de sérum antistreptococcique et on ordonna une potion de caféine. Au bout de quinze heures, la température, qui auparavant était de 40°6, tomba à 37°4 et le pouls devint plus plein. Mais, le jour suivant, le thermomètre monta de nouveau et une seconde injection de 20 c.c. de sérum antistreptococcique fut faite; l'hyperthermie diminua alors peu à peu pour augmenter encore, au bout d'un certain temps, sous l'influence de la formation de quelques abcès sous-cutanés. Ceux-ci une fois incisés, tout rentra dans l'ordre, et, un mois et demi environ après l'accouchement, la guérison fut complète.

L'auteur attribue cette issue favorable uniquement à l'action de la sérothérapie, mais les détails sus-mentionnés et, en particulier, la durée considérable de la maladie sont loin de militer en faveur de l'efficacité spécifique du sérum antistreptococcique; il est, du reste, permis de se demander si le résultat thérapeutique, dans le cas dont il s'agit, n'a pas été dû au traitement local (associé à l'emploi de caféine, etc.), tout au moins au même titre qu'à la sérothérapie. (*Kronika lekarska*, 15 avril 1902.) — L. CH.

Des exostoses multiples chez les enfants, par M. J. Brudzinski.

En explorant le pouls chez un petit garçon de huit ans, l'auteur remarqua la présence d'excroissances osseuses pointues sur le radius, ainsi qu'entre cet os et le cubitus. Il procéda alors à l'examen de tout le squelette et put ainsi constater l'existence, chez cet enfant, d'exostoses multiples, dont les unes n'étaient guère plus grosses qu'un petit pois, tandis que d'autres avaient plusieurs centimètres de circonférence. Les exostoses les plus volumineuses siégeaient dans le voisinage du genou, sur les faces interne et externe du fémur et dans le creux poplité. On en percevait également sur les deux tibias, aux articulations sterno-claviculaires, ainsi que sur les omoplates, sur les humérus et sur les côtes, toujours dans les parties avoisinant le cartilage. Par contre, les os du crâne étaient absolument indemnes de toute lésion de ce genre. Le nombre total des exostoses dépassait la cinquantaine. Au dire de la mère du petit patient, elles existaient déjà depuis longtemps, sans occasionner, d'ailleurs, à l'enfant la moindre sensation désagréable ni gêner en quoi que ce soit la liberté des mouvements des extrémités.

Fait à remarquer, la sœur de ce garçon, âgée de trois ans, présentait également des exostoses multiples, localisées surtout aux omoplates et aux radius et quelque peu moins nombreuses sur les côtes et aux articulations sterno-claviculaires. De plus, l'interrogatoire de la mère de ces deux enfants apprit que leur père avait été atteint des mêmes lésions.

En se basant sur l'existence de ces productions osseuses chez trois membres d'une même famille et dans deux générations successives, M. Brudzinski serait porté à admettre que les exostoses congénitales multiples constituent une manifestation d'une structure héréditairement vicieuse du squelette. Leur localisation prédominante au voisinage des articulations semble indiquer qu'il s'agit ici surtout d'un phénomène de croissance, ayant pour point de départ le système cartilagineux. (*Gaz. lekarska*, 31 mai 1902.) — L. CH.

PUBLICATIONS PORTUGAISES

L'ataxie locomotrice et la doctrine de la spécificité, par M. V. de Britto.

Après avoir fait ressortir toutes les objections que soulève la doctrine qui considère le tabes comme une affection de nature toujours spécifique, M. de Britto relate 8 observations personnelles qui lui paraissent de nature à montrer qu'à côté de la syphilis l'ataxie locomotrice reconnaît d'autres facteurs étiologiques peut-être tout aussi importants.

C'est ainsi que, sur les 8 cas dont il s'agit, la vérole ne figure que 5 fois parmi les antécédents des malades; les 3 autres patients niaient énergiquement l'avoir eue et n'en présentaient d'ailleurs pas la moindre trace. De plus, il était facile de se convaincre que l'existence d'un rapport de cause à effet entre la vérole et le tabes ne pouvait être admise que pour 3 des 5 syphilitiques, la vérole devant être considérée, chez les 2 autres, sinon comme un simple accident, tout au moins comme un facteur uniquement prédisposant.

En effet, dans l'un de ces cas, l'ataxie était survenue vingt-huit ans après l'infection syphilitique. Déjà cet intervalle rend à lui seul peu probable l'existence d'un rapport causal entre les deux maladies, car la durée maxima d'incubation, même pour les partisans les plus absolus de la spécificité du tabes, ne dépasse pas vingt à vingt-deux ans. Si l'on songe, d'autre part, que les premiers symptômes tabétiques, chez le malade en question, s'étaient déclarés dans des circonstances exceptionnelles, à la suite de déboires et de malheurs extrêmement graves, ayant entraîné, après une crise, un surmenage physique et intellectuel énorme, la première idée qui vient à l'esprit, c'est de considérer et cette crise morale, et surtout ce surmenage, comme la cause unique ou du moins principale des troubles ataxiques.

Chez le deuxième sujet de la même catégorie, le chancre avait précédé de dix-sept ou dix-huit ans le début du tabes. La santé générale était restée excellente pendant une dizaine d'années, lorsque cet homme contracta des fièvres paludéennes qui ne le quittèrent plus jusqu'au moment où il commença à ressentir des troubles ataxiques, et ceux-ci se manifestèrent pour la première fois immédiatement après un accès plus violent que les autres. Dans ce cas, comme dans le précédent, il semble logique, sinon de nier complètement le rôle de la syphilis, du moins de reconnaître qu'un autre facteur avait agi en même temps qu'elle.

Parmi les cas où la vérole pouvait être exclue avec certitude, il en est un particulièrement intéressant, en ce qu'il montre le tabes survenant chez un sujet franchement arthritique, issu de parents également arthritiques, et dont les enfants présentaient, à leur tour, des manifestations multiples de la même diathèse.

Le traitement spécifique est resté sans résultat dans tous les cas de M. de Britto. Chez le premier des malades cités plus haut, il a paru même exercer une action plutôt défavorable, en hâtant la marche d'une atrophie optique.

L'auteur conclut de ces faits que, dans l'étiologie du tabes, on doit tenir compte de deux facteurs, dont le premier consiste en une vulnérabilité spéciale, héréditaire ou acquise, des centres médullaires, agissant à titre de cause prédisposante, le second étant représenté par une intoxication ou une infection quelconque (syphilis, paludisme, pellagre, ergotisme, etc.), intervenant à titre de simple cause occasionnelle. (*Brazil-medico*, 8, 15 et 22 février et 1er mars 1902.) — S. J.

Un cas de traumatisme cérébral, par M. J. Ribeiro Couto.

Un homme de quarante-cinq ans reçut une balle de revolver qui pénétra dans la cavité crânienne, au niveau de la région frontale; un stylet fut introduit aussitôt à travers la plaie dans l'intérieur du crâne, à une profondeur de 13 à 15 centimètres, sans que le blessé en ressentît le moindre trouble, mais on ne put rencontrer le projectile; on se contenta d'appliquer sur la plaie un pansement antiseptique. Le lendemain, le blessé se plaignait de douleurs aiguës dans les deux épaules et ne pouvait se lever qu'avec difficulté; par contre, il mangeait assez bien et répondait correctement aux questions qu'on lui posait. Trois jours plus tard, il s'écoula par la plaie et par les fosses nasales un liquide sanieux, jaune verdâtre, teinté de sang; le patient avait la physionomie abattue et les membres en résolution complète; il ne pouvait se retourner dans son lit, disait éprouver une certaine difficulté pendant la déglutition; la nuque était dans un état de rigidité tétanique, et la peau du cou très hyperesthésiée. Deux mois environ plus tard, on se trouvait encore en présence des mêmes symptômes, auxquels s'étaient ajoutés une sensation de pesanteur et des douleurs aiguës dans la région cervicale, des bourdonnements d'oreille, des crampes dans les bras et dans les mains; les facultés intellectuelles ne semblaient pas fortement atteintes.

Actuellement — deux ans après l'accident —, cet homme est à même de travailler; de temps à autre, sa vue s'obscurcit au point qu'il est obligé d'interrompre momentanément ses occupations; il éprouve parfois la sensation d'un objet qui se déplacerait dans la région postérieure de la tête, de droite à gauche et inversement; cette sensation est particulièrement accusée lorsqu'il se lève de son lit. Il accuse toujours des bourdonnements d'oreille, des vertiges et des maux de tête.

L'auteur est convaincu que la balle est restée dans la cavité crânienne; il rappelle à ce propos un fait analogue de M. Tillaux, concernant un ingénieur qui, dans des circonstances absolument identiques, put, au bout de quatre-vingts jours, quitter l'hôpital complètement guéri et sans aucun trouble mental, tout en gardant dans la cavité crânienne la balle qu'il avait reçue. (*Brazil-medico*, 1er février 1902.) — S. J.

PUBLICATIONS RUSSES

L'anatomie de la région ombilicale dans ses rapports avec la production des hernies, par M. A. Déchine.

Dans les cas où l'anneau ombilical est complètement oblitéré ou, tout au moins, comblé par les débris des vaisseaux ombilicaux et de l'ouraque, il résiste, en général, très bien à l'augmentation de la pression intra-abdominale, alors même que la ligne blanche se trouve fortement distendue, comme on peut l'observer dans l'ascite, le météorisme, etc. A première vue, on serait porté à attribuer la résistance particulière de l'anneau ombilical à l'existence de cette couche fibreuse, allant du bord interne de la gaine de l'un des muscles droits à l'autre, que Richet a proposé d'appeler *fascia ombilicalis*, par analogie avec le fascia transversalis. Mais, d'après les recherches que l'auteur a entreprises à l'Institut d'anatomie topographique et de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Moscou, le fascia ombilicalis ne recouvrirait l'orifice ombilical que dans un cinquième des cas. M. Déchine a, du reste, eu l'occasion de se convaincre que l'anneau ombilical peut posséder une très grande résistance, sans être pour cela protégé par le fascia ombilicalis : sur le cadavre d'une jeune fille de vingt-huit ans, qui avait été atteinte d'insuffisance mitrale avec ascite abondante (8,000 c.c. de liquide), le bord inférieur du fascia ombilicalis se trouvait à 2 centimètres au-dessus de l'anneau ombilical, sans qu'on eût pu constater la moindre saillie de l'ombilic.

Malheureusement, il s'en faut de beaucoup que l'oblitération parfaite de l'anneau ombilical soit la règle : elle ne se rencontre, en réalité, que dans un tiers des cas. Chez les deux tiers des sujets, l'occlusion est, au contraire, insuffisante, et cela soit parce qu'une partie de l'anneau est occupée par du tissu adipeux, soit en raison de l'existence d'un diverticule péritonéal. Entre ces deux catégories de faits, on n'admet généralement pas de démarcation bien nette, puisque, d'après la plupart des auteurs, le mode de production habituel des hernies ombilicales de l'adulte comprendrait précisément d'abord la pénétration de la graisse dans l'anneau et, plus tard, lorsque celui-ci se trouve distendu par le tissu adipeux, la formation d'une entérocèle. Tel n'est pas l'avis de M. Déchine, qui, sans contester la possibilité de ce mécanisme, le croit, cependant, peu fréquent. Il estime que dans les cas où l'entérocèle est précédée d'une hernie purement graisseuse, le diverticule péritonéal doit être coiffé, en quelque sorte, d'un amas de tissu adipeux, comme cela se voit assez souvent dans les hernies de la ligne blanche. Or, sur 18 cas que l'auteur a eu l'occasion d'examiner, 2 fois seulement on trouva la disposition dont il s'agit, tandis que dans les 16 autres le diverticule péritonéal était directement appliqué contre la peau de l'ombilic.

D'après M. Déchine, une des conditions es-

sentielles de la production des hernies ombilicales chez les adultes réside dans l'insuffisance congénitale de l'anneau ombilical, celui-ci étant resté incomplètement fermé et contenant un diverticule péritonéal. En présence de cet état de choses, la hernie se produira d'autant plus aisément que la tonicité des parois abdominales sera moindre. La plupart des hernies ombilicales de l'adulte seraient, par conséquent, d'origine congénitale, si l'on entend par là non pas que ces hernies existaient au moment de la naissance, mais tout simplement qu'elles se sont développées *par suite d'une disposition anatomique congénitale*.

Dans les cas où l'anneau ombilical est complètement oblitéré, les viscères peuvent s'engager par des orifices situés au voisinage, et notamment par ceux de la ligne blanche. Toutefois, sur 66 cadavres que l'auteur a examinés à cet égard, 5 seulement présentaient une disposition anatomique rendant possible la réalisation d'une hernie de ce genre, tandis que les conditions favorables à la formation d'une hernie ombilicale proprement dite ont été rencontrées 14 fois sur 63. (*Thèse de Moscou*, 1902.) — L. CH.

Diagnostic du rhumatisme vertébral,
par M. R. SCHWEITZER.

Se basant sur les observations qu'il a eu l'occasion de recueillir dans le service de M. Kissel, à l'hôpital des enfants Sainte-Olga, à Moscou, l'auteur estime que le rhumatisme des vertèbres est, en réalité, beaucoup plus fréquent qu'on ne l'admet généralement. En raison des difficultés que présente l'exploration méthodique de la colonne vertébrale, cette affection peut souvent rester méconnue, et cela d'autant plus que l'élément douleur, qui joue d'ordinaire un rôle si considérable dans le diagnostic des accidents rhumatismaux, fait ici à peu près complètement défaut toutes les fois que les lésions sont localisées aux vertèbres dorsales, celles-ci étant fort peu mobiles. Aussi le rhumatisme des vertèbres cervicales et lombaires paraît-il s'observer plus fréquemment que celui de la portion dorsale du rachis.

Quoi qu'il en soit, M. Schweitzer est d'avis qu'on peut toujours parvenir à dépister l'existence d'un rhumatisme vertébral, à la condition d'examiner le rachis d'une manière plus attentive qu'on n'a l'habitude de le faire. Et d'abord, comme la douleur spontanée est, en général, peu prononcée et qu'elle augmente à l'occasion de la flexion et de l'extension du dos, de la rotation du cou, etc., il y a lieu, afin de faciliter le diagnostic, d'engager le patient à exécuter ces divers mouvements. Vient ensuite la *palpation* qui peut déceler l'existence d'une contracture réflexe ou d'un léger œdème de la région. En exerçant sur les vertèbres une *pression* plus ou moins énergique, on pourra arriver à reconnaître si le processus morbide intéresse les parties superficielles ou profondes. D'autre part, après avoir délimité la région malade, on aura encore à pousser les investigations plus loin et à préciser quels sont les éléments qui se trouvent en cause. A cet effet, on se basera sur les règles établies par M. Weisch et qu'on peut résumer ainsi qu'il suit : dans les cas où il existe des douleurs spontanées, qui ne s'exaspèrent pas sous l'influence des mouvements du rachis, l'hypothèse d'un rhumatisme vertébral est à rejeter; si les mouvements passifs imprimés aux articulations n'augmentent pas les sensations douloureuses, qui deviennent, au contraire, plus intenses à l'occasion des mouvements actifs — auxquels participent surtout les parties molles —, c'est qu'on a affaire, non pas au rhumatisme articulaire proprement dit, mais à des lésions des muscles, des tendons et des ligaments; s'agit-il, enfin, du rhumatisme vertébral vrai, les mouvements passifs et actifs provoquent indifféremment une exacerbation des douleurs. (*Méd. Obozr.*, LVII, 2.) — L. CH.

Péritonite par perforation chez un nouveau-né,
par M. V. JOUKOVSKY.

La péritonite par perforation est assez rare chez les enfants en bas âge, la fièvre typhoïde elle-même n'aboutissant guère chez eux à cette redoutable complication. Quant aux nouveau-nés, ils ne seraient sujets, d'après les traités classiques, qu'à une catégorie toute particulière de péritonites reconnaissant une étiologie en quelque sorte spécifique, à savoir les infections septiques. Or, M. Joukovsky a eu l'occasion d'observer, à la Maternité de Saint-Pétersbourg, un nouveau-né chez lequel on vit se développer, en l'absence de toute septicémie, une péritonite rapidement mortelle, sans qu'on pût être fixé, pendant la vie, sur la cause de cet état morbide. A l'autopsie, on trouva, sur le foie et sur la rate, ainsi que sur les deux feuillets du péritoine, un exsudat séro-fibrineux. Il existait en outre, à l'union du jéjunum avec l'iléon, une perforation de la dimension d'un petit pois et siégeant du côté opposé au mésentère. A en juger d'après la disposition de l'orifice et d'après l'aspect des parties avoisinantes, on avait évidemment affaire à un diverticule de Meckel qui s'était étranglé et avait subi la gangrène. Ce diagnostic fut, du reste, confirmé ultérieurement par l'examen microscopique, au cours duquel on fut à même de constater que les lésions étaient beaucoup plus prononcées du côté de la séreuse de l'intestin qu'au niveau de la muqueuse. (*Méd. Obozr.*, LVII, 2.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Quelques recherches sur les tumeurs cancéreuses, par M. C. O. JENSEN.

L'auteur rend compte d'observations intéressantes qu'il a pu faire au cours d'expériences d'inoculation cancéreuse entreprises sur la souris blanche.

Il avait pu se procurer 2 souris blanches atteintes de néoplasmes : chez l'une, il s'agissait d'un adénocarcinome spontané; chez l'autre, d'un néoplasme qui était apparu à la suite d'inoculations faites au moyen d'un mélanosarcome équin. Les inoculations faites avec la tumeur de la première souris ne donnèrent pas de résultat; par contre, en broyant la tumeur de la seconde souris dans la solution physiologique saline et en injectant le produit à 5 autres souris blanches, M. Jensen obtint de nouveaux néoplasmes chez 3 de ces animaux (les inoculations faites à la souris grise furent tout d'abord négatives, mais depuis l'auteur en aurait obtenu de positives). Au moyen des 3 souris inoculées, de nouvelles inoculations furent tentées : elles réussirent pour la plupart et purent être poursuivies en série jusqu'à la huitième génération. Les tumeurs ainsi obtenues mettaient de deux à trois mois pour se développer; elles atteignaient en moyenne un poids de 15 à 20 grammes — ce qui pour la souris représente un volume considérable —, puis survenait de la cachexie, l'ulcération et la mort. Aucun de ces néoplasmes ne se résorba spontanément, et l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait de carcinomes alvéolaires.

L'étude bactériologique de ces tumeurs ne donna guère que des résultats négatifs ou insignifiants. Par contre, l'auteur a pu se convaincre que les fragments néoplasiques, placés dans la glace, conservaient leur virulence pendant un certain temps après avoir été détachés du corps de l'animal : sur 3 inoculations faites après vingt-quatre heures, le résultat fut positif dans les 3 cas; sur 5 inoculations pratiquées après trente heures, 2 furent couronnées de succès; et sur 10 inoculations — ou plutôt sur 6 (4 souris ayant succombé à une infection accidentelle) — effectuées après quatre-vingt-seize heures, 2 furent encore positives.

M. Jensen a étudié, en outre, quels pouvaient être les effets du sérum provenant de lapins préalablement inoculés avec les tumeurs de la souris blanche, inoculations qui furent d'ailleurs négatives. Le sérum ainsi obtenu amena dans 3 cas la disparition de tumeurs peu volumineuses. Par contre, chez 4 souris dont les néoplasmes étaient dans un état de développement avancé, il se produisit, sous l'influence du sérum, des ulcérations et une cachexie plus rapide. Le sérum de lapin normal était cependant sans effet sur ces animaux. Cette action paradoxale peut s'expliquer en supposant que le sérum de lapin provoque des résorptions qui, pour les petites tumeurs, peuvent ne pas être dangereuses, mais qui, pour les néoplasmes plus volumineux et plus dégénérés, amènent des auto-infections ou des auto-intoxications graves.

Les expériences précédentes tendraient à faire considérer les foyers cancéreux comme de véritables *cultures cellulaires* et le cancer comme une infection *cellulaire* plutôt que bactérienne. (*Hospitalstidende*, 7 mai 1902.) — R. DE B.

La pancréatite hémorrhagique aiguë,
par M. L. KRAFT.

Les observations de plus en plus nombreuses concernant les lésions du pancréas et les difficultés du diagnostic de ces lésions donnent un intérêt particulier au présent travail, basé sur 12 faits, dont 9 avec autopsie.

La nécrose graisseuse du pancréas n'est pas une entité morbide, mais une lésion secondaire due aux pancréatites et en particulier à la pancréatite hémorrhagique; d'ailleurs, celle-ci ne s'accompagne pas fatalement de nécrose graisseuse : quelques rares observations n'en font pas mention et, dans un cas, M. Kraft l'a également vu manquer. Quant aux pancréatites hémorrhagiques, elles peuvent être elles-mêmes primitives ou secondaires : pour 2 des faits relatés par l'auteur on pouvait, en effet, incriminer une fois la syphilis et une fois la propagation d'une infection biliaire à la tête du pancréas; dans ce dernier cas, les lésions demeurèrent limitées.

Le diagnostic est des plus difficiles. Il est bon de remarquer cependant que les pancréatites hémorrhagiques ont très souvent des prodromes, sous forme de gastro-duodénite subaiguë; d'autres fois, on voit s'exacerber une vieille gastro-entérite chronique. C'est au milieu de ces malaises que le patient est brusquement pris, au niveau de l'ombilic, de douleurs profondes, térébrantes, avec irradiations diverses et d'une intensité telle qu'elles provoquent souvent des lipothymies ou des syncopes. Le malade est pâle, la sueur perle sur son front, son facies est grippé. Le pouls, petit et fuyant, bat à 100 ou 120; la respiration est précipitée et superficielle, les respirations profondes réveillant des douleurs. La température, normale au début de la crise, s'élève à 38° ou 40°. Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis bilieux; il y a du hoquet, des renvois et de l'oppression. Peu de temps après l'apparition des douleurs, se montre une voussure de la région épigastrique, puis un météorisme plus ou moins généralisé. L'ictère est assez rare : M. Kraft ne l'a observé que 2 fois. Il existe souvent de l'albuminurie. Au début, il y a des selles et des gaz, quelquefois même de la diarrhée, mais dans la suite la constipation est la règle. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures les douleurs s'amendent, quand le malade doit guérir, ou prennent un caractère intermittent; les gaz réapparaissent et une diarrhée d'une fétidité extrême vient terminer la crise; la convalescence est très lente. Lorsque la maladie se termine par la mort, ce qui s'est montré jusqu'ici le cas le plus commun, on note tous les symptômes ordinaires des péritonites. Les observations anatomiques ou cliniques de l'auteur semblent cependant déposer en faveur de l'existence assez fréquente de formes plus bénignes, mais dont la nature est généralement méconnue.

Le tableau clinique précédent rappelle de fort près celui de l'occlusion intestinale ou de l'ulcère perforant. Pour éliminer le premier de ces diagnostics, on pourra recourir à l'auscultation de l'hypogastre : dans les pancréatites on n'y perçoit aucun bruit, alors que dans l'iléus on entend des borborygmes sonores; de plus, dans les pancréatites, les lavements amènent souvent des selles et l'expulsion de gaz. L'ulcère perforant de l'estomac se reconnaîtra à l'existence d'un pneumo-péritoine, à la douleur beaucoup plus superficielle et aux commémoratifs. La thrombose mésentérique, dans sa phase aiguë, pourrait occasionner des confusions, mais elle a des débuts plus lents, les selles et les gaz ne sont pas supprimés, il y a du melæna ou des hématémèses.

Le traitement médical ne peut être jusqu'ici que symptomatique. Dans deux cas, cependant, l'auteur eut à se louer de l'emploi de la pancréatine. Les succès de cette médication, s'ils se confirmaient, prouveraient que la véritable source des accidents de la nécrose graisseuse est la suppression des fonctions physiologiques du pancréas. (*Hospitalstidende*, 9, 16 et 23 avril 1902.) — R. DE B.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'augmentation de fréquence du cancer, sa prédominance dans les villes et sa prédilection pour le sexe féminin sont-elles réelles ou apparentes?

Depuis une trentaine d'années, la question des tumeurs cancéreuses est entrée dans ce qu'on pourrait appeler sa phase aiguë. Les chirurgiens, sous le couvert de l'antisepsie, ont attaqué le cancer dans presque tous les organes; les bactériologistes et les histologistes ont exploré ses plus intimes profondeurs; des hôpitaux, des instituts, des ligues, des revues ont été consacrés à son étude exclusive. Cet immense effort n'a cependant abouti jusqu'ici qu'à des résultats plutôt négatifs.

Il y aurait bien là de quoi décourager le monde scientifique, surtout quand on songe que, depuis plusieurs années, les statisticiens de tous pays répètent à l'envi que la fréquence du cancer augmente très rapidement.

C'est sur cette question et quelques autres justiciables de la statistique que va porter la présente étude.

Durant ces vingt dernières années, les travaux concernant la statistique du cancer se sont considérablement multipliés. Tous ne sont malheureusement pas utilisables. Les uns, comme ceux — fort connus mais un peu anciens — de Leichtenstern et de Maydl, ou ceux, plus récents, de M. Holsti (1), de M. Klubal (2), de M. Heimann (3), de M. Riechelmann (4), ne se préoccupent guère que des cancers observés dans les hôpitaux ou dans les salles de nécropsie. Ces études, quelle que soit leur ampleur, sont incapables de donner une idée de la fréquence absolue du cancer dans tel ou tel pays, dans telle ou telle ville.

D'autres sont le résumé d'enquêtes médicales : M. Rébullet (5), M. Arnaudet (6), M. Brunon (7), M. O. Guelliot (8), M. R. Behla (9), M. Finger (10) ont ainsi recueilli d'intéressants documents, mais d'une portée toute locale. Les enquêtes instituées en Belgique (11), en Hollande (12), en Allemagne (13), sous forme de lettres-circulaires adressées à tous les médecins du pays, ont beaucoup plus de valeur, car elles ont pour but de recenser à une date déterminée tous les malades cancéreux dudit pays, et d'approfondir certains problèmes à l'ordre du jour (hérédité, contagion, infection, influence de l'alcoolisme, etc.). Malheureusement, tous les médecins ne répondent pas à ces circulaires; aussi la valeur statistique de ces enquêtes est-elle très faible; par contre, elles nous donnent quelques renseignements étiologiques assez précieux.

Restent alors les statistiques des états civils. Au point de vue arithmétique, ce sont elles qui fournissent les résultats les plus sûrs et les plus étendus. Mais il faut savoir aussi que les statistiques des états civils ne fonctionnent pas régulièrement partout; la déclaration des causes de décès n'est obligatoire que dans quelques pays et depuis un petit nombre d'années. On ne peut donc jamais remonter bien loin en arrière. De plus, durant la dernière moitié et surtout le dernier quart du dix-neuvième siècle, les idées théoriques, les classifications de maladies, et par suite les statistiques, ont subi des variations telles qu'il y aurait quelque témérité à se fier à ces documents sans l'ombre d'une critique. La prudence et plusieurs raisons particulières à chaque pays nous obligent donc à limiter nos recherches aux vingt dernières années.

Les statistiques anglaise, norvégienne et prussienne comptant parmi les plus anciennes et les mieux tenues, il ne faut pas s'étonner si les travaux les plus nombreux ou les plus complets nous viennent de ce côté.

Toutefois, la valeur de ces divers travaux est bien inégale : sans être un statisticien de profession, il est souvent aisé de reconnaître les erreurs parfois grossières dans lesquelles sont tombés un trop grand nombre de leurs auteurs. Aussi, nous bornerons-nous ici à citer les anglais King et Newsholme (1), les allemands Laspeyres (2) et Kolb (3), le norvégien Geirsvold (4), le hollandais Scholten (5) et le suisse Nencki (6), comme étant ceux qui ont le mieux compris le problème statistique de l'étiologie du cancer et la façon dont il devait être résolu. Ajoutons à cette liste le nom du norvégien Kjær qui, dès 1870, au témoignage de M. Geirsvold, publia un excellent travail sur le cancer en Norvège.

I

Depuis longtemps déjà, médecins et statisticiens répètent à l'envi que le cancer augmente de fréquence chaque année. Un chirurgien américain, M. le professeur R. Park, a même écrit que « si le même taux de mortalité se maintient, dans dix ans d'ici, il y aura dans l'Etat de New-York plus de morts par cancer que par tuberculose, petite vérole et fièvre typhoïde réunies » (7). Les chiffres des statistiques, il faut l'avouer, justifient amplement ces prédictions pessimistes : en vingt ans la mortalité par cancer a, suivant les lieux, doublé ou triplé.

Pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur le tableau suivant : la mortalité y est calculée par 100,000 habitants de tout âge, aux environs des années 1880, 1888 et 1900 (8).

		1880	1888	1900
Angleterre	Royaume...	51.1 (1)	62.1 (1)	82.9 (2)
	Londres....	58.7	69.6 (3)	94.0 (3)
Autriche (cisleithane)...		37.6	49.1	73.9 (4)
Bavière..............		56.2	—	98.5 (5)
Ecosse	Royaume.......	49.1	61.0 (6)	77 (6)
	8 princip. villes.	46.5	62.8 (7)	88 (7)
Espagne (Madrid)......		—	—	89.3 (8)
France	Paris...........	98.2	107.1 (9)	121.0 (10)
	villes de plus de 5,000 habitants.	—	—	99.0 (10)
Hollande..............		50.1	69.0	95.9 (11)
Irlande...............		34.3	43.0 (12)	58.0 (12)
Italie................		21.1	42.7	51.9 (13)
Norvège...............		43.0 (14)	54.0 (14)	85.0 (14)
Prusse................		26.1	40.9	57.3 (15)
Russie (St-Pétersbourg).		—	116.1 (16)	88.6 (16)
Suède	villes?..........	80.1	—	—
	villes..........	—	—	100.2 (17)
Suisse................		—	114.4 (18)	132.4 (18)
Etats-Unis	Baltimore.........	—	45.1 (19)	60.8 (19)
	Buffalo...........	32.0 (20)	—	52.0 (20)
	Washington........	60.0 (21)	69.4 (21)	70.3 (21)
	7 plus grandes villes d'Amérique.......	35.4 (22)	—	66.4 (22)
	Etat de Massachusetts..........	52.0 (23)	60.0 (23)	60.6 (23)
	Ensemble des Etats de l'Union.........	—	29.0 (24)	—
Républ. Argentine	Province de Tucuman..	—	—	10.6 (25)
	Ville de Buénos-Ayres.	—	—	91.0 (26)

(1) H. Holsti. Bidrag till kännedom om förekomsten af kräfta i Finland. (*Finska läkaresällsk. handlingar*, 1889, XXXI, 12, p. 979.)

(2) E. Klubal. Ein Beitrag zur Carcinom-Statistik von Mähren. (*Oesterreich. Sanitätswesen*, 4 juin 1896, p. 228.)

(3) G. Heimann. Die Verbreitung der Krebserkrankung, die Häufigkeit ihres Vorkommens an den einzelnen Körperteilen und ihrer chirurgischen Behandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1899, LVII, 4 et LVIII, 1.)

(4) W. Riechelmann. Eine Krebsstatistik vom pathologisch-anatomischen Standpunkt. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 et 11 août 1902.)

(5) Rébullet. Fréquence du cancer dans un bourg de Normandie. (*Normandie méd.*, 1er avril 1889.)

(6) Arnaudet. Nouvelle contribution à l'étude du cancer en Normandie. (*Normandie méd.*, 1er et 15 avril 1890.)

(7) Brunon. Enquête sur le cancer en Normandie. (*Rev. d'hyg.*, mars 1893, p. 244.)

(8) O. Guelliot. La contagion du cancer. (*Gaz. des hôpit.*, 12 nov. 1892.)

(9) R. Behla. Ueber vermehrtes und endemisches Vorkommen des Krebses. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 1898, XXIV, p. 780, 829, 875 et 919.)

(10) Finger. Zum gehäuften Vorkommen des Krebses. (*Zeitsch. f. Medizinalbeamte*, 1902, n° 9.) — Analysé dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift* du 17 juillet 1902.

(11) Gallet et Deschamps. Enquête sur le cancer en Belgique; étiologie et traitement. (*Presse méd. belge*, 19 et 26 juillet et 2 août 1896.)

(12) J. M. Huizinga, W. Nolen et J. Veit. Resultaten van het onderzoek naar de frequentie van kanker in Nederland. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 octobre 1901.)

(13) E. von Leyden, Kirchner et E. Hirschberg. Bericht über die vom Komitee für Krebsforschung am 15. Oktober 1900 erhobene Sammelforschung. Iéna, 1902. — A la fin de ce rapport est reproduit, en langue allemande, celui de l'enquête hollandaise.

(1) G. King et Newsholme. On the alleged increase of cancer. (*Proceedings of the Royal Soc. of London*, 4 mai 1893, p. 209.)

(2) R. Laspeyres. Ein Beitrag zur Krebsstatistik. (*Centr.-Bl. f. allg. Gesundheitspflege*, 1901, p. 342.)

(3) K. Kolb. Die Verbreitung der bösartigen Neubildungen in Süddeutschland und Schlussfolgerungen über ihre Aetiologie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.)

(4) M. Geirsvold. Om kræft i Norge. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai 1901.)

(5) R. Scholten. Een bijdrage tot de carcinoomstatistiek. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 nov. 1901.)

(6) L. Nencki. Die Frequenz und Verteilung des Krebses in der Schweiz an Hand der Krebstodesfälle in den Jahren 1889-1898. (*Zeitsch. f. schweiz. Statistik*, 1900, II, 7, p. 332.)

(7) R. Park. A further study into the frequence and nature of cancer. (*Med. News*, 1er avril 1899.)

(8) Les chiffres dont nous n'indiquons pas la source proviennent, dans la première colonne, d'un annuaire officiel italien : « Statistica delle cause delle morti avvenute in 281 communi. Anno 1881, p. XLII »; dans la seconde, du travail de R. Finkelnburg : Untersuchung über die Ausbreitung und Frequenz der Krebserkrankungen im Preussischen Staate. (*Centr.-Bl. f. allg. Gesundheitspflege*, 1894, XIII, p. 252) et partout ailleurs de nos propres recherches. Les divers annuaires statistiques ne paraissant pas toujours dans l'année qui suit immédiatement celle dont ils s'occupent, on comprend qu'il soit difficile de donner des chiffres concernant tous les pays exactement à la même date.

(1) J. Payne. A lecture on the increase of cancer. (*Lancet*, 16 sept. 1899.) [Pour les années 1880 et 1888.]

(2) Wutzdorff. Ueber die Verbreitung der Krebskrankheit im Deutschen Reiche. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 mars 1902.) [Pour l'année 1900.]

(3) D'après « Quarterly returns of the births, deaths, and marriages for London » (années 1888 et 1899).

(4) D'après « Oesterreichisch statistisches Handbuch » et le compte rendu du recensement pour l'année 1898.

(5) D'après Wutzdorff (*loc. cit.*), pour l'année 1898.

(6) J. Payne. (*Loc. cit.*)

(7) D'après « Supplement to the quarterly return of the births, deaths, and marriages registered in the divisions... of Scotland » (années 1888 et 1900).

(8) D'après « Anuario estadístico demográfico, año 1899 ».

(9) D'après « Statistique municipale de la ville de Paris pour l'année 1888 ».

(10) D'après « Annuaire statistique de la France pour l'année 1900 ».

(11) D'après « Jaarcijfers voor het Koninkrijk der Nederlanden (1899) » et la population du recensement de 1899.

(12) D'après J. Payne. (*Loc. cit.*) — Le chiffre placé dans la colonne 1900 concerne l'année 1897.

(13) En 1899, d'après « Statistica delle cause di morte nell'anno 1899 ».

(14) D'après le graphique 1 de Geirsvold.

(15) D'après Wutzdorff (*loc. cit.*) pour l'année 1898; en 1900, elle est de 57.4 pour les hommes et de 64.8 pour les femmes (d'après l'enquête allemande).

(16) D'après les chiffres de l' « Annuaire statistique de Saint-Pétersbourg » (en russe), pour les années 1888 et 1899.

(17) D'après « Sveriges officiela statistika medicinalstyrelsens underdaaniga berattelse (1899) ».

(18) D'après L. Nencki. (*Loc. cit.*)

(19) D'après « Annual Report of the Health Department of the City of Baltimore » (années 1888 et 1899).

(20) I. Ph. Lyon. Cancer distribution and statistics in Buffalo for the period 1880-1899, with special reference to the parasitic theory. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin 1901.)

(21) D'après « Report of the Health Officer of the District of Columbia » (années 1880, 1888, 1900).

(22) G. B. Massey. The increasing prevalence of cancer as shown in the mortality statistics of American cities. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév. 1900.) — Le chiffre placé dans la colonne 1880 est celui de l'année 1870.

(23) D'après « Report of the State Board of Health of Massachusetts », année 1898, p. 809, et année 1899, p. 726. Le chiffre de la colonne 1900 est celui de l'année 1899.

(24) Nous avons obtenu ce chiffre d'après le *Census* de 1890 (celui de 1900 n'a pas encore paru); mais M. E. Andrew (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 juin 1899) critique très sévèrement certaines données du *Census* : le chiffre de 29.0 serait, paraît-il, bien inférieur à la plupart des statistiques des Etats de l'Union; nous le croyons sans peine.

(25) D'après « Anuario de estadística de la Provincia de Tucuman, año 1898 ».

(26) D'après « Annuaire statistique de la ville de Buénos-Ayres, année 1900 ».

Pour compléter ce tableau, nous ajouterons quelques données empruntées à M. Behla (1) : Au Queensland, la mortalité cancéreuse était de 26 en 1891, de 36.7 en 1895; dans la Nouvelle-Zélande, elle était de 26.9 en 1881, de 47.5 en 1890, de 55.3 en 1895. Enfin le cancer serait « très rare » dans l'Afrique centrale et occidentale, « rare » à Constantinople, en Egypte et dans l'Inde, « un peu moins rare » en Chine, « assez commun » au Japon, « inconnu » au Groenland, aux îles Féroë, etc.

Si l'on désire suivre la marche du cancer à des intervalles plus distants que ceux que nous venons d'envisager, nous dirons qu'en Angleterre le cancer ne faisait, en 1840, que 17.7 victimes par an et par 100,000 habitants; qu'en Norvège, il n'en causait que 19 en 1865, contre 85 en 1897. Signalons enfin les recherches de M. Ekblom (2) qui a relevé la mortalité cancéreuse d'*un siècle* pour la petite ville suédoise de Fellingsbro : en cent ans cette mortalité a passé de 2.1 à 118 par 100,000 habitants, ces deux nombres étant les moyennes de la première et de la dernière période décennale du siècle.

Les documents dont nous venons de faire état peuvent, comme toutes les statistiques, encourir le reproche d'inexactitude : omissions, diagnostics erronés, etc. Nous ne le nions pas, mais *dans un même pays et avec les mêmes lois ou usages régissant les états civils*, nous pensons, comme presque tous les auteurs, que ces causes d'inexactitude se balancent.

Par contre, et pour les mêmes raisons, il ne faut comparer ces statistiques d'un pays à l'autre qu'avec les plus extrêmes réserves : d'un pays à l'autre — nous aurons maintes fois l'occasion de le répéter —, la répartition de la population par âges et par sexe, le nombre, la densité des villes et les formalités accompagnant la déclaration des décès ne sont pas les mêmes. Or, ces facteurs ont, comme on le verra, une énorme influence sur les statistiques du cancer. Avant de comparer deux ou plusieurs pays ensemble, il faut donc essayer de les ramener à des conditions semblables. D'après le tableau précédent, par exemple, on voit que vers 1890 la Suisse, Paris, la Bavière, la Hollande, l'Angleterre, l'Ecosse, la Norvège, l'Autriche, l'Irlande, la Prusse, les Etats-Unis se suivent dans l'ordre que nous venons d'indiquer; mais, si l'on calcule leur mortalité cancéreuse non plus sur la population totale, mais sur le nombre des individus de plus de vingt-cinq ans, leur classement change assez notablement, et on obtient l'ordre que voici : Suisse, Bavière, Paris, Angleterre, Ecosse, Hollande, Norvège, etc. Ce classement est beaucoup plus exact que le premier, mais il ne tient compte que de l'âge : il est à supposer que d'autres facteurs pourraient le modifier encore. Nous pensons donc que dresser une carte du cancer, comme l'a fait M. Behla, est une œuvre prématurée, et qui ne servirait qu'à illustrer une erreur.

II

Toutes les statistiques que nous venons de citer démontrent l'augmentation rapide de la fréquence du cancer (3).

Cette augmentation est-elle *réelle* ou bien n'est-elle qu'*apparente?*

Les partisans de cette dernière opinion — MM. King et Newsholme, M. Andrew sont à peu près les seuls — mettent cet accroissement au compte de trois facteurs : l'imperfection des anciennes statistiques, l'accroissement de la longévité humaine, les progrès de la clinique.

Nous nous sommes déjà expliqué sur les imperfections des statistiques : celles-ci peuvent et doivent contenir des erreurs, mais prises en bloc, dans le même pays et sous le régime de la même législation, elles fournissent des données comparables, surtout quand on s'adresse à des dates peu éloignées.

L'objection tirée de la longévité plus grande de nos contemporains est presque sans valeur. Dans son travail, M. Wutzdorff donne un tableau de l'accroissement de la population du royaume de Prusse de 1875 à 1895; on y voit que dans ces vingt années la population de plus de quarante ans n'a subi qu'une augmentation insignifiante, quelquefois même nulle par rapport aux classes plus jeunes. De plus, si l'accroissement de la fréquence du cancer était le fait de l'augmentation du nombre des individus âgés, ceux-ci devraient donner aujourd'hui la même mortalité qu'autrefois. Or, il n'en est rien. En Prusse et pour l'année 1898, la mortalité cancéreuse des sujets au-dessus de quarante ans est trois fois plus considérable qu'en 1878. En Angleterre, les tables dressées par MM. King et Newsholme, par M. F. J. Payne, permettent de faire une constatation analogue.

Reste alors à savoir si les progrès de la clinique peuvent expliquer cet accroissement. A ceci on objecte que, durant ces dernières années, la clinique n'a pas fait de tels progrès, qu'on puisse leur imputer l'énorme augmentation de la mortalité cancéreuse, étant donné surtout que cette augmentation se fait sentir, non pas périodiquement, mais d'une année à l'autre.

Cette réfutation ne nous paraît pas sans appel. S'il est vrai que le grand mouvement scientifique de 1875-1880, mouvement qui a surtout profité au cancer de l'estomac, se trouve déjà loin de nous, depuis lors, le foie, l'intestin, la rate, le pancréas ont eu tour à tour leur « âge d'or » médical ou chirurgical, et en outre de nouvelles techniques diagnostiques ou opératoires ont remis en discussion les formes de cancer les plus banales. Il ne faut pas oublier non plus que les générations médicales, tout comme les autres, se renouvellent lentement, et que les idées fraîchement écloses ne pénètrent les plus anciennes que peu à peu. Il nous semble enfin que, depuis vingt ans, les médecins ne doivent pas entendre crier en vain que la marée cancéreuse menace de tout submerger; ces affirmations répétées, même pour qui n'y croit point, constituent une véritable obsession et amènent à voir, sinon à rechercher, le cancer là où peut-être on l'aurait jadis méconnu.

Tout ceci, nous en convenons, est pure raison de sentiment, et chacun a le droit d'interpréter ces lignes au gré de ses tendances. Nous devons donc nous demander si le problème ne pourrait être résolu par des chiffres, au moins indirectement.

MM. King et Newsholme furent les premiers à faire valoir dans ce but deux ordres de documents : une statistique d'assurance et une statistique empruntée à la ville de Francfort-sur-le-Mein.

Nous ne les suivrons pas dans leurs calculs concernant les Sociétés d'assurances : les chiffres restreints et la clientèle spéciale de ces dernières ne permettent guère de généraliser les conclusions des auteurs en question (1). Par contre, leur étude sur la mortalité cancéreuse de Francfort mérite de retenir notre attention.

La statistique de cette dernière ville indiquant la localisation des cancers, MM. King et Newsholme ont essayé de déterminer si les cancers accessibles (utérus, sein, langue, rectum, peau, etc., etc.) — ceux que l'on devait diagnostiquer aussi bien jadis qu'aujourd'hui — avaient augmenté dans les mêmes proportions que les cancers inaccessibles (estomac, foie, etc.).

Voici les principaux résultats de leur calcul : De 1860 à 1889, les cancers « accessibles » masculins auraient passé d'une mortalité de 12.6 à 7.4 par 100,000 sujets de plus de vingt-cinq ans; ceux de la femme, de 108.1 à 132.9; leur augmentation aurait donc été nulle ou faible. Par contre, les cancers « inaccessibles » de l'homme se seraient élevés, pendant la même période, de 111.8 à 188.8 et ceux de la femme de 132.3 à 193, c'est-à-dire qu'ils auraient subi une augmentation bien supérieure à celle des cancers accessibles.

Il est impossible, nous le reconnaissons, de juger la question sur ces seuls chiffres; nous avons donc généralisé ce mode de recherches, autant que les statistiques et les ressources bibliographiques nous l'ont permis.

Nous avons tout d'abord essayé de continuer l'étude de MM. King et Newsholme sur la statistique de Francfort; mais les remaniements apportés à celle-ci après 1889 ne permettent plus que de suivre les cancers du sein et de l'utérus, chez la femme, ceux du rectum dans les deux sexes (1). De 1890 à 1899, la mortalité du cancer génital de la femme est tombée de 76 à 74 (au maximum) par 100,000 femmes de plus de vingt ans : il n'y a donc pas augmentation, mais légère diminution. Celle du cancer du rectum a passé de 12.5 à 13 par 100,000 habitants des deux sexes de plus de vingt ans : l'augmentation est insignifiante.

A Vienne (2), la mortalité du cancer génital féminin est descendue en dix ans (1872-1882) de 162 à 133 par 100,000 sujets de plus de vingt-cinq ans. Ici, la diminution est très forte.

A Hambourg, d'après M. Reiche (3), le cancer utérin causa respectivement, durant les trois périodes de neuf ans comprises entre 1872 et 1898, une moyenne de 51, 64 et 89 décès annuels. Or, pendant ce temps, la population féminine de plus de vingt-cinq ans passait de 96,084 en 1875, à 174,323 en 1895 (4). En calculant la mortalité moyenne du cancer utérin sur ces deux derniers chiffres, on voit qu'elle a été de 53 par 100,000 pendant la première période et de 51 pendant la dernière. On peut considérer ce résultat comme stationnaire.

A Chicago, d'après M. A. L. Clark (5), on comptait, en 1880, 33 décès par cancer utérin, 81 en 1890, et 108 en 1897, ce qui, d'après la population féminine de plus de vingt ans à ces trois dates (6), correspond à une mortalité de 25, 34 et 23 par 100,000 : là encore, le cancer utérin ne paraît pas en voie de progression.

A Berlin (7), la mortalité par cancer utérin était de 52 en 1885, de 43 en 1890 et de 42 en 1895 par 100,000 femmes de plus de vingt-cinq ans. Elle a donc subi une diminution.

A Bruxelles (8), il y eut, en 1884, 65 décès par cancer de l'utérus et du sein; 39 en 1889; 54 en 1894; 43 en 1899. Evidemment, il n'y a pas augmentation, surtout si l'on tient compte que les femmes de plus de vingt-cinq ans étaient au nombre de 46,960 en 1880, de 52,067 en 1890

(1) R. Behla. Die geographische Verbreitung des Krebses auf der Erde. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 25 nov. 1899.)

(2) A. E. Ekblom. Naagot statistik fraan död-och begrafningsböckerna i Fellingsbro 1801-1900, jämte förslag till Sveriges läkare angaaende samarbete for utredande af kräftsjukdomarnas frekvens. (*Hygiea*, janv. 1902.)

(3) La seule exception est Saint-Pétersbourg : mais cette ville ayant doublé de population en douze ans, il est très possible que cet énorme accroissement ait amené quelque perturbation des conditions locales ou des statistiques.

(1) Conclusions que renversent d'ailleurs certaines autres statistiques d'assurances. — Voir R. Behla. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 fév. 1890, et *Deutsche med. Wochensch.*, 8 fév. et 4 oct. 1900.)

(1) D'après « Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens der Stadt Frankfurt-am-Main ». Les chiffres concernant chaque variété de cancer sont dans le texte; les tables ne contiennent que les chiffres d'ensemble.

(2) D'après « Die Sterblichkeit in Wien » et les recensements officiels de la population.

(3) F. Reiche. Beiträge zur Statistik des Carcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 et 22 fév. 1900.)

(4) D'après « Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert. Hamburg, 1901 ».

(5) Les chiffres du travail de M. A. L. Clark sont reproduits dans le *Lancet* du 2 juillet 1898. Nous ne connaissons pas l'original.

(6) D'après le *Census* pour les années 1880 et 1890, et l'« Annual Report of the Department of Health » pour l'année 1897.

(7) D'après « Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin ».

(8) D'après « Annuaire statistique de la ville de Bruxelles ».

(recensements officiels), et que depuis lors leur total doit avoir encore augmenté (1).

A Turin (2), de 1884 à 1888, le cancer de l'utérus, du vagin et du sein a fait 475 victimes; de 1892 à 1896, il en a fait 527, soit une augmentation de 10.9 %. Mais la population globale a, de l'une de ces périodes à l'autre, subi un accroissement de 19 %. Malgré l'absence de tables donnant la répartition de la population par âge et par sexe, il est permis, tout au moins, de conclure qu'il n'y a pas augmentation.

Pour la ville de Christiania, nous avons pu calculer la mortalité du cancer du sein, de l'utérus, de la langue et du rectum, de 1883 à 1900 (3). Les chiffres étant un peu faibles, nous avons divisé cette période en quatre groupes d'années (de trois à cinq ans chacun) de façon que le milieu de chacun de ces groupes correspondît à un recensement. Voici les moyennes que nous avons obtenues (calculées sur la population de plus de trente ans, du sexe féminin pour les cancers du sein et de l'utérus, des deux sexes pour les cancers de la langue et du rectum) : de 1883 à 1900 la mortalité du cancer du sein a été successivement de 17.2, 21.9, 15.5, 16.9 par 100,000; celle du cancer de l'utérus, de 55.4, 44.6, 38.5, 28.9; celle du cancer de la langue, de 1.6, 1.2, 0.8, 0.7; celle du cancer du rectum, de 5.0, 6.0, 5.1, 3.5. Il s'est donc produit une diminution générale de la fréquence des cancers accessibles, bien que pendant ce temps la mortalité cancéreuse générale soit montée de 77.6 (1883) à 81.9 (1900).

A Providence, ville des Etats-Unis (4), en procédant par périodes à peu près quinquennales, on trouve que de 1882 à 1900 le cancer du sein a présenté respectivement les mortalités moyennes de 20.5, 14, 13.4, 17.1; celui de l'utérus donne dans les mêmes conditions 20.9, 22.2, 23.7, 26.2. (Chiffres calculés sur la population féminine totale.) Ici donc, le cancer du sein a un peu diminué; celui de l'utérus a augmenté.

Nous avons répété les mêmes calculs pour Paris, en ce qui concerne le cancer du sein, de l'utérus et de la bouche, trois rubriques qu'on peut suivre dans la statistique municipale de 1886 à 1899 (5) : nous avons déterminé la mortalité de ces cancers par rapport à la population féminine de plus de vingt-cinq ans pour les cancers du sein et de l'utérus, par rapport à la population totale de plus de vingt-cinq ans pour celui de la bouche (6). Voici les chiffres que nous avons trouvés :

Moyennes annuelles.	Sein.	Utérus.	Bouche.
1886-1890	26.6	80.2	6.6
1891-1895	21.7	79.2	6.4
1896-1899	23.7	69.9	6.4

Les cancers du sein, de l'utérus et de la bouche ne semblent donc pas avoir augmenté; les deux premiers paraissent même en voie de diminution.

Tous les chiffres précédents ne concernent guère que des villes : nous allons donner maintenant quelques proportions relatives à des pays entiers.

En Irlande, d'après M. J. Payne, certains cancers externes auraient subi un accroissement marqué : pendant la période 1871-1891, la mortalité moyenne du cancer du sein était de 5.1; en 1892-1896, elle passa à 5.8 et en 1897 à 6.5; celle du cancer de la langue était, aux mêmes dates, de 4.9, 6.3, 7.0. Remarquons que les chiffres précédents ont été calculés sur la population de tout âge.

En Suisse, grâce au travail de M. Nencki, on voit que de 1889 à 1898 la fréquence des cancers accessibles a augmenté de 18.4 %. Pendant ce temps la population totale ne s'est accrue que de 6.9 % : il se serait donc produit un accroissement de 11.5 %; mais, en réalité, l'accroissement est un peu plus faible. En effet, le nombre des décès de cause inconnue représentait, en 1889, 10.4 % des décès de cause connue; en 1898, il n'en représentait plus que 6.9 %. Le cancer — comme toutes les autres maladies de la nomenclature statistique — a donc subi de ce chef un accroissement de 10.4 — 6.9, soit de 3.5 %. Si l'on retranche cette augmentation, en quelque sorte indue, de l'augmentation apparente (11.5 %), on voit que l'accroissement réel ne s'élève plus qu'à 8 %, chiffre bien inférieur à la proportion trouvée par M. J. Payne pour l'Irlande.

Pour l'Italie, enfin, nous possédons un tableau (1) nous indiquant quelle a été l'évolution du cancer au cours de ces treize dernières années, non seulement dans son ensemble, mais pour chaque région du corps. Nous reproduisons ci-dessous la première et la dernière colonne de ce tableau, en raison de son importance :

	1887-1889 (moyenne annuelle)	1899
Siège indéterminé	2.787	3.624
Utérus, vagin, ovaire	2.403	2.578
Sein	1.013	916
Urèthre, prostate, pénis, testicule	308	283
Bouche, lèvres, langue, palais, gorge, corps thyroïde, larynx, trachée	437	1.145
Estomac, œsophage	3.341	4,613
Foie, rate, pancréas, intestin, péritoine	2.122	3.240
Os et articulations	254	139
Centres nerveux et organes des sens	61	142
Total	12.726	16.680

Le cancer, pris en bloc, a donc augmenté d'environ 30 %, mais les cancers génitaux de l'homme ou de la femme, ceux des os et des articulations offrent un accroissement infime ou même une diminution, surtout quand l'on tient compte de l'augmentation de la population (2).

De la série de statistiques que nous venons d'établir ou d'analyser, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° *Le cancer du rectum paraît au moins stationnaire* (Francfort-sur-le-Mein, Christiania);

2° *Le cancer utérin a subi une diminution assez sensible;*

3° *Le cancer du sein a diminué d'une façon encore un peu plus marquée;*

4° *Les cancers de la bouche et de ses annexes sont peut-être en voie d'augmentation;*

5° *Les cancers des extrémités ont diminué;*

6° *L'augmentation de la fréquence du cancer est due surtout, par conséquent, à l'augmentation du nombre des cancers viscéraux.*

Ces conclusions sont celles des chiffres. Reste à savoir si elles sont légitimes.

Contre notre deuxième proposition, on ne peut guère objecter, parmi les statistiques que nous avons citées — prises au hasard, nous le répétons — que celle de Providence; mais actuellement cette ville n'a pas 200,000 habitants et, il y a vingt ans, elle n'en comptait guère que 100,000. L'exception se rapporte donc à un groupement si peu nombreux, qu'elle est sans doute purement accidentelle.

Dans notre quatrième conclusion, nous déclarons que les cancers de la bouche et de ses annexes sont *peut-être* en voie d'augmentation. Cette réserve nous paraît justifiée par cette circonstance que l'augmentation de la fréquence des cancers bucco-laryngo-pharyngés ne se manifeste que dans les statistiques de pays entiers, villes et campagnes (Italie, Suisse, Irlande); elle fait, au contraire, défaut dans les villes (Paris, Christiania). Nombre de ces cancers réclamant une compétence spéciale pour être diagnostiqués, il est naturel de penser que la différence tient à ce que, depuis dix ou quinze ans, la stomatologie et la laryngologie ont étendu le cercle de leur action parmi les populations rurales, alors que jusqu'ici les grandes villes étaient à peu près seules à en bénéficier.

En ce qui concerne le cancer du sein, les statistiques de l'Irlande et de la Suisse (villes et campagnes réunies) accusent cependant une augmentation de fréquence. Ce fait est peut-être purement accidentel, car l'énorme statistique italienne n'indique rien de semblable. On peut se demander également si les campagnes d'Irlande et de Suisse — les unes à cause de leur pauvreté, les autres à cause de leur inaccessibilité — n'ont pas plus largement bénéficié que les autres de la diffusion contemporaine de la médecine et de la chirurgie. Il est certain que, de nos jours, les succès de celle-ci et le nombre grossissant des praticiens ont amené une véritable « chasse au cancer » : les effets de cette « battue » doivent incontestablement se faire d'autant plus sentir que, médicalement parlant, un pays est plus neuf. C'est le cas des campagnes par rapport aux villes.

Malgré des exceptions qu'expliquerait sans doute une étude plus approfondie des statistiques ou des conditions locales, on voit donc que la grande majorité de nos documents, et les plus importants, déposent en faveur de cette conclusion que *les cancers externes ou accessibles sont demeurés à tout le moins stationnaires.*

Sommes-nous alors en droit de conclure que les cancers viscéraux n'ont pas augmenté non plus et que leur accroissement est uniquement dû aux progrès de la clinique?

Nous répondrions sans hésiter par l'affirmative, s'il était démontré qu'à notre époque la réceptivité cancéreuse s'est maintenue la même pour tous les organes; or, nous l'ignorons; on est même en droit de supposer que les transformations de la vie sociale, l'alcoolisme, le nicotinisme et bien d'autres causes encore ont fait de nos viscères des *loci minoris resistentiæ* beaucoup plus vulnérables que les organes confinant à nos téguments.

Il est vrai qu'on pourrait nous objecter que depuis quinze ou vingt ans — la plupart des statistiques citées ne dépassent pas ce terme — la vie et les vices modernes n'ont pas assez empiré, pour justifier l'énorme accroissement des cancers viscéraux; car, dans l'affirmative, on devrait constater une augmentation au moins légère des cancers externes, surtout dans les villes, alors que c'est précisément le contraire qui s'observe.

Malheureusement, nous ne pouvons qu'enregistrer ces diverses opinions sans être à même de fournir à l'une ou à l'autre une preuve irréfragable. Nous pensons cependant que les chiffres et les considérations qui précèdent autorisent les deux conclusions suivantes :

1° *Les cancers externes sont stationnaires;*

2° *Les cancers viscéraux semblent en voie d'augmentation de fréquence; certains faits sociaux rendent cet accroissement vraisemblable, mais il est présumable que celui qu'indiquent les statistiques est de beaucoup supérieur à la réalité.*

On a vu que les cancers du sein, de l'utérus et très souvent ceux de la langue et du rectum ont subi une diminution parfois considérable. Pour le cancer du sein, on peut admettre que cette diminution est le fait des progrès de la chirurgie, ou même de la connaissance plus parfaite des tumeurs non cancéreuses du sein

(1) Le recensement officiel de 1900 n'a pas encore paru.

(2) D'après « Comune di Torino. Ufficio d'igiene. Relazione per l'anno ..... (parte prima) ».

(3) D'après « Beretning om folkemängden og sundhetstilstanden i Kristiania ». L'année 1888 nous a fait défaut.

(4) D'après « Annual Reports upon the births, marriages and deaths of the City of Providence ».

(5) A partir de 1892, la rubrique « cancer de l'utérus » est remplacée par celle de « cancer des organes génitaux », mais cette substitution ne risque guère de modifier les résultats, comme on va le voir.

(6) Les chiffres de la population nous ont été fournis par les recensements de 1886, de 1891 et de 1896.

(1) D'après « Statistica delle cause di morte nell'anno 1899 (p. XX) ».

(2) Nous ne pouvons donner de proportions exactes, en l'absence d'un recensement récent et officiel.

(mastites, adénomes, etc.). Mais, pour le cancer de l'utérus, dont Paris, Christiania et tant d'autres villes offrent une si remarquable diminution, il nous paraît bien risqué de mettre sa diminution au compte de l'hystérectomie : qu'on réfléchisse au petit nombre des malades qu'on juge opérables (33 % tout au plus de *celles qui se présentent* aux chirurgiens) et aux piètres survies de celles qu'on opère! Il faut donc chercher la raison de cette diminution dans les notions plus exactes que nous possédons sur les métrorrhagies, les scléroses utérines, les tumeurs inflammatoires, etc. Mais ce serait tomber dans une exagération un peu ridicule que de vouloir retourner notre argumentation et de prétendre que les diagnostics « cancers utérins » des statistiques de 1880 ou 1885 ne comprenaient guère que des métrorrhagies simples ou des tumeurs non cancéreuses. S'il s'agissait de diagnostics cliniques, passe encore! Mais il est question de diagnostics d'état civil et, à ce moment, nous semble-t-il, en présence de la fétidité, de la cachexie ou des généralisations, les confusions doivent être rares.

III

Un deuxième fait qui ressort de toutes les statistiques, c'est que le cancer est *plus fréquent dans les villes que dans les campagnes*, et plus fréquent dans les grandes villes que dans les petites. M. Finkelnburg (1), M. Mäder (2) et surtout M. Laspeyres ont analysé de fort près cette donnée statistique. Voici quelle serait en Prusse la mortalité cancéreuse moyenne des villes et des campagnes pour la période 1891-1895 (3) :

	Hommes.	Femmes.
Prusse en général	46.6	53.8
Villes en général	62.8	79.6
Grandes villes	63.3	97.9
Moyennes villes	63.7	83.2
Petites villes	53.4	63.4
Campagne	35.8	36.4

En Norvège, d'après M. Geirsvold (4), la mortalité cancéreuse pour l'année 1897 a été de 100 dans les villes et de 80 dans les campagnes.

En Hollande, la mortalité moyenne de ces trois dernières années a été de 93 pour tout le pays; sur les 23 villes de plus de 20,000 habitants, 14 ont une mortalité supérieure à cette moyenne.

En Suisse, le canton de Bâle-Ville offre une mortalité de 120 à 130 cancéreux par 100,000 habitants, alors que Bâle-Campagne oscille entre 90 et 110. Dans la ville de Genève, en 1898, la mortalité était de 177.2, tandis que pour tout le canton (Genève compris) elle n'est que de 140.2.

En France, voici, d'après l'*Annuaire statistique de la France*, quelle aurait été en 1900 la fréquence du cancer dans les villes (par 100,000 habitants) :

Paris	121
Villes au-dessus de 100,000 habitants	112
— de 30,000 à 100,000 habitants	99
— de 20,000 à 30,000 —	95
— de 10,000 à 20,000 —	91
— de 5,000 à 10,000 —	74
Chefs-lieux d'arrondissement de moins de 5,000 habitants	82

En Autriche, la mortalité cancéreuse des villes présente une gradation à peu près analogue (5).

Il est donc évident que les villes, et surtout les grandes villes, ont une mortalité cancéreuse supérieure à celle des petites villes ou des campagnes. L'importance de la mortalité cancéreuse croît généralement en proportion de l'importance de la ville, mais ici les exceptions sont nombreuses : ainsi Rotterdam a une mortalité de 90 seulement, alors que celle du pays entier est de 93, et que celle d'Apeldoorn (26,000 âmes) est de 118. En Prusse, Dantzig tient la tête avec une mortalité de 122.5 en 1895, tandis qu'à Berlin, treize fois plus peuplé, elle n'est que de 88.5. En Norvège, Hammerfest a une mortalité bien supérieure à celle de Christiania. En Amérique, San-Francisco l'emporte sur New-York de près du double, etc., etc.

A quelle cause attribuer la mortalité exagérée des villes, et surtout des grandes villes? Une première raison, et non des moindres, est que les grandes villes possèdent une nombreuse population adulte, plus ou moins flottante, prise dans les populations rurales ou urbaines voisines. De plus, avec leurs hôpitaux, leurs asiles, leurs cliniques, leurs maisons de retraite, elles drainent encore la population plus ou moins incurable du voisinage, et notamment les cancéreux. A Leyde, M. R. Scholten a relevé, pendant les huit dernières années, 533 décès par cancer; défalcation faite des cancéreux décédés dans les établissements publics ou privés et n'appartenant pas à la commune, le chiffre précédent tombe à 417, c'est-à-dire que l'attraction exercée par l'Université et les divers centres hospitaliers de la ville a élevé de plus d'un quart la mortalité cancéreuse.

A Turin, sur 1,642 décès par cancer survenus de 1892 à 1896, 375 se rapportent à des étrangers.

A Cracovie, sur 1,744 sujets morts de cancer pendant la période 1887-1898, 763, plus de la moitié, étaient domiciliés hors de la ville.

A Paris, en 1899, sur 2,951 cancéreux décédés, 216 n'appartenaient pas à la ville.

On comprend que plus les villes sont petites et plus leur mortalité cancéreuse sera élevée, pour peu que l'attraction qu'elles exercent ait une certaine importance. Ce fait explique les très grosses mortalités de certaines villes étrangères à université, telles que Groningue (116 par 100,000), Utrecht (106), Halle (112.4), Genève (177.2), Erlangen (250.5), Cracovie (316.5). En France, il est à remarquer que la population lyonnaise a une mortalité supérieure à celle de Paris (1), ce qui est dû, sans doute pour une très bonne part, à l'énorme attraction de Lyon sur toute la vallée du Rhône.

La force d'attraction des villes, le rayon sur lequel elle se fait sentir et la densité de la population de ce rayon variant d'une ville à l'autre, on comprend les différences considérables qu'on peut observer; ainsi s'expliquent les exceptions à la règle posée plus haut.

Une deuxième cause pouvant amener de gros écarts soit entre les villes, soit entre les villes et les campagnes, réside dans la répartition inégale de la population aux divers âges de la vie. Ainsi à Berlin, en 1895, on comptait 66 % d'individus âgés de plus de vingt ans, alors que pour la Prusse entière il n'y en avait que 45 %. Rien que de ce chef, Berlin aurait droit à une mortalité de moitié supérieure à celle de la Prusse en général, supposé que la répartition des sujets au-dessus de vingt ans fût la même à Berlin et dans le reste de la Prusse, ce qui n'est pas tout à fait le cas.

Les deux facteurs que nous venons de signaler — drainage du pays environnant et proportion supérieure d'adultes — tendent à augmenter la mortalité cancéreuse des villes dans d'assez notables proportions. Mais à côté d'eux, il en est un troisième qui tend à un résultat légèrement opposé.

En effet, si la population adulte des grandes villes est relativement supérieure à celle des petites villes et des campagnes, elle atteint généralement un âge moins avancé : on vit moins vieux à la ville; il s'ensuit que la proportion des sujets âgés, surtout du sexe masculin, y est moins considérable que dans les campagnes (Laspeyres). Les villes devraient donc, de ce chef, avoir quelques cancéreux de moins.

Toutefois, si la distribution de la population par âge et par sexe était seule en cause dans la mortalité supérieure des villes, nous devrions, en comparant la mortalité des villes et des campagnes âge par âge, retrouver le même pourcentage : autrement dit, sur 100,000 citadins de soixante à soixante-dix ans, par exemple, nous trouverions le même nombre de décès par cancer que sur 100,000 campagnards. Or, il n'en est rien : les tableaux de M. Laspeyres démontrent que dans les grandes villes de Prusse, il meurt par cancer 68 hommes sur 100,000 de soixante à soixante-dix ans; à la campagne, il en meurt seulement 23.7, et l'on remarque un écart analogue pour tous les âges sujets au cancer.

Imputer, d'autre part, cette énorme différence aux étrangers à la ville, n'est pas toujours possible : à Cracovie, à Paris, à Leyde, à Turin, leur défalcation laisserait encore une mortalité bien supérieure à celle des campagnes.

Il y a donc entre les villes et les campagnes une différence de mortalité *statistiquement vraie :* toute la question est de savoir si cette différence est réelle ou seulement apparente.

Un moyen bien simple de résoudre la question consisterait à comparer, dans le même pays, la mortalité des cancers accessibles et celle des cancers inaccessibles, soit à la ville, soit à la campagne, après avoir imputé à telle province que de juste les décès des cancéreux non domiciliés dans les villes. Mais pour l'instant ce travail est impossible, car beaucoup de statistiques urbaines ne spécifient ni le nombre ni le lieu d'origine de ces étrangers. Nous ne pouvons alors nous livrer qu'à une discussion théorique.

Pour expliquer cette différence de mortalité, on peut faire deux hypothèses : ou bien la mortalité cancéreuse est réellement plus considérable dans les villes que dans les campagnes, ou bien les diagnostics cliniques et d'état civil sont moins bien précisés ici que là.

En faveur de la dernière supposition plaide ce fait que, dans les campagnes, les malades sont relativement indifférents aux côtés théoriques de la médecine : l'essentiel, pour eux, c'est le traitement. Le médecin, de son côté, est moins accessible aux courants de l'opinion médicale. Dans les villes, au contraire, les nécropsies pour les indigents hospitalisés, une curiosité un peu inquiète chez les riches et les relations plus suivies des membres de la hiérarchie médicale entre eux font que les médecins, par la force des choses, sont amenés soit à préciser un peu plus leurs diagnostics, soit à subir davantage l'influence des idées régnantes (1).

Il y a donc beaucoup de chances pour que dans les villes l'enregistrement des causes de décès soit plus exact et plus circonstancié que dans les campagnes. Une considération vient d'ailleurs à l'appui de cette hypothèse : dans la plupart des pays où l'assistance médicale est bien organisée, et dans ceux où la constatation des décès est devenue une pratique courante et légale, il n'y a entre la mortalité cancéreuse des villes et des campagnes que d'assez légères différences. En Suisse, sauf quelques cantons un peu perdus, nous ne trouvons que de faibles écarts entre les cantons surtout urbains et les cantons surtout ruraux; en Norvège, il en est à peu près de même (mortalité de 100 pour les villes, de 80 pour les campagnes); en Saxe, la mortalité des villes est de 106, celle des com-

(1) R. Finkelnburg. (*Loc. cit.*)

(2) C. Mäder. Die stetige Zunahme der Krebserkrankungen in den letzten Jahren. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infektionskr.*, 1900, XXXIII, p. 235.)

(3) D'après Laspeyres. (*Loc. cit.*) — Les chiffres indiquent la mortalité par 100,000 habitants de la population totale.

(4) Geirsvold. (*Loc. cit.*, graphique II.)

(5) « Oesterreichische Statistik, LVII », cité d'après M. K. Kolb.

(1) D'après M. Fabre (*Huitième Congrès français de chirurgie*, 9 oct. 1894 et *Semaine Médicale*, 1894, p. 446), Lyon avait 134 décès par an en moyenne de 1890 à 1893. Pendant cette même période, Paris n'atteignait pas 105.

(1) Nous ne prétendons nullement que le médecin des villes soit supérieur à celui des campagnes. Nous comparons seulement la position différente de l'un et de l'autre à l'égard des problèmes diagnostiques.

munes rurales de 89 (1); en Bavière, la mortalité des villes est à celle des campagnes à peu près comme 120 est à 80. Par contre, en Prusse, la mortalité des villes grandes ou moyennes est presque le double de celle des campagnes. Il est très naturel d'admettre, avec M. Prinzing, que la réglementation de la constatation des décès est pour beaucoup dans ces différences: de tous les pays ci-dessus mentionnés, la Prusse est, en effet, le seul où le service médical des états civils ne soit pas universellement organisé.

Voici une autre remarque digne, pensons-nous, de quelque attention. A Berlin, le cancer faisait, en 1898, 104 victimes par an, c'est-à-dire trois et quatre fois plus que dans les petites villes et les campagnes. Même en défalquant les étrangers à la commune, en tenant compte des répartitions d'âge et de sexe, la mortalité berlinoise par cancer reste très élevée. Or, le Berlinois de Berlin, tout comme le Parisien de Paris, constitue l'infime minorité de la population: les deux tiers de celle-ci sont formés de provinciaux de la veille ou de l'avant-veille. Est-il naturel d'admettre que ceux-ci contractent pour ainsi dire d'emblée, c'est-à-dire au cours d'une vie d'homme tout au plus (2), une réceptivité une fois et demie, deux fois, trois fois plus grande que celle de leur ville ou de leur village d'origine? Infection ou contagion par l'endémie cancéreuse urbaine, nous répondront les partisans de ce mode de transmission. Peut-être... Mais la statistique des grandes villes ne donne absolument aucun appui à cette opinion. Surmenage, alcoolisme, syphilis, diront d'autres... Peut-être encore, mais ces facteurs ne peuvent agir sur *tous* ces ci-devant provinciaux! Remarquons d'ailleurs qu'à Berlin la mortalité *générale* des provinciaux est presque identique à celle des Berlinois de naissance (3): or, si les uns et les autres se comportent à peu près de même à l'égard des grandes maladies infectieuses, peut-on supposer qu'ils se comporteront différemment à l'égard d'une maladie dont la nature infectieuse est tellement peu évidente qu'on la discute encore?

Ajoutons enfin que toutes les relations d'endémie ou d'épidémie cancéreuses proviennent de fort petites villes ou de villages, ce qui prouve que, lorsque le médecin y cherche le cancer, il le trouve pour le moins autant que dans les villes.

En faveur de la première hypothèse — celle d'une différence réelle entre les villes et les campagnes —, on peut faire valoir cette simple raison qu'il serait bien étrange que le médecin des petits pays méconnût deux ou trois fois plus de cancers que celui des villes.

Ceci nous paraît très juste; aussi, bien que les raisons exposées plus haut répondent en grande partie à cet argument, sommes-nous tout disposé à compter avec lui.

Après toute cette discussion pour ou contre le plus ou moins de fréquence du cancer dans les villes et dans les campagnes, nous pensons qu'une opinion moyenne s'impose et nous concluons que *le cancer paraît être un peu plus fréquent dans les villes que dans les campagnes, mais que l'écart du simple au double et même au triple qui les sépare dans quelques statistiques est sans doute de beaucoup supérieur à la réalité;* et nous ne serions nullement étonné que l'avenir démontrât que villes et campagnes possèdent des mortalités cancéreuses à peu près semblables.

Mais s'il était prouvé, au contraire, que cette prédilection du cancer pour les villes est réelle, la raison en serait assez facile à concevoir. Quel qu'en soit l'agent, le cancer apparaît comme une sorte de viciation, de dépravation organique: or, il est bien naturel que ce soit dans les villes que ces altérations aient le plus de chance de se produire, là où vices, misère, maladies, surmenage, existence ou professions malsaines, se donnent la main pour abâtardir la race.

IV

Puisque les agglomérations urbaines constituent un milieu favorable à l'éclosion du cancer, il est naturel de se demander si la *densité de la population* ne jouerait pas le même rôle.

Un simple coup d'œil sur la carte de l'Europe et sur les chiffres de densité des populations permet cependant de voir que les exceptions, si tant est qu'il y ait une règle, sont nombreuses. En Suède et en Norvège, par exemple, où la population est très clairsemée, le cancer paraît être très fréquent; dans les cercles de Cologne, d'Aix-la-Chapelle, de Düsseldorf, si densement peuplés, le cancer est beaucoup moins commun que dans le Wurtemberg ou le grand-duché de Bade; en Irlande, sa fréquence est à peu près la même qu'en Italie, dont la densité est bien supérieure; en Hollande, le Limbourg et la province de Drenthe offrent la même mortalité cancéreuse: or l'une a 128 habitants au kilomètre carré et l'autre n'en a pas 56. Enfin, si l'on vient, comme l'a fait M. Laspeyres, à grouper les provinces prussiennes d'après leur densité de population, on obtient les chiffres suivants:

Premier groupe (moyenne de 48 habitants au kilomètre carré), 153 décès cancéreux sur 100,000 habitants de plus de trente ans;

Deuxième groupe (moyenne de 75 habitants), 209 décès cancéreux;

Troisième groupe (moyenne de 155 habitants), 177 décès cancéreux.

La mortalité du cancer n'est donc pas proportionnelle à la densité de la population.

Mais il n'en est plus de même si l'on compare les provinces d'après le *nombre de citadins* vivant sur le kilomètre carré. Comme le prouvent les chiffres suivants de M. Laspeyres qui est également l'auteur de cette remarque, on s'aperçoit alors que *la mortalité par cancer s'élève avec le nombre de citadins vivant au kilomètre carré:*

	Décès cancéreux.
Provinces ayant en moyenne 14 citadins au kilomètre carré	135
Moyenne de 26 citadins au kilomètre carré	170
Moyenne de 80 citadins au kilomètre carré	197

Cette conclusion est en somme le corollaire de celle du précédent chapitre.

V

Le problème de la *fréquence relative du cancer dans les deux sexes*, autrement dit de leur réceptivité, est un des plus délicats de cette étude statistique. Il a été envisagé à des points de vue généralement inexacts et a conduit, même dans ces derniers temps, à une assez grosse erreur statistique.

On a essayé de se faire une idée de la réceptivité de l'homme et de la femme à l'égard du cancer en comparant le nombre des décès féminins à celui des décès masculins. Si, par exemple, il meurt dans un pays 100 cancéreux pour 110 cancéreuses, certains auteurs concluent que la femme est plus sujette au cancer que l'homme, et cela dans la proportion d'un dixième.

Ce calcul est complètement erroné; car si, dans le pays en question, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, c'est tout le contraire qui pourrait être vrai.

L'évidente fausseté de ce raisonnement a conduit la plupart des statisticiens à calculer la mortalité des deux sexes par rapport au nombre des habitants. Si par 100,000 hommes il meurt 100 cancéreux, et si par 100,000 femmes, il meurt 110 cancéreuses, on nous dit encore que la femme est plus réceptive que l'homme et que, dans le cas particulier, sa réceptivité est d'un dixième supérieure à celle de l'homme.

MM. King et Newsholme, Geirsvold et surtout Laspeyres ont eu le mérite de montrer l'erreur de ce nouveau calcul. En effet, la méthode précédente ne tient nul compte de ce fait capital: que la fréquence du cancer est variable suivant les âges, et que la population des deux sexes se répartit inégalement dans les diverses catégories d'âge. Parmi 100,000 sujets féminins on trouve, en effet, beaucoup plus de sujets âgés que parmi 100,000 sujets masculins: la femme vit plus vieille que l'homme.

Aussi se rapproche-t-on davantage de la vérité quand on vient à calculer la mortalité du cancer non plus sur la totalité de la population, mais sur le nombre des sujets de plus de vingt-cinq ou trente ans; on spécule ainsi sur la rareté du cancer avant cet âge.

Ce mode de calcul amène des modifications assez importantes: en Prusse, par exemple, et en 1898, quand on calcule la mortalité des deux sexes sur la population masculine ou féminine de tout âge, on voit qu'il meurt 100 hommes pour 113 femmes; lorsqu'on se limite à la population de plus de vingt-cinq ans, on ne trouve plus que 109 femmes contre 100 hommes.

Mais, par ce procédé ou un des précédents, on n'obtient que des *réceptivités apparentes*. M. Laspeyres a fait faire un pas de plus à la question en déterminant isolément la mortalité de chaque sexe à chaque âge et en remarquant que, suivant les âges, la mortalité des deux sexes offre des rapports bien différents. Cette manière de procéder est la seule exacte; malheureusement, elle ne peut pas nous donner une idée d'ensemble sur la réceptivité de l'homme et de la femme. Nous voyons, d'après les tableaux de M. Laspeyres, que de trente à cinquante ans la mortalité de la femme l'emporte sur celle de l'homme, tandis que de cinquante à soixante-dix et au delà, c'est le contraire qui s'observe... Cette constatation est des plus intéressantes, mais comment ferons-nous la balance? On ne peut pas prendre des moyennes de pourcentages! Aussi pensons-nous que M. Laspeyres n'a pas fourni la preuve de sa conclusion que « contrairement à l'opinion reçue, la mortalité du cancer chez la femme n'est pas supérieure, mais un peu inférieure à celle de l'homme ».

A quel artifice recourir, puisqu'aucun des moyens de calcul que nous venons de passer en revue ne nous donne une notion juste de la réceptivité du cancer dans les deux sexes?

Nous avons vu que les derniers âges de la vie contiennent beaucoup plus de femmes que d'hommes: il en résulte que la mortalité de 100,000 femmes se trouve sensiblement alourdie par celle de toutes les femmes âgées. Dès lors, si l'on veut se faire une idée à peu près exacte de la réceptivité cancéreuse des deux sexes, il faut ramener à l'égalité de population chacune de leurs classes d'âge: autrement dit, à côté de 100,000 femmes distribuées par âges suivant la progression qui leur est propre, il faut placer 100,000 hommes distribués suivant une progression identique, ou inversement. Ceci fait, on calcule *par âge* le nombre de cancéreux ou de cancéreuses que produiraient 100,000 hommes ou 100,000 femmes ainsi identiquement distribués. On connaît dès lors le nombre de cancéreux ou de cancéreuses que fourniraient deux populations, masculine ou féminine, identiques de nombre et de composition, et, par suite, comparables. Il n'y a plus qu'à prendre le rapport des nombres de cancéreux et de cancéreuses obtenus de la sorte. Nous avons fait ce calcul pour la Prusse en 1900, et il nous a montré que *les deux sexes ont, à l'heure actuelle, une réceptivité cancéreuse à peu près égale: 100 hommes pour 101 femmes.* Le « coefficient de cancérisation » des tissus masculins et des tissus féminins est donc sensiblement le même: autrement dit, un homme et une femme,

(1) Fr. Prinzing. Zur Häufigkeit der Todesfälle in Folge bösartiger Neubildungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 juillet 1902.)

(2) L'immense majorité des provinciaux n'arrivent dans les capitales qu'à l'âge d'adulte.

(3) « Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin für das Jahr 1897 », p. 133.

en venant au monde, et s'ils doivent vivre le même nombre d'années, apportent à peu près le même nombre de chances de devenir cancéreux; en Prusse, la femme posséderait cependant un centième de chance de plus.

Ceci est sans doute également vrai pour l'Irlande, où la réceptivité apparente des deux sexes est la même qu'en Prusse. Mais en Norvège, pour l'année 1897, en Suisse, dès 1889, on trouve que la réceptivité apparente de la femme est pour ainsi dire négative, car sur la population de plus de trente ans il meurt, dans le premier pays, 87 femmes pour 100 hommes, et dans le second 88 femmes pour 100 hommes.

Par contre, en Hollande, on ne trouve que 100 cancéreux pour 123 cancéreuses parmi la population de plus de vingt-cinq ans; en Angleterre, ce rapport est même de 100 à 139. Il est à remarquer qu'aux Etats-Unis, il existe aussi, entre la réceptivité des deux sexes, de très gros écarts, supérieurs parfois à celui que nous venons de signaler pour l'Angleterre. Nous pensons que les différences dans la formation médicale sont un des principaux facteurs de ces variations.

Il y a quelques années, les statistiques de chaque pays accordaient à la femme une *réceptivité apparente* encore bien plus considérable qu'aujourd'hui, ce qui veut dire que dans ces derniers temps la mortalité cancéreuse de l'homme se serait accrue bien plus rapidement que celle de la femme. Même en Angleterre, où la femme tient encore et de beaucoup la tête, on peut constater que d'année en année son avance diminue ; en 1877, par exemple, le nombre des décès masculins par 100,000 habitants de tout âge était à celui des décès féminins comme 100 est à 193; en 1887, on trouve 100 contre 163 et, en 1897, 100 contre 146 ; et, cependant, durant ce laps de temps la répartition de la population par âge a relativement peu changé. En Suisse, en Allemagne, en Hollande, en Norvège, dans les grandes comme dans les petites villes, bref partout où nous avons pu en faire l'épreuve, on observe le même phénomène. Il est donc à prévoir que, dans quelques années — surtout en calculant la *réceptivité réelle* des deux sexes — on trouvera que celle-ci est égale pour tous les deux, sinon même que celle de l'homme est supérieure à celle de la femme, comme on le voit déjà pour la Suisse et la Norvège.

La raison de cet accroissement relatif du cancer masculin, de cette diminution relative du cancer féminin est des plus simples : de nos jours on diagnostique beaucoup mieux les cancers viscéraux. La meilleure preuve en est que, chez la femme, le cancer génital (sein et utérus) ne forme guère aujourd'hui que le quart de tous les cancers, alors qu'il y a vingt ans, il en constituait plus de la moitié. Pour le sexe masculin il s'est passé un phénomène analogue; mais, comme, chez l'homme, la proportion des cancers externes est bien plus faible que chez la femme, l'accroissement du nombre des cancéreux mâles paraît encore plus considérable. Ce fait vient corroborer ce que nous avons dit plus haut des statistiques contemporaines du cancer : l'accroissement effrayant qu'elles signalent est probablement beaucoup plus apparent que réel.

D'après un tableau de M. Wutzdorff, que confirment d'ailleurs les graphiques de M. Geirsvold pour la Norvège, ainsi qu'un tableau que nous avons dressé pour la Suisse, on voit que, de vingt-cinq à cinquante ans, et surtout de trente à quarante, la femme présente une mortalité cancéreuse notablement supérieure à celle de l'homme (une fois et demie environ); de cinquante à soixante ans, la mortalité des deux sexes est à peu près la même; à partir de soixante ans l'homme l'emporte et à quatre-vingts ans l'on revient sensiblement à l'égalité. Même en Angleterre où la femme présente une avance continuelle sur l'homme, on remarque, d'après un tableau de M. F. J. Payne, que cette supériorité varie en conformité avec la loi résultant des statistiques de la Prusse, de la Suisse et de la Norvège.

L'âge de vingt-cinq à cinquante ans étant celui de l'activité génitale de la femme ou de sa période critique, il est naturel de penser que le cancer génital est responsable de cette inégale répartition du cancer au cours de la vie des deux sexes. Les statistiques confirment cette hypothèse. Si l'on vient, par exemple, pour la Suisse, à grouper, d'une part, le cancer du sein et de l'utérus et, d'autre part, les autres cancers de la femme, on s'aperçoit que 50 % des cas de cancer du sein ou de l'utérus concernent des femmes de vingt-cinq à soixante ans, alors que 38 % seulement des autres formes de cancer incombent au même âge. *La grande supériorité de la mortalité cancéreuse de la femme par rapport à celle de l'homme, aux âges compris entre vingt-cinq et cinquante ans, est donc due à la précocité du cancer génital.*

La réceptivité cancéreuse des deux sexes reste-t-elle la même dans les villes et dans les campagnes? Un observateur superficiel pourrait être tenté de répondre par la négative; en effet, quand on compare, comme l'a fait M. Laspeyres, la mortalité des grandes villes de Prusse à celle des campagnes, on voit que dans les premières les mortalités masculine et féminine — calculées sur la population de tout âge — sont respectivement de 63.3 et 97.9 pour 100,000, alors que dans les campagnes elles sont de 35.8 et 36.4; il semble donc évident que dans les campagnes les deux sexes ont une mortalité peu différente, tandis que dans les villes la femme est de moitié plus « cancérisable » que l'homme. Cette conclusion serait une grave erreur, car on oublierait ce fait capital que la distribution des habitants par âge et par sexe n'est pas la même dans les populations urbaines et rurales. Dans les villes, le nombre des femmes âgées est relativement très considérable et celui des hommes âgés relativement très faible; dans les campagnes, l'écart entre les deux sexes est beaucoup moins grand (1).

La fausseté de la conclusion précédente apparaît encore plus facilement quand on étudie *âge par âge et pour chaque sexe* la mortalité du cancer dans les villes et les campagnes : on voit alors que, ici comme là, la fréquence relative du cancer dans les deux sexes reste à peu près la même.

Mais si la femme des villes vit beaucoup plus longtemps que l'homme, elle vit cependant un peu moins longtemps que celle des campagnes; ainsi s'explique le fait que la proportion des cancers génitaux est assez notablement supérieure dans les villes à ce qu'elle est dans un pays entier ou dans les campagnes : dans les villes (Berlin, Francfort-sur-le-Mein, Milan, Paris, Christiania, Washington, etc.), le cancer de l'utérus constitue à peu près le tiers ou le quart, et celui du sein le huitième de tous les cancers de la femme; dans des pays entiers (Norvège, Suisse), le dernier ne constitue plus que le dixième ou le douzième, et le premier que le sixième ou le septième de tous les cancers féminins.

Arrivé à la fin de cette étude, une chose nous paraît certaine, c'est que, actuellement, l'examen attentif des documents statistiques contredit plus qu'il ne confirme l'effrayant accroissement des affections cancéreuses, signalé par la plupart des auteurs; cet accroissement est peut-être réel, mais les alarmes exprimées sont sans doute absolument hors de proportion avec lui.

La statistique peut encore nous renseigner sur plusieurs points importants de l'étiologie du cancer, qui feront l'objet d'un prochain travail.

Dr R. de Bovis,
Professeur à l'Ecole de médecine de Reims.

(1) A Paris, par exemple, on compte seulement 50 hommes pour 100 femmes, parmi les sujets âgés de plus de soixante ans, alors que dans les campagnes prussiennes on compte 94 des premiers pour 100 des secondes.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Infantilisme dégénératif (type Lorain) compliqué de dysthyroïdie pubérale (type Brissaud), par MM. E. Dupré et Ph. Pagniez.

Il semble bien établi que des causes diverses (tares héréditaires, infections, insuffisance thyroïdienne), agissant isolément ou concurremment, peuvent aboutir à la constitution des états morbides quelque peu différents réunis sous le nom d'infantilisme. L'observation relatée par MM. Dupré et Pagniez est précisément intéressante en ce qu'elle montre la multiplicité des facteurs susceptibles de s'associer, dans un cas donné, pour produire la dystrophie en question.

La malade dont ils publient l'histoire est une jeune fille de quinze ans et demi, fille d'alcooliques, née au huitième mois et par le siège; dans sa première enfance, malgré une série de maladies (coqueluche, scarlatine, etc.), son développement fut à peu près normal, quoique très lent — elle ne marcha qu'après trois ans —, et elle commençait à apprendre à lire quand elle eut, vers sa cinquième année, une dothiénentérie assez grave. Dès lors, le développement fut presque complètement entravé; ce n'est qu'à grand'peine qu'elle apprit à lire et à écrire, et elle n'a jamais su calculer ni coudre. Enfin, vers la quinzième année, survint, en même temps que s'ébauchait la menstruation, une aggravation très manifeste ; la mémoire subit une diminution marquée, l'intelligence était plus obtuse que jamais, la jeune patiente était plongée dans un état de somnolence continuelle.

C'est à ce moment que les auteurs eurent l'occasion d'observer cette jeune fille; sa taille était de 1 m. 27 seulement, le pubis et les aisselles se montraient complètement glabres, les seins n'étaient pas développés, le bassin avait conservé ses caractères infantiles; au total, cette malade, silencieuse, inerte, étonnée, d'aspect légèrement stupide, avait l'apparence physique d'une fillette de huit ou neuf ans. En outre, le faciès était quelque peu « lunaire », et il existait une infiltration manifeste du tissu cellulaire sous-cutané au niveau du front, du cuir chevelu, de la région antérieure du thorax et du ventre; le corps thyroïde n'était pas appréciable à la palpation.

Sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne (d'abord 0 gr. 50 centigr., puis 0 gr. 20 centigr. seulement par jour de corps thyroïde frais de mouton) prolongée durant quatre mois environ, il se produisit une amélioration évidente : la taille n'augmenta pas, il est vrai, mais la figure, manifestement désinfiltrée, prit des contours plus nets, une forme plus allongée; au point de vue psychique, la malade, jusque-là taciturne et indifférente, devint gaie et joueuse, tout en conservant la mentalité d'une fillette d'une huitaine d'années.

En somme, MM. Dupré et Pagniez estiment que la succession des phénomènes, dans ce cas, a été la suivante : d'abord, sous l'influence de l'alcoolisme des générateurs, se produit un état d'*infantilisme héréditaire*, d'origine toxique; puis la fièvre typhoïde aggrave la situation et entraîne un retard encore plus considérable du développement, en agissant comme facteur d'*infantilisme acquis*, d'origine infectieuse; enfin, au moment où la puberté paraît vouloir s'établir, vient se greffer sur ce fonds de dystrophie un *syndrome myxœdémateux*, somatique et psychique, et c'est cette dernière complication seule que guérit la thyroïdothérapie, sans influencer en rien l'infantilisme préexistant. (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, mars-avril 1902.) — F. F.

Thrombose des sinus; hémorrhagies méningées, cérébrale, ventriculaire; thrombose de la veine rénale, par M. J. Comby.

Une fillette de treize mois, soumise à un régime alimentaire défectueux ayant entraîné des troubles de gastro-entérite, fut amenée à l'hôpital des Enfants-Malades une dizaine de jours après le début d'une affection thoracique se manifestant par de la toux, de la gêne respiratoire, de l'abattement. Elle présentait alors une

fièvre modérée (38°6); on comptait chez elle 160 pulsations et 38 respirations à la minute; au début il y avait eu de la diarrhée, bientôt remplacée par de la constipation avec vomissements. L'examen objectif n'ayant révélé que quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés dans la poitrine, on porta le diagnostic de « bronchite aiguë avec gastro-entérite chez une enfant mal nourrie ».

Le cinquième jour après son admission, alors que la température était tombée à 37° depuis la veille et que tout semblait aller bien, on trouva la petite malade en état de contracture généralisée avec déviation conjuguée des yeux à gauche; le lendemain, les globes oculaires étaient au contraire déviés vers la droite; les contractures persistaient, et le jour suivant la mort survenait dans le coma avec hyperthermie.

L'autopsie permit de constater, vers la base et les bords postérieurs des deux poumons, quelques foyers disséminés de broncho-pneumonie, en l'absence de toute lésion tuberculeuse. En outre, le tiers inférieur du rein droit présentait « l'aspect d'une truffe » par suite de la présence, dans la veine rénale du même côté, d'un volumineux caillot cruorique. A l'ouverture du crâne, on reconnut une thrombose de tous les sinus dure-mériens, qui étaient obstrués par des caillots se prolongeant dans les veines afférentes et dans celles de la pie-mère. Une vaste hémorrhagie méningée diffuse occupait toute la convexité de l'hémisphère droit; du côté gauche, l'épanchement se limitait à peu près à la zone rolandique; de plus, il y était uniquement superficiel, tandis qu'à droite on notait une hémorrhagie par infiltration de la substance des circonvolutions, au-dessous desquelles s'étaient formés en plusieurs points des foyers remplis de caillots cruoriques; le sang avait également envahi le ventricule latéral du côté droit. Enfin, on remarquait de petites suffusions sanguines à la surface du cervelet.

En résumé, il existait chez cette fillette, outre des lésions de broncho-pneumonie, des thromboses multiples portant sur la veine rénale droite et sur tous les sinus de la dure-mère, l'oblitération de ces derniers ayant déterminé une vaste hémorrhagie pie-mérienne de la convexité avec épanchements sous-jacents dans les circonvolutions, le ventricule latéral, etc.

En ce qui concerne l'origine de ces accidents, l'auteur admet qu'il s'est agi d'un processus infectieux, de thrombo-phlébites microbiennes, dont le point de départ ne pourrait être cherché que dans les lésions broncho-pulmonaires concomitantes. (*Arch. de méd. des enfants*, mai 1902.) — F. F.

Note sur un cas d'astasie-abasie, par M. J. Marque.

Si l'astasie-abasie est généralement une manifestation hystérique, divers observateurs (Blocq, Cénas) ont cependant établi que ce syndrome reconnaissait parfois pour cause une lésion cérébrale organique. L'observation relatée par M. Marque est un nouvel exemple de ce genre; elle est en outre intéressante en ce que l'altération cérébrale causale siégeait non au niveau de l'écorce, comme c'est d'ordinaire le cas en pareille occurrence, mais bien dans la profondeur d'un hémisphère.

Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans, dont les antécédents n'accusaient absolument aucun trouble morbide, et qui se fit admettre à l'hôpital de Saint-Etienne pour une « faiblesse des membres inférieurs » ayant commencé à se manifester deux mois environ auparavant, et dont l'augmentation progressive avait fini par rendre la marche impossible, au point de confiner la malade au lit. L'examen objectif permit de s'assurer que la motilité des jambes était cependant intacte : dans le lit, tous les mouvements s'exécutaient normalement; il n'existait ni tremblement, ni incoordination motrice, ni modification des réflexes. Mais dès qu'on plaçait cette femme debout, ses jambes se dérobaient sous elle, et elle tombait; par contre, soutenue sous les aisselles, elle marchait sans difficulté, et continuait à marcher après qu'on l'avait lâchée, pourvu, toutefois, qu'elle ne s'en doutât pas. Tous les grands systèmes organiques étaient sains; on ne put notamment relever le moindre trouble de la sensibilité dans ses divers modes, ni aucun autre stigmate d'hystérie.

Vingt-quatre jours après son admission, la patiente fut prise brusquement de légères convulsions cloniques généralisées, avec face rouge et vultueuse; il n'y avait pas eu de perte de connaissance; la température n'était pas exagérée, la parole était libre, on ne notait ni contracture ni paralysie du côté des membres. Le lendemain matin cette femme était dans le coma; elle succombait à midi.

L'autopsie ne révéla, outre un athérome accentué des artères de la base du cerveau, qu'un petit foyer ocre d'hémorrhagie ancienne, ayant le volume d'un petit pois, et situé immédiatement au-dessus du segment antérieur de la capsule interne gauche. Le reste du cerveau et les autres viscères étaient normaux.

En plus de l'intérêt qu'il présente au point de vue de l'étiologie de l'astasie-abasie, ce fait est encore curieux en ce qu'il montre qu'une hémorrhagie cérébrale peut se produire et évoluer sans s'extérioriser par aucun trouble, l'histoire clinique de la malade dont il s'agit étant absolument muette à cet égard. (*Loire méd.*, juin 1902.) — F. F.

Contribution à la psycho-physiologie des mourants ; deux cas de chorée chronique, par MM. N. Vaschide et Ch. Vurpas.

Les auteurs relatent les observations de deux femmes respectivement âgées de soixante-neuf ans et de soixante et un ans, toutes deux atteintes d'une chorée chronique caractérisée par des mouvements sans but défini, continus pendant l'état de veille et que le sommeil n'arrêtait qu'incomplètement; ces troubles moteurs étaient dans les deux cas généralisés à la plupart des muscles du corps : face, cou, tronc, membres, et rendaient la marche à peu près impossible. Or, ces deux femmes ayant contracté des maladies aiguës graves (l'une un érysipèle de la face, mortel en cinq jours; l'autre une congestion pulmonaire avec épanchement pleural, ayant entraîné l'issue fatale en trois jours), ces affections intercurrentes furent accompagnées de la disparition des convulsions choréiques, qui ne se reproduisirent plus jusqu'au décès.

De ces deux faits, MM. Vaschide et Vurpas rapprochent le cas d'un homme de soixante ans, affecté d'un tic très accentué de la face (soulèvement brusque de la lèvre) qui lui aussi cessa entièrement pendant l'évolution d'une pneumonie droite, pour reparaître durant la convalescence et disparaître de nouveau à l'occasion d'une rechute à laquelle le malade succomba.

Il paraît assez difficile d'interpréter cette action frénatrice, en ce qui concerne notamment les troubles moteurs de la chorée chronique, affection à laquelle on a voulu attribuer un *substratum* anatomique bien défini. Pour qui admet la réalité de ces lésions, force est de supposer qu'il se produit, dans la phase agonique, des suppléances fonctionnelles ayant pour effet d'annihiler les troubles dus aux altérations préexistantes; ces suppléances, elles-mêmes fort malaisées à expliquer, pourraient dépendre soit de processus d'intoxication, soit de modifications psycho-physiologiques encore obscures.

En tout cas, il est une circonstance sur laquelle insistent les auteurs, à savoir le rapport intime paraissant exister entre la cessation de troubles convulsifs jusque-là continus et la désorganisation de la conscience; c'est en effet avec le début de la phase comateuse que surviendrait la modification dont il est ici question. (*Rev. neurol.*, 15 mai 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Une forme rare d'hypertrophie des amygdales palatines, par M. G. Kien.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer, sur une fillette de sept ans, indemne de toute maladie constitutionnelle, l'ablation des amygdales palatines qui présentaient certaines particularités dignes d'être notées. C'est ainsi qu'elles étaient très volumineuses : l'amygdale droite mesurait 5 centimètres de longueur sur une largeur de 4 centimètres, et la gauche avait 4 centimètres dans chaque direction, bien qu'elles eussent toutes deux subi pendant quelque temps l'action de la formaline. Leur surface était, en outre, parsemée de nombreuses excroissances, les unes pédiculées, les autres sessiles, et était parcourue par des bandes de tissu lisse qui s'enfonçaient dans la profondeur. Quelques-unes des excroissances dont il vient d'être question se distinguaient par leur grosseur et par les dimensions de leur pédicule, au point qu'elles ressemblaient à de véritables polypes. Une d'elles, implantée sur l'amygdale droite, avait une longueur de 2 centimètres et une largeur de 1 centimètre; son pédicule, sur lequel étaient insérées quelques autres productions latérales polypiformes, était long d'un demi-centimètre.

L'examen microscopique avait montré que le corps des amygdales et la plupart des formations polypoïdes étaient constitués par du tissu adénoïde et des follicules proliférés et irrégulièrement disposés; les excroissances les plus volumineuses, dont le nombre était d'ailleurs assez limité, ne renfermaient que du tissu adénoïde sans follicules, mais étaient pourvues d'un réseau de vaisseaux lymphatiques très dilatés. On avait donc affaire à deux genres de productions : les unes à structure folliculaire, les autres à structure lymphoïde et, comme l'amygdale est constituée par ces deux variétés de tissus, on peut considérer les formations en question comme résultant de la prolifération et de l'hyperplasie de l'un ou de l'autre des deux éléments constitutifs de l'amygdale.

M. Lejars a publié un cas à peu près analogue dans lequel les formations polypoïdes des amygdales avaient une structure se rapprochant de celle que l'auteur désigne sous le nom de lymphoïde; il considère ces polypes comme de nature lymphangiomateuse, de sorte que les sujets qui en sont porteurs présenteraient sur la même amygdale le passage de l'hypertrophie simple à l'hypertrophie lymphadénomateuse. M. Passaquay, estimant que ce phénomène est assez fréquent, avait proposé pour cette forme la dénomination de lymphadénome simple, qu'il distingue du lymphadénome vrai caractérisé par sa malignité et par la participation des ganglions cervicaux. Rien n'autorise à supposer qu'il se soit agi d'une affection plus ou moins maligne dans le fait observé par M. Kien; sans parler de l'âge de la petite malade, qui à lui seul est de nature à rendre cette supposition peu vraisemblable, il faut ajouter que cette fillette n'a jamais eu de tuméfaction ganglionnaire et que, quoique l'opération date de plus d'un an, elle ne présente pas trace de récidive. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XL, 4.) — S. J.

Sur une augmentation de volume des mains et des pieds, d'origine névritique, par M. H. Hirschfeld.

L'auteur a observé, dans le service de M. Goldscheider, à Berlin, 3 malades atteints de troubles trophiques des mains et des pieds, présentant une certaine analogie tant avec l'ostéoarthropathie hypertrophique qu'avec l'érythromélalgie ou l'acromégalie, sans cependant pouvoir être confondus avec aucune de ces affections. Deux de ces sujets étaient porteurs d'un cancer ulcéré de l'œsophage; le troisième, phtisique avancé, offrait en plus tous les signes cliniques du tabes.

Le trouble en question était caractérisé par une hypertrophie symétrique des mains et des pieds, avec poussées douloureuses au niveau des extrémités (dans 2 cas seulement) et œdèmes intermittents. A l'examen radiographique, on constatait que le squelette avait un volume normal; les muscles et le tissu adipeux n'étaient pas non plus hypertrophiés, de sorte que l'augmentation de volume portait uniquement sur le tissu cutané, avec réplétion vasculaire exagérée se traduisant chez 2 malades par de la cyanose. Les œdèmes intermittents étaient certainement dus aussi à des troubles vasomoteurs. Les ongles, considérablement hypertrophiés et déformés, se présentaient comme de véritables griffes. L'épaississement étant particulièrement sensible aux phalangettes, les doigts affectaient la forme de baguettes de tambour. Chez un de ces patients, il existait une hypertrophie considérable des articulations du coude et du genou, due, en partie du moins, à des altérations osseuses. Dans les deux cas où la tuméfaction des extrémités était accompagnée de poussées douloureuses, les troncs nerveux étaient sensibles à la pression.

On a pu examiner le cerveau de 2 de ces sujets : on n'a constaté aucune altération de l'hypophyse; la moelle du malade ayant offert *intra vitam* les signes caractéristiques du tabes fut trouvée intacte; les nerfs périphé-

riques ne purent être examinés, mais la sensibilité des troncs nerveux à la pression et les symptômes tabétiques observés pendant la vie autorisent à admettre l'existence d'une névrite périphérique. Dans le troisième fait, on trouva des lésions de névrite interstitielle avec épaississement considérable des troncs nerveux; dans les faisceaux postérieurs de la moelle, on remarquait un gonflement des cylindres-axes et des gaines de myéline, ainsi que des vacuoles et de la dégénérescence de ces gaines.

Ce type clinique, que M. Hirschfeld propose de désigner sous le nom de *dermato-hypertrophie vasomotrice*, se distingue de l'ostéo-arthropathie hypertrophique par l'absence d'altérations osseuses; l'auteur reconnaît pourtant que ces deux affections sont proches parentes. L'érythromélalgie ne produit pas de modifications de volume aussi accentuées et aussi durables; les douleurs y sont en outre beaucoup plus violentes. Quant à l'acromégalie, les déformations des ongles et des dernières phalanges y font régulièrement défaut; par contre, on y a signalé aussi l'épaississement des troncs nerveux et des altérations des faisceaux postérieurs de la moelle. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.) — A. J.

De la curabilité de la tuberculose pharyngée,
par M. J. Veis.

La tuberculose du pharynx constitue une affection relativement rare, et presque tous les auteurs qui ont eu l'occasion de l'étudier insistent particulièrement sur ce fait qu'elle est d'un pronostic des plus défavorables et que les sujets qui en sont atteints n'ont que des chances minimes de guérison.

Or, il résulterait des observations de M. Veis qu'il n'en est pas toujours ainsi et que la curabilité de la tuberculose pharyngée est loin d'être aussi exceptionnelle qu'on le croit généralement. En effet, il a réussi à obtenir la guérison chez 5 de ses malades, dont quelques-uns présentaient cependant des lésions assez étendues et profondes : dans certains cas, notamment, toute la paroi postérieure du pharynx se trouvait transformée en une vaste ulcération qui s'étendait également aux amygdales, aux piliers, au voile du palais et à la luette. Mais il faut dire aussi que la plupart de ces patients avaient une santé générale satisfaisante, ce qui leur permit de lutter avec succès contre l'infection; 4 d'entre eux n'offraient que des lésions pulmonaires insignifiantes et chez le cinquième il ne fut pas possible de constater le moindre signe de tuberculose pulmonaire, de sorte que la tuberculose du pharynx pouvait être considérée comme primitive et isolée.

Chez tous ces sujets, la tuberculose pharyngée affectait la forme ulcéreuse; les ulcérations avaient une coloration pâle et des bords plats; elles se prolongeaient dans les directions les plus variées. Cet aspect des ulcérations tuberculeuses serait assez caractéristique pour permettre de les distinguer le plus souvent et à première vue des ulcérations syphilitiques tertiaires dont le pharynx constitue un des sièges de prédilection : l'auteur n'a eu recours au microscope que dans un seul de ses cas. Néanmoins le diagnostic peut quelquefois devenir malaisé, surtout lorsqu'il s'agit d'une association de syphilis et de tuberculose : l'examen anatomo-pathologique fournit alors des données très peu certaines. Les difficultés augmentent encore lorsqu'on se trouve en présence de sujets ayant dépassé la quarantaine et chez lesquels on peut soupçonner une affection cancéreuse.

La dysphagie constitue d'ordinaire le principal trouble fonctionnel de la tuberculose pharyngée; elle est accompagnée parfois de douleurs auriculaires très violentes : chez un des malades observés par M. Veis il se produisit même, au cours de l'affection pharyngée, une otite suppurée bilatérale, de nature probablement tuberculeuse.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur recommande tout particulièrement les cautérisations avec une solution concentrée d'acide trichloracétique. L'amélioration se produit en général dès la première application du caustique et se manifeste objectivement par une coloration très blanche des tissus. On peut, au besoin, renouveler les cautérisations tous les quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète. (*Arch. f. Laryngol.*, XII, 3.) — S. J.

Le déciduome, par M. K. Winkler.

Il est généralement admis à l'heure actuelle que l'expression de déciduome est défectueuse, et que les tumeurs en question se développent surtout aux dépens d'éléments embryonnaires (*syncytium* et couche des cellules de Langhans). Les études antérieures de M. Winkler sur le placenta (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 230) et celles qu'il vient de faire sur deux pièces de déciduome l'amènent, au contraire, à penser que le terme dont il s'agit est parfaitement justifié.

Le déciduome est essentiellement constitué par deux ordres de cellules : les unes sont grandes, irrégulières, polynucléées, semblables à de véritables cellules géantes; les autres sont petites, rondes ou polyédriques, suivant qu'elles sont à l'état isolé ou agminé. Les premières, de l'aveu de tous, ont les plus grandes ressemblances avec les éléments syncitiaux. Quant aux secondes, elles paraissent provenir des cellules déciduales de la muqueuse ou caduque utérine; il est impossible, en effet, de les faire dériver de la couche des cellules de Langhans : il faudrait admettre que celles-ci perdissent leurs caractères et il ne semble pas qu'on ait jamais observé les formes de transition correspondant à cette évolution; de plus, les cellules de Langhans s'atrophient à partir du sixième mois de la grossesse, ce qui cadre mal avec l'activité qu'on devrait leur concéder, pour expliquer l'origine des déciduomes postérieurs à cette date; il faudrait enfin supposer que ces cellules de Langhans, après avoir traversé la couche syncitiale qui les recouvre, puis les lacunes sanguines, puis les couches superficielles de la caduque, vinssent créer un néoplasme au milieu des faisceaux musculaires de la paroi utérine. Le glycogène que contiennent les cellules de Langhans, à l'instar des cellules du déciduome, ne prouve rien, car les éléments déciduaux de la caduque en renferment également.

En résumé, il est beaucoup plus naturel d'admettre que les cellules du déciduome proviennent des éléments qui leur ressemblent et qui les avoisinent. Dans cette hypothèse, les petites cellules rondes ou polyédriques ne seraient autre chose que les cellules déciduales de la caduque utérine, cellules qui, durant toute la grossesse, conservent la même activité et la même vitalité. Quant aux grandes cellules polynucléées, on pourrait objecter, si on les rattachait au *syncytium*, que ce dernier s'atrophie justement vers la même époque que la couche des cellules de Langhans; aussi M. Winkler pense-t-il qu'elles tirent leur origine des éléments fort semblables qu'on retrouve dans la paroi utérine, jusqu'à la fin de la grossesse, éléments qui sont, d'après ses recherches, les générateurs de la couche syncytiale et qu'il appelle pour cette raison *syncytoblastes*. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — R. DE B.

Du prolapsus post-opératoire des viscères,
par M. N. Neermann.

Le petit nombre des publications consacrées à l'étude de l'issue des viscères pendant les premiers jours qui suivent une laparotomie laisserait supposer que cette complication est assez rare. Le présent travail démontre cependant qu'elle n'est pas exceptionnelle, puisque, sur un total de 1,100 ou 1,200 laparotomies, l'auteur l'a observée 15 fois.

Ces prolapsus surviennent le plus souvent vers le quatrième ou le cinquième jour, sans douleurs, sans hémorrhagie et généralement à l'insu des malades. Entre les lèvres désunies de la plaie, on rencontre une ou plusieurs anses de l'intestin grêle ou du côlon, l'épiploon en totalité ou en partie, et quelquefois même une portion de l'estomac; ces organes sont ordinairement d'apparence normale ou simplement recouverts et agglutinés par quelques exsudats pseudo-membraneux.

Dans la grande majorité des cas, la rupture tient aux efforts de toux, de vomissement ou de défécation. La cachexie ou l'anémie, la flaccidité ou la surcharge graisseuse de l'abdomen, les laparotomies itératives à travers l'ancienne cicatrice, l'ablation trop précoce des sutures, l'infection de la plaie en favorisent la production. Il est possible que les sutures au catgut y contribuent également, mais en tout cas il est certain que ni les sutures à étage, ni la soie, ni aucune autre substance n'en mettent à l'abri. Le drainage et le siège de l'incision abdominale paraissent n'exercer aucune influence à ce point de vue.

Ce qui est remarquable, c'est que les suites de cet accident sont généralement bénignes : bien que la réduction des viscères, en pareil cas, ne puisse être exécutée dans des conditions d'asepsie aussi parfaite qu'au cours d'une laparotomie ordinaire, 3 malades seulement sur 15 ont succombé; chez 3 autres, le prolapsus se reproduisit une seconde fois au bout de quelques jours. Au moment de l'*exeat*, la cicatrice n'offrait aucune tendance à la hernie, sauf chez un patient. Quant aux résultats éloignés, M. Neermann n'a pu les connaître que pour 2 de ses opérés : chez l'un et l'autre la cicatrice était solide.

La prophylaxie de cet accident est encore à trouver; mais dès qu'on a reconnu le prolapsus — ce qui n'est pas toujours facile, vu l'absence habituelle de symptômes objectifs ou subjectifs —, il faut réduire les viscères herniés, après les avoir désinfectés en les lavant d'abord avec une solution antiseptique, puis à l'eau stérilisée, pour éviter les résorptions toxiques. On refermera l'abdomen avec des fils non résorbables, mais il faudra se contenter d'une suture en masse, car les différents plans ne sont plus reconnaissables sur la tranche cruentée de la plaie abdominale. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2 et 3.) — R. DE B.

Des tumeurs à formations folliculaires,
par M. H. Schröder.

Dans le présent travail, M. Schröder relate une observation concernant une espèce particulière de tumeur de l'ovaire, dont il n'existerait jusqu'ici que deux ou trois cas.

Le néoplasme en question s'était développé chez une femme de trente-six ans, depuis plusieurs années sujette à de la métrite. L'ovaire droit était volumineux, mais non douloureux; l'ovaire gauche paraissait à peu près sain; l'utérus offrait les signes d'une métrite hypertrophique. On résolut d'extirper les annexes droites par voie vaginale, mais, en présence des altérations de l'utérus et de l'autre ovaire (atteint de dégénérescence scléro-kystique), on dut exécuter une castration totale. La guérison suivit sans encombre, à part les symptômes habituels à la ménopause artificielle; elle se maintient depuis trois ans.

L'ovaire droit formait une tumeur solide du volume d'une bille de billard; sa surface péritonéale, lisse, présentait de légères bosselures correspondant à quelques petits kystes du bord libre de l'organe. Au microscope, on apercevait une multitude d'alvéoles, pleines de cellules d'apparence épithélioïde. Un tissu conjonctif dense et riche en noyaux constituait la paroi de ces alvéoles, tapissées à l'intérieur par une membrane basale; les éléments épithélioïdes s'implantant sur la basale étaient cylindriques, alors que les autres cellules avaient un aspect polyédrique par pression réciproque. Au centre de ces alvéoles, assez semblables à des ovisacs, se rencontraient en nombre variable (de 1 à 12 ou plus) des follicules secondaires, en tout comparables à de jeunes follicules de de Graaf, à cette différence près que la place de l'ovule était occupée par une grosse masse protoplasmique, homogène ou finement granuleuse, à contours nets et généralement arrondis, mais dépourvue de noyau.

M. Schröder estime que cette boule protoplasmique ne peut être interprétée comme un produit de dégénération ou de vacuolisation des cellules épithélioïdes attenantes; il la considère comme une sorte d'ovule avorté, provenant des follicules hyperplasiques de l'ovaire dégénéré. Dans l'autre ovaire, si les follicules se retrouvaient avec leurs caractères normaux, il existait cependant quelques ovisacs contenant, en plus de l'ovule, ces mêmes disques protoplasmiques.

Au point de vue histologique, cette tumeur était une véritable tumeur maligne, une sorte de « folliculome », car les couches les plus périphériques des cellules remplissant les alvéoles émettaient des bourgeons qui pénétraient dans le tissu conjonctif voisin et y engendraient de nouveaux follicules semblables aux premiers. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 2.) — R. DE B.

REVUE GÉNÉRALE

Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale par greffe échinococcique.

Condillac se voyait, un jour, réduit à cet aveu humiliant pour un philosophe : « Quand on travaille sur les connaissances humaines, on a plus d'erreurs à détruire que de vérités à établir. » Jugement peu flatteur, qui, malgré les progrès réalisés dans les « connaissances humaines » depuis l'époque où vivait l'illustre auteur du *Traité des sensations*, reste, cependant, toujours vrai.

Mieux que toute autre, l'étude du point qui va faire l'objet de ce travail montre combien les erreurs, une fois accréditées, sont malaisées à détruire.

I

Quelle peut être la pathogénie des kystes hydatiques multiples en général, et de ceux de la cavité abdominale en particulier?

Avant d'aborder cette question — qui, comme nous le verrons plus loin, présente un grand intérêt au point de vue pratique —, il convient de rappeler, aussi brièvement que possible, l'origine et la structure du kyste hydatique. Celui-ci n'est autre chose qu'une des phases de développement du *Tænia echinococcus*, parasite qui habite l'intestin grêle du chien et dont les œufs renferment l'*embryon hexacanthe*. Ingéré par l'homme, cet embryon traverse la muqueuse des voies digestives pour aller ensuite se fixer dans un point de l'économie, où il se transforme en kyste hydatique. On distingue, dans ce kyste, une couche externe ou *cuticule* et une couche interne ou *membrane germinative*, à laquelle sont appendues des *vésicules proligères* contenant des *scolex* ou têtes de tænias qui, une fois ingérés par le chien, se fixent dans son intestin et ne tardent pas à se métamorphoser en vers adultes. Il existe, en outre, à l'intérieur de certains kystes hydatiques, des *vésicules filles* qui reproduisent, de point en point, la structure du kyste échinococcique : même cuticule et même membrane germinative avec ses vésicules proligères renfermant des scolex; parfois, ces vésicules filles contiennent, à leur tour, des vésicules petites-filles.

En se basant sur ces quelques notions sommaires, on pourrait être porté à expliquer la formation des kystes hydatiques multiples de la façon qui, à première vue, paraît être la plus naturelle, à savoir par l'ingestion simultanée ou successive d'un grand nombre d'œufs de *Tænia echinococcus*, avec développement consécutif de plusieurs embryons hexacanthes dans diverses parties du corps.

Telle a été, en effet, l'opinion longtemps admise et qui est encore aujourd'hui soutenue par un certain nombre d'auteurs français, bien que les recherches publiées depuis quelques années en Russie et en Allemagne l'aient fortement battue en brèche. Malheureusement, la littérature médicale russe, particulièrement riche en études sur les kystes hydatiques, n'est connue en France que par quelques rares citations, faites, d'ailleurs, de seconde main. La monographie publiée, il y a trois ans, par M. Alexinsky (1), et qui, par le nombre des observations recueillies, représente le travail le plus considérable sur l'échinocoque de la cavité abdominale, a passé elle-même inaperçue (2). Aussi croyons-nous utile de présenter ici, dans un tableau d'ensemble, les données que nous a fournies sur la question une longue et patiente étude de tous les documents importants publiés dans ces dernières années tant en France qu'à l'étranger.

II

La théorie que nous venons d'exposer et qu'on peut appeler *théorie de la multi-infestation* (Dévé) paraît parfaitement plausible dans les cas où l'on a affaire à des kystes hydatiques multiples disséminés dans les régions du corps les plus diverses, et plus ou moins éloignées les unes des autres. Mais, en étudiant les faits de près, on ne tarde pas à noter que l'échinocoque multiple intéresse surtout la cavité abdominale. C'est ainsi que, sur 159 observations de kystes hydatiques multiples recueillies par M. Tokarenko (1), on en trouve seulement 4 dans lesquelles l'abdomen était exempt de ces lésions. Quelle est la raison de cette prédominance des hydatides multiples du ventre? A première vue, on pourrait être tenté d'expliquer ce fait par l'existence d'une prédisposition particulière des viscères abdominaux, et surtout du foie. En effet, le plus souvent, l'embryon hexacanthe, en sortant de l'intestin, s'engage dans une radicule porte et est ensuite entraîné par le torrent circulatoire jusqu'au foie où, la veine porte se résolvant en fins capillaires lobulaires, la circulation se ralentit et l'embryon s'arrête dans un de ces petits vaisseaux pour y subir sa transformation vésiculaire. Cette voie étant suivie par l'embryon beaucoup plus souvent que la voie lymphatique et que le réseau de la veine cave, on conçoit que le foie soit le siège de prédilection des hydatides et que, partant, les échinocoques de la cavité abdominale tiennent la première place dans la statistique générale des kystes hydatiques. Mais, en poussant plus loin l'analyse des chiffres, nous voyons qu'au point de vue de la fréquence relative de l'échinococcose de l'abdomen, il y a lieu d'établir une distinction entre les kystes solitaires et les kystes multiples : pour les premiers, M. Alexinsky, en additionnant les statistiques de Davaine, de Böcker, de Neisser, de Finsen, de Madelung, de Peiper et de Nadéjdine, et en disposant ainsi d'un total de 1,950 observations, a trouvé que les cas d'échinococcose abdominale constituent 75.22 % du nombre global, tandis que pour les hydatides multiples la proportion est beaucoup plus élevée et dépasse 90 % (155 sur 159, d'après la statistique de M. Tokarenko).

De plus, il importe encore de faire remarquer que, la plupart du temps, l'existence d'un nombre plus ou moins considérable de kystes hydatiques de l'abdomen coïncide avec l'absence complète de ces formations dans le reste du corps. Or, n'est-il pas évident que ces kystes multiples, si chacun d'eux provenait d'un embryon hexacanthe, seraient distribués d'une façon plus uniforme dans les diverses parties de l'économie, et cela d'autant plus que le système porte est loin de constituer l'unique voie de migration de l'embryon et que celui-ci peut encore éviter l'arrêt du foie, alors même qu'il s'est engagé dans cette voie portale (pénétration dans la veine cave par l'intermédiaire d'une des veines accessoires)?

Il est, par conséquent, difficile, en raison même de leur localisation, de considérer les kystes en question comme des manifestations multiples d'une invasion d'embryons hexacanthes. Un autre fait clinique vient, à son tour, infirmer cette théorie : c'est l'existence, dans la plupart des cas qui nous occupent, à côté de nombreuses hydatides récentes de la cavité abdominale, d'un kyste hydatique plus ancien d'un viscère, le plus souvent du foie. Comme le fait remarquer M. Dévé, les observations dans lesquelles les auteurs signalent la coïncidence de kystes multiples de l'abdomen avec un ou plusieurs kystes anciens du foie « abondent dans la littérature médicale » (1).

Comment doit-on interpréter cette coexistence et, d'une façon générale, quelle est la pathogénie des kystes hydatiques multiples d'âges différents? Voici, par exemple, une femme atteinte de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale, chez laquelle M. Bouilly (2) pratique la laparotomie et enlève de nombreux kystes situés dans le grand épiploon et le petit bassin. La malade paraît guérie, mais, au bout d'un an, on constate l'existence d'un échinocoque du foie et d'un autre kyste logé dans la fosse iliaque gauche; on procède à la ponction de ces kystes, suivie d'un lavage avec une solution de sublimé, et la patiente guérit cette fois encore; mais, plus tard, on assiste au développement d'un nouveau kyste dans la rate.

Sans doute, là aussi, on peut invoquer soit des « invasions répétées » d'embryons de *Tænia echinococcus*, comme le veut M. Potherat (3), soit un « développement successif de kystes multiples remontant tous à une même ingestion, et dont quelques-uns seulement, plus précoces dans leur évolution, avaient été enlevés par la laparotomie », comme le soutient M. Debove (4). Mais il est une autre explication beaucoup plus simple et qui, entrevue il y a plus de cent ans, a cependant été longtemps rejetée comme une sorte d'hérésie et ne commence à s'imposer que depuis quelques années.

Dès 1787, John Hunter (5) formulait, à l'occasion d'un cas d' « anurie due à une collection d'hydatides entre le col de la vessie et le rectum », l'hypothèse que ces hydatides devaient s'être formées par suite de la rupture d'un kyste de la rate ou du foie, dont le contenu se serait accumulé, en vertu de la loi de la pesanteur, dans le petit bassin, où les vésicules filles n'auraient pas tardé à s'enkyster et à se développer.

Cependant, la remarque du célèbre chirurgien anglais ne trouva point d'écho. Elle était tombée dans un oubli à peu près complet, lorsqu'au commencement de la seconde moitié du dix-neuvième siècle Duchaussoy (6) fit connaître un cas qui semblait devoir militer en faveur de l'hypothèse de Hunter et qui, pourtant, passa inaperçu. C'est que là encore on avait, suivant le mot de Condillac, « plus d'erreurs à détruire que de vérités à établir », erreurs érigées en véritables dogmes, auxquels il était défendu de s'attaquer sous peine d'être accusé d' « hérésie » (7).

---

(1) I. P. Alexinsky. L'échinocoque de la cavité abdominale et son traitement opératoire (en russe). Moscou, 1899.

(2) M. F. Dévé (*Thèse de Paris*, 1901, p. 11) fait mention d'un « remarquable travail d'Alexinsky, qui, le premier, a bien mis en évidence l'importance et l'intérêt de la greffe des vésicules proligères et des scolex », mais il a en vue un mémoire publié antérieurement par M. Alexinsky dans un recueil allemand (*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, 4) — et analysé dans ce journal (*Semaine Médicale*, 1898, p. 360) — et qui ne vise que les premières recherches expérimentales instituées par cet auteur (7 expériences avec 4 résultats positifs), tandis que la monographie russe dont nous venons de parler comprend non seulement l'exposé complet des résultats obtenus par expérimentation (12 expériences dont 8 positives), mais aussi un très grand nombre de faits cliniques.

(1) Tokarenko. Les échinocoques multiples de la cavité abdominale et leur développement (en russe). (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1895.)

(1) F. Dévé. De l'échinococcose secondaire. (*Thèse de Paris*, 1901, p. 87.)

(2) Bouilly. Kystes hydatiques multiples du grand épiploon et du bassin; laparotomie; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 13 juillet 1887, et *Semaine Médicale*, 1887, p. 292.) — Voir la suite de cette observation dans la note de M. Debove, citée ci-dessous.

(3) Potherat. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 mars 1900, p. 287.)

(4) Debove. A propos du traitement des kystes hydatiques du foie. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 26 oct. 1888.)

(5) J. Hunter. An account of the dissection of a man, that died of a suppression of urine, produced by a collection of hydatids, between the neck of the bladder and rectum; with observations on the manner in which hydatids grow and multiply in the human body. (*Transact. of a Soc. for the Improv. of Med. and Chir. Knowledge*, 1793, I, p. 34.) [Mémoire lu le 17 avril 1787.]

(6) Duchaussoy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, janv. 1854, p. 17.)

(7) Récemment encore, M. Potherat a qualifié la « doctrine de l'*auto-infection*, consacrée par Volkmann au sixième Congrès des chirurgiens allemands » de « doctrine qui repose sur une hérésie zoologique » (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 mars 1900, p. 288). Cette déclaration n'est, toutefois, pas restée sans soulever de vives protestations de la part de MM. Ricard, Quénu, Routier, Michaux, Broca et Tuffier (Voir *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14, 21 et 28 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 98 et 107).

III

« Quand on recherche les raisons qui ont pu obscurcir aux yeux des observateurs sagaces qu'étaient les médecins de la génération passée, la pathogénie pourtant si naturelle et si limpide des kystes multiples du péritoine, on trouve trois grandes idées classiques, enseignées par les maîtres, acceptées sans contrôle par les élèves » (1).

D'une part, la clinique avait longtemps vécu sur cette conviction que la rupture d'un kyste hydatique dans l'abdomen détermine fatalement une péritonite mortelle. Dès lors, comment pouvait-on songer à invoquer la rupture d'un kyste viscéral primitif pour expliquer l'existence d'hydatides multiples dans la cavité abdominale? Il faut arriver jusqu'au mémoire publié par J. Finsen (2) pour voir enfin se dissiper cette erreur, et encore se montre-t-elle tellement tenace que, huit ans plus tard, Potain se voit obligé d'insister sur ce point, en déclarant que « si, dans les circonstances les plus ordinaires, l'ouverture de la poche dans l'abdomen donne lieu à une péritonite formidable dont la mort est la conséquence nécessaire, il est cependant des cas dans lesquels cet accident n'est pas suivi d'accidents aussi fâcheux; on a même vu des hydatides qui, s'étant rompues dans le péritoine et y ayant été introduites vivantes, se sont greffées et y ont vécu » (3).

Mais une autre raison, celle-ci d'ordre anatomique, s'opposait encore plus à ce que l'on admît la possibilité de la greffe échinococcique. En effet, dans son *Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin*, Charcot avait établi que ces kystes prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et, fort de cette donnée, il avait combattu l'opinion de Hunter, en faisant remarquer que « si le célèbre chirurgien eût eu connaissance » de la disposition anatomique en question, « il n'eût pas jugé nécessaire de créer une semblable hypothèse » (4). Cette hypothèse paraissait même tout à fait insoutenable, car, du moment que les hydatides se développaient à la face *externe* du péritoine, on ne voyait pas trop comment on aurait pu rapporter leur existence à des germes échinococciques tombés dans la cavité péritonéale elle-même.

Tel est encore aujourd'hui l'argument favori des adversaires de la théorie de la greffe échinococcique, argument qui — en présence de faits dûment observés, où l'on voit la rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine être suivie d'une éclosion d'hydatides multiples — les empêche de se rendre à l'évidence. C'est ainsi que M. le professeur Sklifossovsky (5) a relaté l'histoire d'un homme de vingt-huit ans, porteur depuis plusieurs années d'une tumeur de la région épigastrique, tumeur qui, trois ans avant l'admission du patient à l'hôpital, *disparut brusquement*, sans que le malade éprouvât la moindre sensation pénible; au bout d'un certain laps de temps, la tumeur se reforma et augmenta progressivement de volume. M. Sklifossovsky posa le diagnostic de kyste hydatique du foie avec présence probable d'autres hydatides dans la cavité abdominale, surtout dans le bas-ventre. Se demandant s'*il ne se trouvait pas en présence d'un cas de greffe échinococcique par rupture de la tumeur épigastrique*, le chirurgien russe fit une incision médiane sus-ombilicale et une autre sous-ombilicale : la première mit en évidence un gros kyste ancien du foie, à contenu brun verdâtre, et dont la surface interne, rugueuse et de couleur ardoisée, était tapissée de dépôts calcaires; par l'incision sous-ombilicale, on tomba sur quatre kystes hydatiques du grand épiploon, et, de plus, la palpation dénotait l'existence d'autres hydatides dans les deux fosses iliaques. Or, malgré les antécédents du malade, qui témoignent d'une façon si nette en faveur d'une rupture avérée d'un kyste du foie, M. Sklifossovsky, sans contester cette rupture, se refuse cependant à voir ici un exemple de greffe échinococcique, et estime même que ce fait va à l'encontre de la théorie de l'ensemencement, parce que « tous les kystes trouvés dans l'abdomen étaient situés *en dehors de la cavité péritonéale* (ultra cavum peritonei) ».

Le même argument a été invoqué par nombre d'autres chirurgiens, notamment — pour ne citer que les travaux relativement récents — par M. Ratimov (1), qui s'appuie sur une observation personnelle, ainsi que sur les communications de M. Freund (2), de Nicaise (3) et de M. Tuffier (4), relatives aux kystes hydatiques du bassin, par M. Tokarenko (5), par MM. Krassnov et Kolpaktchi (6), etc.

Au sixième Congrès des médecins russes, tenu à Kiev en 1896, M. Sklifossovsky, revenant sur la question de la greffe échinococcique, s'exprima en ces termes : « Il n'y a pas lieu de craindre d'ensemencer la cavité péritonéale par pénétration du liquide qui s'échappe du kyste hydatique, car les hydatides se développent toujours dans l'épaisseur même du péritoine, elles sont entourées, des deux côtés, par des feuillets péritonéaux et ne siègent pas sur la face interne libre de la séreuse, comme cela devrait être le cas, si la théorie de l'ensemencement échinococcique était exacte. L'histoire du développement du parasite montre, d'ailleurs, que celui-ci a, chez l'homme, pour origine les œufs et non pas les scolex » (7). Un des partisans les plus convaincus de la théorie de la greffe, M. le professeur Bobrov, fit alors remarquer que ce développement « extrapéritonéal » du kyste hydatique était plus apparent que réel, la vésicule s'entourant d'une capsule d'enkystement, comme cela se produit pour tout corps étranger de la cavité péritonéale (8).

Un élève de M. Bobrov, M. Alexinsky, a, plus tard, longuement insisté sur le mécanisme de cet enkystement (9), comparable de tout point à celui que M. Marchand (10) a décrit pour les corps étrangers. Or, il résulte des expériences instituées par ce dernier auteur que les corps étrangers, introduits dans la cavité péritonéale, finissent, après s'être enkystés, par être situés en dehors de cette cavité et que les cellules endothéliales prennent une part très active dans ce processus d'enkystement (11). Dès lors, on peut parfaitement admettre que la capsule qui se forme autour de la vésicule hydatique puisse aussi, à la longue, être tapissée par un feuillet endothélial qui l'isole en quelque sorte de la cavité péritonéale proprement dite.

D'autre part, on sait qu'il existe, dans la séreuse péritonéale, des lacunes intercellulaires que les uns (von Recklinghausen, Schweigger-Seidel et Dogiel, Klein, Dybkovsky, etc.) considèrent comme de véritables *stomates* servant d'orifices de communication entre la cavité du péritoine et les vaisseaux lymphatiques, tandis que pour d'autres (Ranvier) ces ouvertures seraient toujours bouchées par des cellules lymphatiques. Les auteurs même qui nient l'existence de lacunes dans le péritoine normal (Arnold, Kolossov) admettent leur apparition sous l'influence d'altérations inflammatoires. Or, comme le fait remarquer M. Alexinsky (1), l'irruption du liquide échinococcique dans la cavité abdominale ne saurait se produire sans déterminer, ne serait-ce qu'à un très faible degré, une phlegmasie réactionnelle du péritoine avec formation de pertuis dans lesquels peuvent s'engager des scolex et des vésicules proligères, voire même de petites vésicules filles, puisque, suivant Leuckart, la dimension de ces vésicules, au début de leur développement, ne dépasserait pas 9 μ.

Reste, enfin, une troisième objection, basée sur ce dogme zoologique que le kyste hydatique, n'étant qu'un stade intermédiaire dans l'évolution du *Tænia echinococcus*, ne peut donner naissance à une hydatide secondaire. En d'autres termes, tout kyste hydatique proviendrait d'un embryon hexacanthe, « de sorte que, lorsque chez le même individu on rencontre, soit dans le même organe, soit dans des organes différents, soit enfin à la surface d'un revêtement séreux, des kystes hydatiques multiples, contemporains ou d'âges différents, il faut considérer ces kystes comme des manifestations multiples d'une invasion ou d'invasions répétées d'embryons hexacanthes, et non comme des greffes empruntées à un premier kyste, par rupture de celui-ci » (2).

Mais, en ce qui concerne tout au moins les vésicules filles mises en liberté par la rupture d'un kyste hydatique primitif, les zoologistes eux-mêmes reconnaissent aujourd'hui qu'elles peuvent continuer leur développement et engendrer de la sorte de nouveaux kystes. C'est ainsi que M. Moniez (3), tout en contestant que « les têtes de tænias puissent donner naissance à des hydatides », partage, cependant, l'opinion de M. Létienne (4) que « le semis des hydatides par suite de l'épanchement du liquide tænifère dans le péritoine constitue un accident possible de la ponction ». D'après M. Raillet, « les vésicules filles et petites-filles, endogènes ou exogènes, sont propres à développer des vésicules proligères et partant des scolex ou jeunes tænias, aussi bien et mieux que la vésicule mère » (5). Le *credo* formulé, il y a deux ans, par M. Potherat : « un kyste hydatique ne peut ni par son liquide, ni par ses vésicules filles, ni par ses scolex, reproduire un kyste hydatique » (6), eût pu paraître trop absolu même quelques années auparavant, car nombre de faits cliniques dûment observés témoignaient déjà de la possibilité, pour un kyste hydatique, de se reproduire « par ses vésicules filles ».

(1) Dévé. (*Loc. cit.*, p. 17.)

(2) J. Finsen. Les échinocoques en Islande. (*Arch. gén. de méd.*, janv. et fév. 1869.) — Ce mémoire a été traduit sur l'original danois paru dans l'*Ugeskrift for Læger*, 3e série, t. III, nos 5-8.

(3) Potain. Symptômes de péritonite consécutive à l'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine. (*Gaz. des hôp.*, 21 août 1877, p. 762.)

(4) Charcot. Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 1852; Mémoires, p. 111.)

(5) N. V. Sklifossovsky. Le développement de l'échinocoque multiple (en russe). (*Khir. Liétopiss*, V, 1, p. 3.)

(1) V. A. Ratimov. Contribution à la question de l'origine de l'échinocoque multiple de la cavité abdominale (en russe). (*Vratch*, 22 sept. 1893, p. 1037.)

(2) Freund. Ueber Echinococcus im weiblichen Becken. (*Arch. f. Gynäkol.*, XV, 1, p. 254.)

(3) Nicaise. Rapport sur une observation de kyste hydatique de la prostate, présentée par M. Millet. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 juin 1884.)

(4) Tuffier. De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques de la région rétro-vésicale. (*Cinquième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1891, p. 569, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 155.)

(5) Tokarenko. (*Loc. cit.*)

(6) A. Krassnov et I. Kolpaktchi. Echinococcus subdiaphragmalis praeperitonealis (en russe). (*Khir. Liétopiss*, V, 6, p. 852.)

(7) *Vratch*, 20 juin 1896, p. 716.

(8) *Vratch*, 20 juin 1896, p. 717.

(9) I. P. Alexinsky. L'échinocoque de la cavité abdominale et son traitement opératoire (en russe), p. 70-72. Moscou, 1899.

(10) F. Marchand. Untersuchungen über die Einheilung von fremden Körpern; ein Beitrag zur Lehre von der entzündlichen Gewebsneubildung. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, IV, 1.)

(11) Voir également, sur le rôle de l'endothélium dans les néoformations, le mémoire de Graser : Experimentelle Untersuchungen über die feineren Vorgänge bei der Verwachsung peritonealer Blätter. Erlangen, 1886.

(1) I. P. Alexinsky. (*Loc. cit.*, p. 73-75.) — Voir également le mémoire du même auteur : Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung des multiplen Echinococcus in der Bauchhöhle. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, 4, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 360.)

(2) Potherat. (*Loc. cit.*, p. 288.)

(3) Moniez. Traité de parasitologie animale et végétale appliquée à la médecine, p. 233 et note. Paris, 1896.

(4) A. Létienne. Hydatides hépatiques. (*Méd. moderne*, 24 mars 1894.)

(5) A. Raillet. Traité de zoologie médicale et agricole, p. 264. 2e éd. Paris, 1895.

(6) Potherat. (*Loc. cit.*, p. 287.)

A ces observations cliniques viennent aujourd'hui s'ajouter toute une série de recherches expérimentales qui mettent en évidence la même possibilité non seulement pour les vésicules filles, mais aussi pour les scolex (1).

IV

Voyons d'abord les faits cliniques. Bien entendu, il n'entre pas dans nos intentions de relater ici toutes les observations qui militent en faveur de la théorie de la dissémination des hydatides par rupture d'un kyste primitif : nous nous bornerons à en grouper les plus démonstratives et les plus typiques, estimant que cette manière de faire sera plus profitable pour le lecteur, car autant la reproduction pure et simple d'une série de faits isolés risque de rester aride, autant il est intéressant de systématiser les matériaux épars, de manière à pouvoir saisir d'emblée toute leur signification.

Les faits cliniques en question peuvent être groupés en deux grandes catégories, suivant qu'il s'agit d'une rupture spontanée ou accidentelle du kyste primitif, ou bien d'une dissémination d'hydatides, consécutive à une intervention opératoire (ponction ou laparotomie).

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le faire remarquer, on trouve, dès le commencement de la seconde moitié du dix-neuvième siècle, des observations dont les auteurs signalent des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale, qui, de par leur situation anatomique, sont évidemment dus à la rupture d'un kyste viscéral primitif. Un des cas les plus suggestifs à cet égard est celui qui a été communiqué par Duchaussoy à la Société anatomique et qui a trait à un vaste kyste hydatique du foie communiquant avec l'estomac : « Dans le tissu pathologique, qui a établi des adhérences entre l'estomac et le foie », il existait « de petits kystes hydatiques, très petits, la plupart ayant à peine le volume d'un grain de millet; un ou deux seulement ont le volume d'un pois...; dans un des reins, sur son bord convexe, un kyste hydatique du volume d'une grosse noix » (2).

Des constatations nécropsiques plus ou moins analogues ont été faites par MM. Bouilly (3), von Volkmann (4), Richard (5), Beckmann (6), Kholchtchevnikov (7), Prassine (8), Riemann (9), Dévé (10), etc. On n'avait pas noté, il est vrai, de symptômes de rupture d'un kyste pendant la vie des malades auxquels se rapportent ces observations. Mais il importe de savoir que les signes décrits dans les traités classiques comme caractéristiques de l'accident en question (affaissement de la tumeur avec sensation de déchirement interne et perception d'un liquide s'écoulant dans le ventre, douleur violente, phénomènes péritonéaux, symptômes d'intoxication hydatique et, en particulier, apparition d'une urticaire) peuvent souvent faire complètement défaut ou être remplacés par des malaises vagues auxquels les patients n'attachent aucune valeur. Par contre, les détails anatomiques relatés dans les mêmes observations ne laissent aucun doute sur la réalité de la rupture; on signale, en effet, tantôt l'existence d'une péritonite (1), tantôt la présence d'une cicatrice du foie (2), d'autres fois un kyste hépatique *perforé* et ouvert dans les organes voisins ou dans une portion fermée de la cavité péritonéale qui contient des hydatides (3), ou encore une poche kystique ancienne, vide et affaissée, contenant des vésicules flétries (4), et communiquant *par une ulcération* avec la cavité du péritoine (5).

On peut faire entrer dans la même catégorie de faits l'observation recueillie par M. Milian dans le service de M. Peyrot (6) et qui a trait à un homme de cinquante-cinq ans, chez lequel on trouva, *au cours d'une laparotomie*, à côté de kystes multiples du péritoine, un échinocoque de la face inférieure du foie, *vide, à parois flottantes*, accolé à un autre kyste rétrogastrique; le kyste hépatique portait, sur sa face inférieure, un peu en avant du point de réunion avec la poche rétrogastrique, une sorte de *petite ouverture ombiliquée*.

Vient ensuite toute une série de cas où, un kyste hydatique ayant été diagnostiqué, on vit se manifester à un certain moment des signes témoignant de la rupture de ce kyste, accident qui fut suivi de l'éclosion d'hydatides multiples dans la cavité abdominale. Le plus souvent, la rupture, qu'elle soit ou non consécutive à un traumatisme, se traduit par la disparition brusque de la tumeur ; il en a été ainsi dans un fait relaté par Finsen (7), où l'accident se produisit à la suite d'un coup de corne de vache, ainsi que dans les observations de rupture traumatique dues à MM. König (8) et Broca (9), et dans celles de rupture spontanée publiées par MM. Pavlov (10), Peiper (11), Schede (12), Sklifossovsky (13), Peyrot (14). Chez quelques malades, cet affaissement brusque de la tumeur a, du reste, coïncidé avec d'autres symptômes caractéristiques, tels qu'apparition d'une urticaire (15), sensation de déchirement interne (16), syncope et vomissements (17), phénomènes de péritonite (1), etc. Parfois, on nota, en outre, une coloration ictérique des téguments (2).

A côté de ces faits, on doit ranger ceux dans lesquels les mêmes manifestations cliniques se sont produites sans qu'on eût diagnostiqué antérieurement l'existence d'un kyste hydatique. Les observations de cette catégorie sont particulièrement nombreuses; les plus démonstratives parmi elles nous paraissent être — pour ne citer que les faits publiés dans ces dernières années — celles de MM. Debove et Soupault (3), Elsworth (4), Alexinsky (5), Riemann (6).

Enfin, il est des cas où, les constatations anatomiques faites à l'autopsie ou pendant l'intervention opératoire venant s'ajouter aux signes cliniques, on possède un faisceau complet de preuves en faveur de l'éclosion de kystes multiples de l'abdomen par suite de la rupture et de la dissémination du contenu d'un kyste viscéral primitif. C'est ainsi que M. Riemann a relaté, entre autres observations, l'histoire d'une femme de quarante-six ans, chez laquelle on a trouvé, au cours d'une laparotomie, de nombreux petits kystes dans l'épaisseur de l'épiploon et entre les anses intestinales, et un gros kyste du foie à parois parcheminées, flasque comme une balle de caoutchouc crevée (7). Or, l'interrogatoire de la patiente apprit que, deux ans auparavant, elle avait éprouvé, à l'occasion d'un effort, la sensation d'un déchirement interne et que le médecin, appelé quelque temps après, avait diagnostiqué une contusion du foie (8).

Ajoutons, pour terminer ce chapitre, que le fait de ne pas trouver, à l'autopsie, de cicatrice de kyste rompu, comme dans l'observation de MM. Tissier et Desfosses (9), ne saurait aucunement autoriser à mettre en doute la rupture. On sait, en effet, avec quelle facilité les kystes hydatiques se reforment après la ponction. D'autre part, M. de Quervain (10) a publié un cas de kyste hydatique du foie, dans lequel la tumeur, *très volumineuse quinze jours après une première rupture*, se rompit de nouveau presque au moment où l'on allait procéder à la laparotomie. L'opération, pratiquée quelques heures seulement après l'accident, *ne permit cependant pas de découvrir le siège de la rupture*.

V

Il est facile de concevoir qu'une intervention chirurgicale pratiquée sur un kyste hydatique — et, en particulier, la ponction —, puisse donner lieu à une greffe de germes hydatiques, au

(1) Tout en restant, d'ailleurs, sur le terrain purement zoologique, il est bon de faire remarquer que les dogmes de la parasitologie sont loin d'être aussi immuables qu'on le croit généralement. C'est ainsi que les migrations qu'on considère d'habitude comme nécessaires pour la réalisation des métamorphoses complexes que comporte le développement post-embryonnaire des Téniadés (Voir Railliet, *loc. cit.*, p. 213) ne constituent pas une *conditio sine quâ non* de ces métamorphoses, ainsi qu'en témoigne l'observation communiquée par M. Hansemann à la Société de médecine berlinoise (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 déc. 1897, p. 1081), observation dans laquelle on a noté la coexistence, chez le même individu, du *Tænia mediocanellata* (à l'état adulte) et de cysticerques de ce parasite.

(2) Duchaussoy. (*Loc. cit.*)

(3) Bouilly. Kyste hydatique du foie communiquant avec la vésicule biliaire considérablement distendue. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, oct. 1872, p. 432.)

(4) Cité par M. Krause (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 325).

(5) Richard. Epanchement de bile dans la cavité péritonéale sans symptôme de péritonite. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 30 avril 1880.)

(6) Beckmann. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 nov. 1892, p. 422.)

(7) « Procès-verbaux d'autopsies pratiquées à l'hôpital maritime de Kronstadt en 1892 » (en russe). — Cité par M. Tokarenko.

(8) Cité par M. Nadéjdine dans son travail sur la « Maladie échinococcique en Russie » (en russe). (*Roussk. khir. Arkhiv*, 1895, fasc. 1.)

(9) Riemann. Ueber die Keimzerstreuung des Echinococcus im Peritoneum; klinische und experimentelle Untersuchungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1, obs. III.)

(10) Dévé. (*Loc. cit.*, p. 87, obs. LV.)

(1) Cas de Bouilly et de Beckmann.

(2) Cas de Prassine.

(3) Cas de Duchaussoy, de Kholchtchevnikov, de Riemann et de Dévé.

(4) Cas de von Volkmann et de Beckmann.

(5) Cas de Richard.

(6) Observation inédite communiquée à M. Dévé (*loc. cit.*, p. 83, obs. L).

(7) J. Finsen. (*Loc. cit.*)

(8) F. König. Der cystische Echinococcus der Bauchhöhle und seine Eigenthümlichkeiten vor, bei und nach der Operation. (*Thèse de Gœttingue*, 1890, obs. I, p. 3.) — C'est à tort que ce travail est mentionné par M. Alexinsky comme thèse de Leipzig.

(9) Broca. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 21 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 107.)

(10) Cité dans la monographie de M. Alexinsky (p. 77, obs. II).

(11) E. Peiper. Die Verbreitung der Echinococcenkrankheit in Vorpommern, p. 48. Stuttgard, 1894.

(12) Communiqué par Hohl. (*Thèse de Halle*, 1892, p. 23.)

(13) Sklifossovsky. (*Loc. cit.*)

(14) Peyrot. Sur le traitement des kystes hydatiques du foie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 7 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 91.) — La première partie de l'observation relatée par M. Peyrot est due à M. Cazin.

(15) Observations de Finsen, de Broca et de Peyrot.

(16) Observation de Peyrot.

(17) Observation de Pavlov.

(1) Observations de König et de Peiper.

(2) G. Lihotzky. Sieben Fälle von operativ geheilten Echinococcusgeschwülsten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XXIII, 1-2, p. 116.)

(3) Debove et Soupault. Epanchement de liquide hydatique et de bile dans le péritoine. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 9 déc. 1892, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 504.) — Kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 19 oct. 1894, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 471.)

(4) R. C. Elsworth. A case of hydatids simulating typhlitis; operation; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 25 sept. 1897, p. 811.)

(5) I. P. Alexinsky. L'échinocoque de la cavité abdominale et son traitement opératoire (en russe), p. 86, obs. 21. Moscou, 1899.

(6) Riemann. (*Loc cit.*, obs. II.)

(7) Rappelons que cette coexistence de kystes multiples de l'abdomen avec un kyste ancien, parfois suppuré, du foie est très fréquente; nous la trouvons également signalée dans les observations citées ci-dessus de Sklifossovsky, de Beckmann et de Kholchtchevnikov.

(8) Riemann. (*Loc. cit.*, obs. IV.)

(9) Tissier et Desfosses. Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis dix-huit ans; généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère, des ligaments larges et de l'utérus; grossesse évoluant jusqu'au terme; rupture utérine au cours du travail; mort. (*Bull. et Mém. de la Soc. obstét. et gynécol.*, séance du 14 janv. 1897, p. 8.)

(10) F. de Quervain. Ueber Fremdkörpertuberculose des Peritoneums bei unilokulärem Echinococcus. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 janv. 1897.)

même titre qu'une rupture spontanée ou traumatique de la poche kystique. Dès 1877, von Volkmann a attiré l'attention des chirurgiens sur cette possibilité, en faisant remarquer combien il importe de compter avec « le danger que, le long du trocart ou le long des points de suture, des germes échinococciques parviennent dans la cavité abdominale. Nous avons, ajoutait-il, observé à Halle un cas qu'on ne peut guère expliquer autrement : on avait fait une ponction, et plus tard on trouva un semis généralisé d'échinocoques sur le péritoine, de sorte que force était d'admettre que du liquide avait pénétré dans la cavité abdominale le long du trocart et que des germes échinococciques s'étaient greffés sur le péritoine» (1).

Des faits analogues ont été relatés par Hüter (2), Krause (3), Thiéry (4), Hohl (5), Sokolov (6), Pauchet (7), Létienne (8), etc.

D'après M. Dévé, la plupart de ces observations ne seraient pas assez probantes, étant donné qu'il est toujours difficile d'exclure, avec quelque certitude, l'hypothèse d'une rupture spontanée du kyste, accident dont la symptomatologie peut, comme nous le savons, être extrêmement fruste : « Dans la grande majorité des cas, les kystes hydatiques ne sont diagnostiqués et ponctionnés par les médecins que lorsqu'ils ont atteint un volume relativement considérable, qui a pu leur permettre de se rompre une ou plusieurs fois auparavant ».

Est-ce à dire que ces considérations — et c'est là le point important au point de vue pratique — nous autorisent à partager l'opinion de M. Létienne qu'il ne faut pas voir dans cet « accident possible de la ponction » « un empêchement catégorique à ce mode de traitement qui paraît avoir fait ses preuves et donner des résultats durables tout en diminuant considérablement les risques courus par l'opéré »? Nous ne le pensons pas : quelque exagérées que puissent sembler les craintes formulées par von Volkmann, il s'en faut que la ponction « diminue considérablement les risques courus par l'opéré». Alors même qu'on admettrait, avec M. Dévé, que jusqu'à ce jour il n'existe qu'un nombre fort restreint d'observations de kystes multiples du péritoine pouvant être rapportés à une ponction antérieure, il n'en faudrait pas moins rejeter — comme le fait, du reste, cet auteur — « toute ponction simple des kystes hydatiques », car « de par l'expérimentation, il reste indiscutable qu'elle peut être le point de départ d'une dissémination de germes spécifiques qui pourront évoluer ultérieurement ».

Nous irons même plus loin, en étendant cette proposition non seulement aux « ponctions simples », mais encore à celles qu'on fait suivre d'une injection parasiticide, car, à en juger d'après l'observation que M. Létienne lui-même a recueillie dans le service de Hanot (9), cette précaution ne mettrait pas toujours à l'abri de la greffe échinococcique.

L'intervention opératoire par la voie abdominale peut, du reste, elle aussi, donner lieu à une éclosion de kystes hydatiques multiples par dilacération de la poche avec dissémination de germes échinococciques dans la cavité abdominale, comme en témoigne le fait relaté par M. Varneck (1), dans lequel la paroi de la tumeur (kyste de l'utérus) se déchira au cours de l'opération, livrant passage à un certain nombre de vésicules filles; après avoir obturé la solution de continuité par des pinces, on épongea soigneusement la cavité abdominale et on extirpa la poche kystique. On pratiqua ensuite un examen minutieux de l'abdomen, sans découvrir aucun kyste hydatique. Or, au bout de quelques mois, deux nouvelles tumeurs échinococciques se développèrent dans la cavité abdominale.

Cette observation est loin d'être unique en son genre; un certain nombre d'autres cas d'échinococcose post-opératoire ont notamment été communiqués au cours de la discussion qui a eu lieu, il y a deux ans, à la Société de chirurgie (2). Il n'est pas jusqu'aux adversaires de la théorie de la greffe échinococcique qui n'aient apporté leur contribution à cet ensemble de faits : « ... Moi aussi, a dit M. Potherat, j'ai observé sous la cicatrice d'une opérée de kyste hydatique par marsupialisation une vésicule grosse comme une noix, et j'ai enlevé cette vésicule par une incision. Mais je n'en conclus pas du tout que ce soit là une vésicule greffée; je crois, au contraire, qu'il s'agit d'une vésicule fille du grand kyste que j'avais opéré, restée dans la membrane adventice, et qui, ne pouvant plus vivre séparée de la vésicule mère, s'est peu à peu portée vers l'extérieur pour être éliminée » (3).

VI

Sans nous attarder à la discussion de ces observations cliniques qui n'ont pas le don de convaincre tout le monde, nous allons passer rapidement en revue les recherches expérimentales qu'ont entreprises divers auteurs en vue d'élucider la question de savoir si l'échinocoque peut se propager dans la cavité abdominale par implantation secondaire des vésicules filles et des scolex.

Les premiers essais de ce genre furent institués par MM. Lebedev et Andreiev (4), qui inoculèrent, dans la cavité péritonéale de deux lapins, des vésicules filles recueillies au cours d'une autopsie faite trois jours après la mort. Ces vésicules filles avaient été préalablement lavées avec une solution d'acide phénique à 2.5 % dans la première expérience; dans la seconde, elles ne furent utilisées qu'après un séjour de soixante-douze heures dans de l'alcool à 50°, suivi d'un lavage à l'eau phéniquée à 2.5 %. Malgré ces manipulations et la date tardive de la nécropsie, les deux expériences furent couronnées de succès, les vésicules s'étant greffées et ayant continué à se développer, encore que M. Ratimov (5) estime pouvoir interpréter l'augmentation de volume des vésicules transplantées par un simple effet d'enkystement et d'imbibition des tissus.

La même objection a été formulée contre les résultats obtenus par un élève de M. le professeur Lebedev, M. Stadnitzky (6), qui transplanta, chez trois lapins, des vésicules filles recueillies au cours d'une intervention opératoire : deux animaux succombèrent à la péritonite; le troisième survécut et à l'autopsie, pratiquée cinq mois après, on trouva 3 vésicules (on en avait transplanté 9) augmentées de volume, et dont une s'était greffée entre la vessie et le rectum, tandis que les deux autres n'avaient pas contracté d'adhérences.

A côté de ces faits positifs (1), il faut aussi mentionner les résultats négatifs de M. Peiper (2) et de M. Biélogorsky (3). Toutefois, comme le fait remarquer M. Alexinsky, il se peut que ces échecs n'aient tenu qu'à l'état maladif des animaux en expérience ou au volume trop considérable des vésicules transplantées, cette dernière condition pouvant facilement entraver la greffe.

Partant de cette considération que, dans les expériences de Lebedev et Andreiev, la vitalité des vésicules filles a dû être trop compromise pour leur permettre de suivre leur évolution et qu'en réalité ce sont plutôt les germes contenus dans ces vésicules qui se sont développés, M. Alexinsky (4) préféra opérer sur le contenu liquide de kystes hydatiques ou de vésicules filles, recueilli dans un vase stérilisé et rempli d'une solution physiologique tiède de chlorure de sodium.

Sur 12 expériences (1 brebis et 11 lapins) effectuées dans ces conditions, 8 donnèrent des résultats positifs; quant aux 4 autres faits, ils ne peuvent guère entrer en ligne du compte : la brebis périt trois jours après l'inoculation; chez un lapin on constata l'existence d'une péritonite tuberculeuse, chez un autre on trouva une infiltration purulente du cæcum avec reliquats de péritonite, et un troisième fut sacrifié trop tôt.

Les recherches de M. Riemann (5) n'ont fait que confirmer les résultats obtenus par MM. Lebedev et Andreiev en ce qui concerne la possibilité de la greffe des vésicules filles, qui, d'après l'auteur allemand, seraient même susceptibles de produire, à leur tour, des vésicules petites-filles (exp. 8).

Enfin, récemment M. Dévé (6) a institué une série de 39 expériences en vue d'obtenir, à l'exemple de M. Alexinsky, la greffe des vésicules proligères et des scolex : dans 7 cas, les animaux sont morts avant le quarantième jour, c'est-à-dire avant que la transformation kystique des germes inoculés pût être achevée; sur les 32 autres faits, 23 ont donné des résultats positifs, et encore l'expérimentateur a-t-il soin d'ajouter : « Nous ferons remarquer au sujet de ces cas négatifs que 6 sur 9 provenaient de nos premières tentatives dans lesquelles la dose de germes inoculés était très insuffisante, et nous sommes persuadés d'autre part que certains petits kystes assez difficiles à retrouver ont pu à cette époque, faute d'expérience suffisante, nous passer inaperçus » (3).

VII

La possibilité de la production de kystes hydatiques par l'inoculation d'un mélange de vésicules proligères et de scolex étant établie, il reste encore à préciser la part qui revient à l'un et à l'autre de ces germes dans la formation de ces kystes. M. Alexinsky admet la transformation kystique des vésicules proligères, qui avait, du reste, été décrite par Naunyn, par Leuckart, etc.

(1) Von Volkmann. (*Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin, 1877, p. 97.)

(2) Hüter. (*Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin, 1877.)

(3) F. Krause. Weitere Beiträge zur Operation des Leberechinokokkus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 sept. 1889, p. 770, obs. 4.)

(4) P. Thiéry. Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, de l'épiploon et du pelvis; cancer de l'estomac et de l'utérus. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1889, p. 317.)

(5) A. Hohl. Ueber Verimpfung des Echinococcus durch Punktion. (*Thèse de Halle*, 1892.)

(6) N. A. Sokolov. Contribution à la casuistique de l'échinococcose (en russe). (*Khirurg. Viéstnik*, août 1892.)

(7) Pauchet. Kystes hydatiques multiples du thorax et de l'abdomen. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, nov. 1893, p. 604.)

(8) A. Létienne. (*Loc. cit.*, obs. I.)

(9) A. Létienne. (*Loc. cit.*, obs. I.)

(1) L. N. Varneck. Extirpation de kystes hydatiques multiples des organes pelviens, du mésentère et de l'épiploon (en russe). (*Khir. Liétopiss*, IV, 1, p. 80.)

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 7, 14 et 21 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 91, 98 et 107.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 21 mars 1900, p. 316.

(4) A. I. Lebedev et N. I. Andreiev. Transplantation de vésicules échinococciques de l'homme au lapin (en russe). (*Vratch*, 1889, p. 285.)

(5) Ratimov. (*Loc. cit.*, p. 1038.)

(6) Stadnitzky. Contribution à l'étude de la transplantation des vésicules échinococciques dans la cavité abdominale des lapins (en russe). (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1890.)

(1) On peut y ajouter ceux qu'a publiés plus récemment M. Gourine (cité par M. Dévé dans sa thèse, p. 33).

(2) Peiper. (*Loc. cit.*, p. 49.)

(3) P. A. Biélogorsky. Un cas d'échinocoque du foie (en russe). (*Soc. russe de chir. de Pirogov*, 9 avril 1897, et *Vratch*, 21 août 1897, p. 955.)

(4) Voir, pour les 7 premières expériences de cet auteur, le mémoire publié dans l'*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, 4 (analysé *in Semaine Médicale*, 1898, p. 360), et pour l'ensemble de ses recherches, la monographie russe déjà citée.

(5) Riemann. (*Loc. cit.*, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 438.)

(6) Dévé. (*Loc. cit.*) — Voir aussi *Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, 2 fév., 16 mars 1901 et 25 janvier 1902, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 44 et 95, et 1902, p. 44.

Par contre, M. Dévé n'a jamais pu observer ce mode de développement, mais il a été à même d'obtenir des kystes échinococciques par l'inoculation de scolex à l'exclusion des vésicules proligères, et de suivre les diverses phases de cette métamorphose kystique.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, il importe de retenir, comme un fait dûment établi, que l'ouverture opératoire ou la rupture d'un kyste hydatique, en mettant en liberté des germes échinococciques, expose le patient à l'éclosion de nouveaux kystes par greffe de ces germes. Aussi ne saurait-on prendre trop de précautions pour éviter, au cours de l'opération, la contamination de la cavité abdominale par le liquide hydatique.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques (signe de Musset), par M. Ch. Valentino.

En 1895, M. Feletti signalait, au Congrès de médecine de Rome, l'existence de secousses de la tête chez 2 malades atteints d'anévrysme de la crosse de l'aorte, et trois ans plus tard MM. Bruschini et Coop déclaraient avoir constaté le même phénomène dans 6 autres cas de la même affection (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 479, et 1898, p. 415). En 1900, Delpeuch publiait à son tour 2 observations d'insuffisance aortique avec oscillations antéro-postérieures de l'extrémité céphalique et, rappelant qu'Alfred de Musset — qui a succombé à une insuffisance de l'orifice aortique, probablement d'origine paludéenne — offrait lui aussi, d'après la « Biographie » publiée par son frère Paul, ce symptôme, proposait d'attribuer à ce dernier le nom de *signe de Musset;* enfin, la même année, M. Frenkel faisait connaître un cas de volumineuse pleurésie gauche où existaient également des secousses de la tête. M. Valentino publie à son tour 2 observations comparables à celles de Delpeuch, ce qui porte à 14 le nombre des faits où a été constaté le signe de Musset.

Le premier des cas relatés par l'auteur concerne une femme de quarante-neuf ans ayant une insuffisance aortique pure, reconnaissant vraisemblablement comme cause la syphilis, et accompagnée d'une tachycardie notable (120 pulsations à la minute). Cette femme ne présentait aucune manifestation névropathique d'où auraient pu dépendre les oscillations céphaliques; celles-ci consistaient en mouvements de projection de la tête en arrière, synchrones au pouls, se reproduisant par conséquent 120 fois environ à la minute, et ayant une faible amplitude : elles ne paraissaient pas dépasser 5° de part et d'autre de l'axe cervical.

Dans la seconde observation — qui a été communiquée à M. Valentino par M. Rondot —, il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, également affecté d'insuffisance aortique, et qui, consécutivement à une infection grippale, eut une crise d'urémie ayant laissé à sa suite une hémiplégie gauche. Cette dernière particularité entraîna une modification intéressante du signe de Musset : les muscles gauches du cou, étant parésiés, offraient aux projections céphaliques une résistance moindre que leurs congénères du côté droit, de sorte que les oscillations, au lieu de se faire suivant le plan antéro-postérieur, étaient latérales et dirigées de gauche à droite (1). Le signe de Musset finit d'ailleurs par disparaître.

Concernant la valeur diagnostique du phénomène dont il s'agit ici, l'auteur pose d'abord en principe que les oscillations rythmiques de la tête ne surviennent que dans les lésions aortiques. Il est vrai que le fait publié par M. Frenkel a trait à une pleurésie avec volumineux épanchement; mais M. Valentino estime qu'il y a lieu de soupçonner dans ce cas l'existence d'une insuffisance aortique méconnue : il fait remarquer, en effet, que les tracés du pouls rappellent singulièrement ceux du pouls de Corrigan, et que, d'après M. Frenkel lui-même, on percevait parfois un souffle systolique à la base et un éclat tympanique du second bruit, syndrome correspondant, d'après M. Huchard, à certaines variétés d'insuffisance aortique.

Il ne resterait donc en présence, comme causes productrices du signe de Musset, que l'insuffisance de l'orifice aortique (Delpeuch, Frenkel, Valentino) ou l'anévrysme de la crosse de l'aorte (Feletti, Bruschini et Coop); or, ces deux lésions sont comparables, au point de vue des modifications de pression qu'elles déterminent du côté de l'extrémité céphalique : toutes deux permettent, après la systole, un reflux sanguin rétrograde, l'une dans le ventricule gauche, l'autre dans la poche anévrysmatique. Cela étant, la seule théorie pathogénique acceptable est celle qui a été proposée par M. Frenkel, lequel est d'avis qu'il se passe quelque chose d'analogue à l'expérience de physique bien connue sous le nom de « tourniquet hydraulique » : par suite du reflux du sang, qui est en quelque sorte aspiré par le ventricule gauche ou la poche de l'anévrysme (cavités à pression basse), il se produit dans toutes les ramifications artérielles, et notamment dans la tête, une brusque diminution de pression; et la tête se met en mouvement, comme le tourniquet hydraulique, dans le sens contraire à celui de l'écoulement.

Les secousses doivent, dès lors, être diastoliques et se faire d'avant en arrière, l'écoulement carotidien étant lui-même oblique d'arrière en avant; mais on ne possède pas, jusqu'à présent, de données précises sur ces deux points.

Resterait à expliquer pourquoi le signe de Musset n'est pas constant dans l'insuffisance aortique et dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte; à cette question on ne peut guère répondre que par des hypothèses : peut-être faut-il faire intervenir des dispositions spéciales (coudures artérielles) constituant de véritables anomalies, ainsi que des causes adjuvantes, telles qu'une mobilité particulière de la tête sur son assise cervicale. (*Rev. de méd.*, mai 1902.) — F. F.

(1) « Jusqu'ici, les cas publiés au sujet du signe de Musset portent sur des oscillations antéro-postérieures de la tête », écrit M. Valentino. Ceci n'est pas tout à fait exact; comparant, en effet, son observation avec celles de Delpeuch, où les oscillations se faisaient d'avant en arrière, M. Frenkel déclare que, chez son malade, « il s'agissait plutôt d'un mouvement de latéralité, la tête étant chaque fois projetée en avant et à gauche, comme dans certains tics de la face ». — F. F.

Thrombose utéro-ovarienne infectieuse avec extension à la veine cave inférieure et au cœur droit, par M. L. Hoche.

L'observation relatée par l'auteur tire son intérêt de la grande extension des phénomènes de thrombose auxquels succomba la malade.

Une femme de trente et un ans, ayant eu déjà neuf grossesses dont huit menées à terme, entre à l'hôpital une huitaine de jours après un avortement ayant mis fin à sa dixième grossesse, laquelle se trouvait alors au quatrième mois; le fœtus avait été expulsé, mais non le délivre. L'état général est à ce moment très grave : fièvre de 40°5, pouls à 130, frissons, facies décoloré. La délivrance artificielle n'amène pas grand soulagement. Trois jours après, la malade a un grand frisson, et, le lendemain, on trouve du pus verdâtre à l'orifice du col; sous l'influence d'injections antiseptiques, il se produit une certaine amélioration, puis, au sixième jour après l'entrée à l'hôpital, survient de nouveau un grand frisson et la patiente se plaint de violentes douleurs lombaires; la température remonte à 39°, le réseau veineux abdominal devient très apparent, surtout à droite. Malgré un curettage sous chloroforme, la fièvre et les frissons persistent. Six jours plus tard, on perçoit pour la première fois un souffle systolique à la pointe du cœur, et des signes de congestion et d'œdème à la base des deux poumons; la diarrhée s'installe bientôt et l'état général s'aggrave de plus en plus; cette femme est dans un état de somnolence permanent; la quantité des urines, au dix-huitième jour, baisse brusquement de moitié (600 c.c.), en même temps qu'apparaissent des flots d'albumine; peu à peu se développe de l'œdème, d'abord aux membres inférieurs — sans cordons phlébitiques —, ensuite à l'abdomen, et la malade succombe au bout d'un mois environ.

A l'autopsie, on constata une thrombose qui, partant des veines utéro-ovariques droites, s'était propagée à la veine cave inférieure et remontait jusque dans le cœur : le caillot, de l'oreillette droite, était même passé dans le ventricule du même côté, puis dans l'artère pulmonaire; par voie rétrograde, le processus de coagulation avait également gagné les deux veines iliaques, surtout la droite, et provoqué la thrombose de la veine rénale droite, ainsi que l'obstruction partielle de quelques veines sus-hépatiques. Enfin, de l'énorme caillot qui s'étendait jusqu'au cœur, s'étaient détachées de petites embolies ayant déterminé des infarctus des poumons et des reins, tandis que l'oblitération de certaines veines sus-hépatiques avait eu comme conséquence de petits foyers hémorrhagiques dans le foie.

Ajoutons que les ensemencements de sang, pratiqués pendant la vie, étaient demeurés stériles; après la mort, on ne put isoler que quelques rares microcoques dont la détermination exacte fut impossible, mais qui paraissaient être des gonocoques.

M. Hoche estime que ce vaste processus de thrombose s'était développé en plusieurs temps : après une « étape utérine », la coagulation aurait gagné la veine cave, d'où l'apparition des violentes douleurs lombaires; sa progression aurait entraîné ensuite l'obstruction des veines rénales (étape rétrograde rénale), puis, à mesure que la perméabilité de la veine cave diminuait de plus en plus, celle des veines iliaques, enfin celle des veines hépatiques. La mort aurait eu pour cause à la fois les phénomènes urémiques consécutifs aux lésions rénales et les infarctus pulmonaires. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mai 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Du diagnostic de la morve aiguë chez l'homme, par M. J. Koch.

Le cas de morve aiguë observé par M. Koch dans le service de M. Rotter, à Berlin, est intéressant surtout par la manière dont se produisit la contamination.

Chez un vétérinaire âgé de quarante-cinq ans, présentant depuis cinq jours les symptômes d'une infection aiguë avec température élevée, pouls rapide, douleurs et matité au niveau du lobe inférieur gauche du poumon, on constata l'apparition d'une tuméfaction extérieure correspondant à la zone de matité. Cette tuméfaction devenant fluctuante, M. Rotter pratiqua une incision et reconnut ainsi l'existence d'un abcès intercostal indépendant des côtes; la fièvre continua cependant. Neuf jours environ après le début de l'affection, apparut sur tout le corps un exanthème qui devint rapidement pustuleux. Quarante-huit heures plus tard, la muqueuse nasale se tuméfia et s'ulcéra : on porta alors le diagnostic de morve aiguë, et cela avec d'autant plus de vraisemblance que le malade avait manipulé des cultures du bacille de la morve. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par l'examen microscopique et par le résultat des ensemencements. La mort survint au douzième jour, et l'autopsie permit de vérifier l'exactitude du diagnostic : on trouva notamment de nombreux foyers morveux au niveau des deux poumons, principalement à gauche.

Les lésions pulmonaires étaient, d'après leurs caractères anatomiques, la manifestation la plus ancienne de la maladie; aussi admit-on une infection pulmonaire primitive. De fait, on apprit ultérieurement que le patient avait laissé tomber, au cours de ses recherches, un tube renfermant une culture de morve dont le contenu s'était répandu par terre; ce détail expliquait aisément le mode de pénétration du germe pathogène et l'infection primitive par la voie respiratoire.

Quant au diagnostic, M. Koch insiste, en étudiant les faits publiés jusqu'à ce jour, sur l'absence de frissons dans l'infection morveuse, malgré une hyperthermie considérable, et sur l'éclosion d'un exanthème pustuleux apparaissant d'ordinaire à la dernière période de l'affection et témoignant de la dissémination générale du microorganisme. En ce qui concerne les symptômes du côté de la muqueuse nasale, ils ne se rencontreraient que dans la moitié des cas; ils sont accompagnés d'une tuméfaction érysipélateuse du dos du nez, présentant un

aspect très caractéristique, et ne se développeraient, comme l'exanthème pustuleux, que vers la fin de la maladie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — F. DE Q.

Contribution à l'étiologie de l'angine dothiénentérique, par MM. E. BENDIX et A. BICKEL.

On sait que des affections de la bouche et du pharynx s'observent très fréquemment au cours de la dothiénentérie; mais tandis que certains auteurs croient que ces complications résultent toujours de l'impossibilité où l'on se trouve d'assurer une antisepsie suffisante de la bouche, d'autres estiment que la stomatite, et plus particulièrement l'angine, survenant au cours de la fièvre typhoïde sont, dans certains cas tout au moins, de nature spécifique, c'est-à-dire consécutives à l'action directe du bacille d'Eberth. MM. Bendix et Bickel partagent cette dernière manière de voir et relatent à l'appui de leur opinion l'observation d'une jeune fille de vingt ans, qui fut prise, dix-huit jours après le début d'une dothiénentérie et en pleine période fébrile, d'un mal de gorge assez intense, accompagné de troubles respiratoires tellement accentués qu'on se tenait prêt à pratiquer la trachéotomie d'un moment à l'autre.

A l'examen, on trouva la langue sèche, très gonflée et recouverte d'un dépôt épais, brun et fuligineux; chaque pilier antérieur était le siège d'une saillie grisâtre, ayant les dimensions d'un pois et entourée d'une auréole rouge; des saillies analogues furent constatées au-devant de l'épiglotte, au niveau de la vallécule, de chaque côté de la ligne médiane. Par leur aspect, ces productions ressemblaient beaucoup aux infiltrations médullaires des follicules lymphatiques de l'intestin et représentaient de véritables plaques. L'ensemencement de parcelles de ces lésions donna naissance à des colonies de bacilles d'Eberth.

Malgré le caractère inquiétant des symptômes de début, la marche de cette angine fut assez bénigne; les plaques s'ulcérèrent bientôt, et au bout de dix jours les points ulcérés étaient recouverts d'un épithélium normal. Il faut ajouter que l'engorgement ganglionnaire avait fait défaut pendant toute la durée de l'angine. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 juin 1902.) — S. J.

Des anomalies congénitales de l'uretère et de leur traitement chirurgical, par M. S. GROSGLIK.

Tous les cas relatés jusqu'à ce jour de rétrécissement de l'orifice vésical de l'uretère ont été reconnus seulement à l'autopsie; aussi nous paraît-il intéressant de résumer le fait publié par M. Grosglik, car on put faire le diagnostic pendant la vie et recourir au traitement chirurgical.

Il a trait à un homme de trente-neuf ans, qui fut atteint subitement d'une vive douleur dans l'hypocondre droit, douleur présentant une exacerbation à chaque miction. Ces phénomènes douloureux s'atténuèrent après quelques jours, en même temps que le malade constatait un dépôt notable dans ses urines. Au bout de neuf mois, cet état se compliqua d'hématurie; les urines étaient alcalines et renfermaient des globules rouges, de nombreux leucocytes et des cylindres hyalins. L'auteur crut avoir affaire à une pyélite droite causée par une néphrolithiase et fit l'examen cystoscopique. Il trouva une tumeur du volume d'une noix, siégeant dans la région de l'orifice de l'uretère droit, et porta alors le diagnostic de néoplasme vésical avec pyélite. Dans cette idée, il pratiqua la cystostomie sus-pubienne, mais il reconnut que la tumeur avait les caractères d'un kyste et était immédiatement adhérente au fond de la vessie. Comme il essayait d'extirper la paroi de ce prétendu kyste, celui-ci se rompit et il en sortit une grande quantité d'un liquide trouble, provenant d'une nouvelle cavité située en dehors de la vessie, à proximité immédiate du rectum, dirigée à droite et en haut, et qui n'était autre que l'uretère droit considérablement dilaté. La muqueuse vésicale, incisée pour l'extirpation du kyste, fut alors réunie à la muqueuse de l'uretère au moyen d'un surjet au catgut; puis on introduisit dans l'uretère droit un drain dont l'extrémité fut conduite à travers la plaie abdominale, tandis qu'on plaçait dans la vessie, par les voies naturelles, une sonde à demeure; de la sorte, il fut facile de recueillir séparément l'urine des deux reins, ce qui permit de voir que l'urine du rein droit renfermait de petites quantités de sang et de nombreux leucocytes, tandis que celle du rein gauche était normale. Le drain urétéral fut enlevé au septième jour et la vessie fut fermée par une intervention ultérieure; deux mois et demi après cette dernière opération, le malade était complètement rétabli; il subsistait seulement un léger trouble de l'urine, qui persistait encore au bout d'une année.

M. Grosglik admet qu'il s'agissait dans ce cas d'un rétrécissement congénital de l'orifice vésical de l'uretère droit, permettant le passage de l'urine, mais ayant entraîné la dilatation de l'uretère; l'obturation de cet orifice rétréci — peut-être par un petit calcul — amena le syndrome aigu que nous venons de décrire et nécessita l'intervention chirurgicale. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 10.) — F. DE Q.

Contribution à l'étude de la môle hématique, par M. G. DAVIDSOHN.

Les particularités les plus saillantes de la môle hématique sont, d'une part, la présence de nombreuses végétations polypoïdes à contenu hématique dans l'intérieur d'une cavité amniotique de dimensions restreintes, et, d'autre part, le défaut de rapport entre la masse de l'œuf et le volume de l'embryon, dont souvent la longueur ne dépasse pas quelques millimètres. Breus a expliqué cette double anomalie en supposant que, l'embryon venant à succomber de bonne heure, les membranes de l'œuf continuent à se développer, mais que, par suite de la résistance des parois utérines, elles s'accroissent en se plissant et se pédiculisant du côté de la cavité amniotique. Dans le présent travail, M. Davidsohn expose une théorie nouvelle, que lui a suggérée l'examen de deux pièces de môle hématique.

Il a remarqué tout d'abord que les franges choriales présentaient une densité à peu près normale, ce qui n'est guère compatible avec l'hypothèse d'un arrêt trop précoce de la circulation fœtale, d'autant qu'il a pu constater également des traces de vaisseaux à l'intérieur de quelques-unes d'entre elles; de plus, la membrane amniochoriale, indépendamment des végétations qu'elle porte, offre à sa surface toute une série de plicatures; enfin, les hématomes sanguins qui la soulèvent paraissent avoir subi une rétraction, à en juger d'après l'ancienneté des dépôts fibrineux qui les composent et du rebord festonné qui les limite.

Ces diverses particularités amènent l'auteur à conclure que les membranes ont dû, à un moment donné, présenter un développement beaucoup plus considérable que ne le laisserait supposer l'étendue restreinte de la cavité amniotique et le volume du fœtus. Or, le seul état pathologique pouvant réaliser à la fois cette distension des membranes et l'atrophie du fœtus, c'est l'hydramnios.

Dans cette hypothèse, les phénomènes se succéderaient dans l'ordre suivant : dans un œuf jeune atteint d'un hydramnios de cause quelconque le fœtus s'atrophierait et mourrait, sans qu'il se produisît une fausse couche; le liquide amniotique se résorberait alors ou peut-être même s'écoulerait; il en résulterait une diminution de la pression intra-amniotique et par suite une congestion du réseau vasculaire périchorial pouvant aller jusqu'à la thrombose et à l'hémorrhagie interstitielle. Ainsi se formeraient les hématomes, qui s'agrandiraient avec la diminution progressive de la quantité et de la tension du liquide amniotique, et refouleraient peu à peu l'amniochorion à l'intérieur de la cavité amniotique : le processus aboutirait en fin de compte à la formation des masses polypoïdes qui remplissent cette dernière. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Deux cas de diabète insipide transformé en diabète sucré, par M. L. D'AMATO.

Des diverses preuves qui démontrent l'existence de relations entre la polyurie simple et le diabète sucré, la plus convaincante est la transformation de l'une de ces affections en l'autre; mais, s'il est relativement assez commun de voir la glycosurie se terminer en diabète insipide, on ne connaît que de rares exemples de l'évolution inverse, à savoir du passage de la polyurie simple au diabète sucré. Aussi croyons-nous devoir signaler les deux cas relatés par M. D'Amato, qui a recueilli l'un de ces faits dans le service de M. le professeur Cardarelli, l'autre lui ayant été communiqué par M. Pansini.

La première de ces observations concerne une femme de trente-huit ans, entachée de névropathie héréditaire et personnelle, et, de plus, fille et petite-fille de goutteux, et qui, dès l'âge de quatre ou cinq ans — consécutivement à l'administration d'une dose de santonine ayant amené l'expulsion de nombreux vers intestinaux —, présenta une soif inextinguible et une polyurie très abondante. Cet état persista sans modifications durant une trentaine d'années, malgré l'instauration des règles, le mariage et deux grossesses, et ce n'est qu'à sa trente-quatrième année, alors qu'elle allaitait son second enfant, que cette femme commença à ressentir une boulimie en dépit de laquelle elle se mit à maigrir et à s'affaiblir; ces troubles s'aggravèrent rapidement, si bien qu'elle se décida à entrer à l'hôpital, où l'on constata, le premier jour, après ingestion d'une double ration normale, que la polyurie atteignait 8,400 c.c. par vingt-quatre heures, et que les urines renfermaient 48 grammes de sucre par litre; sous l'influence d'un régime approprié, la quantité d'urine s'abaissa progressivement, en même temps que la glycosurie diminuait, et quand la patiente quitta l'hôpital, au bout d'une semaine, elle n'excrétait plus que 2 litres d'urines contenant 16 grammes de sucre pour 1,000.

Le second malade, un homme d'une cinquantaine d'années, était fils d'un diabétique. Depuis un an, une polyurie très marquée avait attiré l'attention sur ses urines, où l'on n'avait jusque-là jamais trouvé trace de sucre, quand une nouvelle analyse, provoquée par les progrès de l'asthénie, y fit découvrir une glycosurie modérée (de 20 à 30 grammes de sucre ‰); grâce à un régime sévère, cet homme guérit à la fois de son diabète et de la polyurie préexistante.

Dans le premier des faits que nous venons de résumer, on n'a pas, il est vrai, la preuve *matérielle* qu'il se soit agi de diabète insipide durant la longue période où la malade ne fut pas autrement incommodée par son affection. Toutefois, comme le fait remarquer l'auteur, le fait même que pendant trente ans, malgré une alimentation riche en hydrates de carbone, la polydypsie et la polyurie n'entraînèrent aucun trouble de l'état général, alors que dans la seconde phase de l'observation l'amaigrissement et l'asthénie devinrent bientôt des plus inquiétants, autorise à admettre sans réserve que le premier stade de la maladie correspondait bien à un diabète insipide, d'ailleurs facilement explicable chez une femme d'hérédité manifestement neuro-arthritique.

En terminant, M. D'Amato insiste sur cette particularité que, dans les deux cas qui font l'objet de son travail, l'amélioration ou la guérison de la glycosurie fut accompagnée d'une amélioration ou d'une guérison parallèle de la polyurie; il en conclut que l'on ne saurait voir dans les faits de cet ordre une simple juxtaposition d'un diabète sucré sur un diabète insipide préexistant, mais qu'il faut admettre la transformation réelle de celui-ci en celui-là. (*Riforma med.*, 13 mai 1902.) — F. F.

Invagination par polype sous-muqueux du jéjunum, par M. T. CECCHETELLI-IPPOLITI.

Un homme de trente-quatre ans, ayant eu deux ans auparavant une crise d' « entérite aiguë » caractérisée par de la fièvre, de la diarrhée et des douleurs de ventre, fut pris de coliques violentes avec tuméfaction et sensibilité de l'abdomen et quelques selles diarrhéiques; ces phénomènes s'aggravèrent bientôt, le ballonnement augmenta, la température s'éleva un peu, enfin des vomissements apparurent, sans caractère fécaloïde, il est vrai. Au cinquième jour, l'auteur, appelé en consultation, trouva un malade qui commençait à prendre un facies abdominal, bien que la pression artérielle fût bonne et que le pouls ne battît qu'à 83; la tuméfaction du ventre était limitée aux régions épigastrique et ombilicale, tandis que l'hypogastre était déprimé; la palpation était très douloureuse dans la partie supérieure de l'abdomen, où elle réveillait des gargouillements et où la percussion donnait un son tympanique.

Pensant à un étranglement de la portion su-

périeure de l'intestin grêle, sans doute par une bride reliquat de l'attaque antérieure d'entérite, M. Cecchetelli-Ippoliti fit transporter le patient à l'hôpital d'Ancone, où il fut opéré par M. Berti.

La laparotomie permit de trouver une invagination du jéjunum; immédiatement au-dessous de la paroi intestinale, on percevait une tumeur du volume d'un abricot, dont l'implantation sur l'intestin était ombiliquée, et qui obstruait entièrement la lumière intestinale; au-dessus de l'obstacle, l'anse afférente était fortement dilatée en ampoule. On réséqua entre quatre pinces la portion invaginée, puis on fit la suture de l'intestin. L'opéré succomba au bout de deux jours à des phénomènes paraissant dus à de la parésie intestinale (absence de selles, vomissements fécaloïdes), car la nécropsie montra que les sutures avaient parfaitement tenu, et que le péritoine ne renfermait qu'une très faible quantité de sérosité citrine.

Sous le microscope, la tumeur fut reconnue pour un polype fibreux.

L'auteur rapproche ce fait d'une observation de M. le professeur Durante, semblant unique jusqu'ici, et qui concerne un cas d'invagination du cæcum par un polype sous-muqueux; mais il fait remarquer qu'un tel accident doit être encore plus exceptionnel au niveau du jéjunum, en raison de la rareté des polypes dans cette partie de l'intestin.

La malheureuse issue de l'intervention chez son malade est un nouvel exemple de la gravité des résections intestinales pour accidents *aigus*; c'est ainsi que, vers la même époque et dans le même service, deux autres patients ayant subi, pour des manifestations *chroniques* d'occlusion, l'un une résection intestinale et une entéro-anastomose latérale, l'autre l'ablation de 1 mètre 10 centimètres d'intestin, guérirent tous deux sans encombre. (*Gazz. degli Osped.*, 25 mai 1902.) — F. F.

Sur le pouvoir hémolytique de l'extrait aqueux de tumeurs, par M. G. Panzacchi.

M. Bard a démontré l'année dernière que les liquides hémorrhagiques d'origine cancéreuse présentent une hémolyse accentuée, à condition que la tumeur maligne ait été en contact direct avec l'épanchement, et il en a conclu à l'existence d'une *lysine* spéciale dans le cancer (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 201-202). Se basant sur cette constatation, M. Panzacchi a institué une série de recherches expérimentales, dans le but de mettre en évidence la réalité de cette substance hémolysante.

Pour cela, il a opéré avec 5 tumeurs, à savoir un cancer du rectum, un cancer ulcéré du sein, une récidive ganglionnaire de carcinome mammaire, enfin un adénome et un sarcome fermés du sein. Ces néoplasmes ayant été divisés en petits fragments furent ensuite triturés dans un mortier avec du verre pulvérisé, puis exprimés pour en extraire le suc; celui-ci, après addition de solution physiologique de chlorure de sodium, fut filtré au bout de vingt-quatre heures. A un volume déterminé de cet « extrait aqueux de tumeur » on ajoutait la quantité de sérum artificiel nécessaire pour compléter 2 c.c., puis on y laissait tomber 1 goutte de sang, de préférence défibriné, et on examinait alors s'il se produisait ou non des phénomènes d'hémolyse.

Dans les 5 cas en question, le résultat fut positif, et l'hémolyse ainsi obtenue ne pouvait être attribuée à un processus de putréfaction, car le liquide provenant de tumeurs fermées était stérile, et d'ailleurs, pour les autres extraits, le pouvoir hémolytique disparaissait au bout de quelques jours, alors justement que la putréfaction était le plus avancée. L'auteur a pu faire, en outre, une remarque curieuse : les extraits fraîchement préparés se montrèrent dénués de toute propriété hémolytique, celle-ci ne se développant qu'au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures.

Ces divers sucs cancéreux étaient actifs non seulement à l'égard du sang de l'homme, mais aussi pour celui du chien, du lapin et du cobaye; et, en ce qui concerne l'homme, les globules rouges des sujets cancéreux ne réagissaient pas autrement que ceux des individus sains. Ces extraits de tumeurs paraissent résister assez bien à la chaleur : sur trois échantillons, un seul fut « inactivé » par le chauffage à 55° durant une demi-heure. Jamais M. Panzacchi n'a observé de phénomènes d'agglutination.

Ajoutons que, divers expérimentateurs (Metchnikoff, Tarassévitch) ayant démontré que certains organes, même normaux, possèdent des propriétés hémolytiques (pancréas, rate, ganglions mésentériques, etc.), l'auteur a cru devoir faire des recherches de même genre sur la glande mammaire, 4 des 5 néoplasmes qu'il avait utilisés pour ses expériences étant des cancers du sein; il a pu s'assurer que la glande mammaire de vache est sans pouvoir hémolytique dans ses périodes de repos fonctionnel, tandis qu'elle donne un extrait nettement hémolytique quand elle est en activité sécrétoire. (*Riforma med.*, 31 mai 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Indstilling fra beri-beri-komiteen. In-4°, LXXXVI-156 p. Christiania, 1902. — **Rapport du comité du béribéri,** par MM. V. Uchermann, Lars Abrahamsen et P. C. Kreyberg.

Les autorités et les médecins de Norvège ayant signalé depuis quelques années un certain accroissement dans la fréquence du béribéri à bord des vaisseaux marchands de ce pays, le gouvernement norvégien institua un comité à l'effet d'étudier les causes de cette situation et les moyens d'y remédier. Ce sont les résultats de ces recherches qui sont consignés dans le présent travail, essentiellement basé sur 48 rapports de consuls, reçus en réponse à un questionnaire qui fut adressé à ces fonctionnaires en novembre 1899.

D'après une statistique du consulat de Falmouth, la marine marchande scandinave (Norvège, Suède, Danemark, Finlande) serait beaucoup plus souvent atteinte par le béribéri que les autres marines, et notamment que la marine anglaise : pour celle-ci, la proportion des navires infectés de béribéri et ayant relâché à Falmouth fut seulement de 0.53 %, alors que pour la marine scandinave elle atteignit de 9 à 10 %. Ces derniers chiffres ne doivent être cependant acceptés qu'avec réserve, étant donnée l'énorme proportion des voiliers dans les marines scandinaves ; il est, en effet, démontré que les bateaux à voile sont beaucoup plus souvent frappés par le béribéri que les navires à vapeur.

Au point de vue de la nature de la maladie en question, il n'y a plus guère aujourd'hui que trois hypothèses en présence : celle de l'infection, celle d'un trouble de la nutrition et celle de l'intoxication. En ce qui concerne la première, les rapporteurs sont d'avis qu'elle n'est rien moins que démontrée : le béribéri ne prend que rarement une allure épidémique vraie, il ne semble pas contagieux, et il apparaît souvent sur des navires n'ayant jamais fréquenté des parages suspects.

Quant aux théories basées sur un trouble de la nutrition, tel que le famélisme, elles sont tout au plus soutenables pour certaines populations orientales plus ou moins misérables.

La théorie de l'intoxication par un poison alimentaire est la plus vraisemblable. Il est probable que le toxique peut se former en des circonstances ou dans des aliments fort différents : pour les peuplades des pays tropicaux ou d'Extrême-Orient, les altérations (fermentations) du riz semblent assez justement incriminées; mais cette théorie n'est pas admissible pour tous les cas, car l'on a vu des collectivités ou des individus ne consommant que peu et même pas du tout de riz être atteints par le béribéri. Pour ces derniers faits, il est beaucoup plus naturel de s'en prendre aux altérations de la viande ou du poisson de conserve (en boîtes ou en salaisons) : les rapports du bord ne signalent que trop souvent, en effet, la mauvaise qualité de ces denrées. Ainsi s'expliquent la rareté du béribéri sur les bateaux à vapeur, où l'on consomme relativement peu d'aliments de conserve, et les guérisons obtenues, soit au moyen d'un régime de viande et de légumes frais, soit par l'abandon du milieu « culinaire » où s'est produit le béribéri : car un des traits les plus caractéristiques de cette affection, c'est de se manifester comme *husholdingsepidemi*, c'est-à-dire comme épidémies « ménagères » (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 79). Quant à l'eau de boisson, son rôle paraît secondaire : sur 8 navires au moins où l'on n'avait consommé que de l'eau bouillie pendant toute la traversée, le béribéri n'en fit pas moins son apparition.

Au point de vue prophylactique, les rapporteurs conseillent tout d'abord d'établir une inspection régulière des vivres fournis à la marine marchande, comme on l'a fait en Angleterre, où cette institution semble avoir fourni les meilleurs résultats. Le jus de citron a peut-être quelque influence prophylactique du béribéri, mais le fait n'a rien de certain ; l'emploi de ce moyen mérite cependant d'être généralisé. Les auteurs rappellent, enfin, un certain nombre de précautions à observer pour la conservation des denrées fraîches ou de conserve, et proposent de limiter à un maximum, variable suivant la durée de la traversée, la quantité de vivres emportés par les navires, afin d'obliger ainsi à des réapprovisionnements fréquents. — R. DE B.

Un cas d'herpès zoster suivi d'atrophie musculaire, par M. Vilhelm Magnus.

L'observation de M. Magnus serait le premier exemple d'une atrophie musculaire consécutive à un zona.

Une femme de soixante-sept ans qui, dans son enfance, avait été atteinte de rachitisme et de chorée, présenta un jour, sans cause apparente, des phénomènes parétiques du côté des deux derniers doigts de la main droite, en même temps qu'elle ressentait des douleurs extrêmements vives le long de la région cubitale de l'avant-bras du même côté. Au bout de cinq jours, l'avant-bras et la main se tuméfièrent et se cyanosèrent; le surlendemain apparut une éruption de zona tout le long du bord interne de l'avant-bras, depuis l'apophyse styloïde du cubitus jusqu'au quart inférieur du bras. Deux semaines plus tard, la patiente s'aperçut que le membre supérieur droit était plus grêle que le gauche; cette atrophie portait sur la portion cubitale des fléchisseurs, sur le long supinateur, le triceps, le deltoïde, le sous-scapulaire, les muscles de la main et les interosseux : tous ces muscles offraient la réaction de dégénérescence, et il en était de même du nerf médian; le radial donnait des réactions normales; le cubital ne put être exploré, en raison de l'hyperesthésie dont il était le siège. Le réflexe du tendon du triceps était aboli. Au bout de dix-huit mois, sous l'influence du massage et de l'électricité, la guérison était presque complète.

D'après le schéma de Head, les troubles sensitifs ici observés devraient être imputés à une lésion du ganglion spinal du premier nerf rachidien. Mais, pour expliquer la paralysie motrice, il ne suffirait pas de supposer une altération simultanée de la racine antérieure de ce nerf : l'expérimentation et la clinique ont, en effet, démontré que la lésion isolée d'une racine antérieure ne peut produire à elle seule de phénomènes paralytiques, car chaque muscle est innervé par au moins trois paires rachidiennes. Il y a donc lieu de penser que la maladie avait son siège dans la substance grise antérieure de la moelle : en l'espèce, elle devait remonter au minimum jusqu'au cinquième segment cervical, puisque c'est celui-ci qui contient le centre moteur du deltoïde. Dans cette hypothèse, l'herpès zoster ne serait pas seulement, comme le veut Head, une affection des ganglions spinaux, mais une véritable poliomyélite. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'épilepsie par les sels de calcium.

Ayant constaté, chez un certain nombre d'épileptiques, un défaut d'absorption du calcium, MM. les docteurs E. Audenino et A. Bonelli, assistants de M. le docteur C. Lombroso, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Turin, ont eu l'idée de traiter le mal comitial par diverses préparations de calcium. Ils instituèrent, à cet effet, une série d'essais cliniques sur 10 épileptiques, dont l'âge variait entre quatorze et trente-sept ans, et auxquels ils administrèrent, pendant un certain laps de temps, soit de l'eau de chaux, soit, de préférence, du bromure de calcium, ou encore du lactophosphate et du carbonate de chaux. Sous l'influence de ce traitement, on constata, à peu près dans tous les cas, une diminution

dans la gravité et la fréquence des accès convulsifs, voire même leur disparition complète pendant une période assez longue (quarante jours dans un cas et cent cinquante-six jours dans un autre). Néanmoins, l'absorption de calcium par l'intestin étant quelquefois très insuffisante, sinon nulle, MM. Audenino et Bonelli ont eu recours, dans une seconde série d'essais, à des injections sous-cutanées d'une solution de chlorure de calcium à 1 % (à la dose quotidienne de 0 gr. 02 centigr. à 0 gr. 05 centigr. de sel) ou de lactophosphate de chaux à 1 pour 30 (0 gr. 33 centigr. à 0 gr. 99 centigr. par jour). Sur 4 malades traités de la sorte, 3 ont vu leurs accès disparaître pendant la durée de la cure.

Sans vouloir généraliser la portée de ces faits, MM. Audenino et Bonelli estiment que les sels de calcium, administrés par la voie gastrique ou en injections sous-cutanées, diminuent le nombre des accès épileptiques, ce qui cadre bien, du reste, avec les recherches de M. le professeur Sabbatani, d'après lequel ce métal exercerait une action modératrice sur l'activité des centres nerveux.

Le sérum sanguin normal comme moyen de traitement de la scarlatine.

On se rappelle les essais de traitement de la scarlatine au moyen du sérum de sujets récemment guéris de cette affection (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. LIV, et 1902, p. 108). Dans le but de favoriser les défenses de l'organisme, et à défaut de sérum de convalescents, M. le docteur C. S. Engel (de Berlin) a eu recours, dans un cas grave de scarlatine, à une injection sous-cutanée de sérum humain normal. Il s'agissait d'un garçon de six ans, atteint de scarlatine compliquée d'une angine diphtérique, avec hyperthermie dépassant 40°, albuminurie, etc. Malgré les injections de sérum antidiphtérique, l'état du petit malade ne faisait qu'empirer et les symptômes graves, tels que la dyspnée, la cyanose de la face, le pouls misérable, etc., semblaient indiquer que l'issue fatale était imminente, lorsque notre confrère, en désespoir de cause, se décida à injecter 8 c.c. de sérum sanguin fraîchement retiré, en vue de recherches de laboratoire, chez un homme jouissant d'une bonne santé habituelle. Cette injection ne tarda pas à produire une amélioration considérable et le petit patient guérit.

Se basant sur ce fait, M. Engel estime que l'injection de sérum sanguin normal mériterait d'être essayée dans les cas graves de scarlatine ou de toute autre maladie infectieuse, et cela d'autant plus qu'on peut, sans inconvénient, en introduire sous la peau une quantité beaucoup plus considérable que celle qui a été injectée au petit malade en question.

Il va de soi que le sérum doit être aussi frais que possible, ses alexines ne tardant pas à disparaître, et qu'il est préférable d'en injecter une assez grande quantité. Enfin, l'injection ne doit pas être pratiquée d'une manière trop tardive, de crainte que les toxines ne forment déjà avec les cellules de l'organisme des combinaisons trop intimes pour qu'on puisse encore compter sur la désintoxication.

Les indications et les contre-indications des injections de jaune d'œuf dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Poursuivant ses recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par des injections hypodermiques ou intramusculaires de jaune d'œuf (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 72), M. le docteur Ch. Bayle (de Cannes) a été à même de constater que cette médication se montre surtout efficace dans les cas graves, accompagnés de troubles digestifs qui empêchent le malade de s'alimenter suffisamment : le jaune d'œuf semble alors agir comme un antidéperditeur. Par contre, dans les cas où, sous l'influence de la cure d'air, de repos et de suralimentation, le processus morbide tend à la guérison, et où l'état général reste bon, les injections de jaune d'œuf ne sont d'aucune utilité et peuvent même être nuisibles, en imposant un travail excessif aux organes d'élimination. Le traitement en question est également contre-indiqué chez les tuberculeux qui présentent de l'hyperesthésie cutanée rendant toute injection hypodermique extrêmement douloureuse.

En ce qui concerne la technique des injections, notre confrère recommande d'additionner le jaune d'œuf d'un volume égal d'eau salée à 7 ‰ (de 15 à 20 c.c.), ce qui permettrait de faire pénétrer en une seule fois 17 c.c. de jaune d'œuf. Chez les malades qui marchent, il est préférable de pratiquer l'injection au bras et de s'en tenir à 10 ou 12 c.c. du mélange (ce qui représente 6 c.c. de jaune d'œuf). Les injections sous-cutanées étant très bien tolérées, il n'est pas nécessaire d'enfoncer l'aiguille dans la masse musculaire.

Ajoutons que, pour exercer une action efficace sur l'état général des tuberculeux gravement atteints, le jaune d'œuf doit être introduit dans l'organisme par la voie hypodermique, et non par la voie gastrique.

Le cinnamate de soude en injections sous-conjonctivales.

Les bons effets que M. le docteur E. Pflüger, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Berne, a obtenus dans le traitement des affections oculaires par l'emploi du cinnamate de soude ont engagé M. le docteur A. K. Letzenious à expérimenter ce médicament sur les patients admis à l'Infirmerie pour les maladies des yeux, à Saint-Pétersbourg. Après avoir assuré l'asepsie et avoir insensibilisé l'œil à l'aide de la cocaïne, notre confrère injecte, sous la conjonctive, une solution de cinnamate de soude chimiquement pur à 1 %, en ayant soin de ne pas dépasser 5 divisions de la seringue de Pravaz. Peu douloureuses, ces injections peuvent être répétées tous les deux jours, voire même quotidiennement, sans donner lieu à aucun phénomène réactionnel, sauf un léger degré d'hyperémie.

M. Letzenious a traité ainsi diverses sortes de kératites (herpétique, traumatique, parenchymateuse, etc.), ainsi que des ulcères de la cornée, des iritis, des iridochoroïdites, des iridocyclites, des sclérites et des épisclérites. Dans toutes ces affections, les injections de cinnamate de soude ont exercé une action calmante très marquée sur les douleurs. Quant aux effets sur la lésion elle-même, ils ont été surtout prononcés dans les affections de la cornée; les altérations de l'iris et de la choroïde se laisseraient moins influencer par le traitement en question. Ajoutons qu'en cas de lésions suppuratives, les injections de cinnamate de soude se montreraient plus nuisibles qu'utiles.

Traitement de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique par le sérum gélatiné.

Chez une femme de trente-six ans, atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, M. le docteur Lafond-Grellety (de Villefranche-de-Longchapt) — s'inspirant d'observations de péritonites guéries sans intervention chirurgicale et, en particulier, d'un cas où la guérison a été obtenue au moyen de l'injection de sérum sanguin de chien — a eu l'idée d'essayer le sérum gélatiné, qui lui paraissait préférable au sérum naturel en raison du rôle nutritif considérable que joue la gélatine (Cornil et Carnot). Notre confrère injecta dans le péritoine 20 c.c. de sérum gélatiné à 5 %, à une température voisine de 37°. L'injection provoqua des douleurs qui persistèrent une heure environ, mais elle ne détermina ni hyperthermie, ni réaction cutanée. Au bout de quelques jours, l'empâtement hypogastrique avait totalement disparu; toutefois, comme l'hypogastre restait encore sensible à la pression, M. Lafond-Grellety pratiqua une seconde injection dans les mêmes conditions que la première. En moins d'une semaine tout phénomène douloureux avait cessé, et aujourd'hui (quatre mois après l'intervention) la patiente peut être considérée comme guérie : ni la marche, ni la station debout ne provoquent, chez elle, la moindre sensation pénible du côté de l'abdomen, et son état général est aussi satisfaisant que possible.

Emploi du soufre à titre de succédané de l'iodoforme.

L'odeur désagréable de l'iodoforme, ainsi que l'action irritante que ce produit exerce sur les téguments et les intoxications que détermine parfois son emploi pour le pansement des plaies étendues, font que, depuis longtemps, on cherche à lui substituer d'autres antiseptiques exempts de ces inconvénients. On a proposé, à cet effet, toute une série de composés chimiques plus ou moins complexes. Or, d'après l'expérience d'un médecin militaire russe, M. le docteur L. A. Kharitonov, le soufre — qui offre sur ces produits nouveaux l'avantage d'être d'un prix très peu élevé — exercerait sur les tissus malades une action tout à fait analogue à celle de l'iodoforme, sans donner lieu au moindre accident.

Notre confrère commence par laver la plaie avec une solution de permanganate de potasse à 0.5 %, puis il la saupoudre de soufre cristallisé ou de soufre précipité. Il traite de la même façon le chancre mou, sur lequel le soufre semble produire des effets beaucoup plus rapides et plus énergiques que l'iodoforme.

Traitement de l'ozène par les courants de haute fréquence.

En présence des résultats obtenus dans le traitement des dermatoses par les courants de haute fréquence à tension élevée et en applications monopolaires, MM. les docteurs H. Bordier et Collet, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lyon, se sont demandés si les mêmes courants ne pourraient pas exercer une action favorable sur la nutrition altérée des muqueuses, en particulier dans l'ozène. Les essais qu'ils ont institués sur 2 malades atteints de rhinite atrophique très fétide, avec de nombreuses croûtes, ont pleinement confirmé cette prévision. Les courants étaient appliqués à l'aide d'une électrode spéciale à manchon de verre très étroit pouvant pénétrer dans les fosses nasales. Les séances, dont la durée était de deux minutes environ, étaient répétées d'abord deux fois par semaine, puis tous les huit jours seulement. Dans un cas où le pharynx était également très atteint, il fut lui aussi soumis aux courants de haute fréquence, pendant une ou deux minutes chaque fois.

Se basant sur ces deux faits, MM. Bordier et Collet estiment que les applications des courants de haute fréquence dans les fosses nasales et sur le pharynx constituent un des procédés les plus sûrs et les plus énergiques de traitement de l'ozène.

Un moyen pour faciliter l'administration de l'huile de ricin.

Pour masquer la saveur et l'odeur de l'huile de ricin, un médecin russe, M. le docteur N. V. Obrastzov (de Kalouga), a recours à la teinture d'iode et au menthol, qui offrent, en outre, l'avantage d'exercer une action antiseptique sur l'intestin. Notre confrère formule ainsi qu'il suit :

Huile de ricin............	30 grammes.
Menthol..................	0 gr. 50 centigr.
Teinture d'iode...........	X gouttes.

A prendre : une cuillerée à bouche.

Avant d'administrer ce mélange, il est bon de le faire tiédir au bain-marie, afin d'amener la disparition de la viscosité qui contribue également à rendre l'huile de ricin si difficile à accepter par les malades. La dose de menthol peut paraître quelque peu élevée, mais il importe de tenir compte que ce médicament se dissout dans l'huile et qu'il est ainsi, en grande partie, éliminé avec le contenu intestinal.

Les enfants âgés de plus de deux ans supporteraient très bien la médication dont il s'agit; on se bornera, toutefois, à leur prescrire une cuillerée à café seulement d'un mélange contenant 0 gr. 01 centigr. de menthol et une goutte de teinture d'iode pour 10 grammes d'huile de ricin.

Traitement du tétanos traumatique par le bain turc.

D'après l'expérience d'un médecin bulgare, M. le docteur S. Zlotovsky (de Roustchouk), le bain turc constituerait un excellent moyen à opposer au tétanos d'origine traumatique. A défaut d'une installation appropriée, le traitement — qui doit être continué pendant une quinzaine de jours au moins — peut être réalisé dans n'importe quelle pièce, pourvu qu'on ait soin d'y maintenir, jour et nuit, une température de 40° à 44° C. et qu'on fasse prendre au patient, toutes les trois heures, un bain chaud de trente minutes de durée.

Sous l'influence de ces mesures, le trismus et l'opisthotonos ne tarderaient pas à disparaître et le malade se remettrait peu à peu.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du rôle des principaux facteurs accessoires dans l'étiologie du cancer.

Nous avons démontré dans un précédent article que trois facteurs ont une influence considérable — réelle ou apparente — sur la mortalité par cancer dans un pays déterminé : la répartition de la population par âges, sa distribution par sexe, et le nombre d'habitants urbains se rencontrant au kilomètre carré (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 297-302).

C'est là, pour ainsi dire, le trépied servant de base à l'étude statistique de l'étiologie du cancer. Aussi, dans le présent travail, où nous allons passer en revue les diverses causes accessoires de la mortalité cancéreuse, susceptibles d'une détermination statistique, devrons-nous bien souvent revenir à cette base, si nous tenons à éviter de graves erreurs.

I

A-t-on tenu compte des trois facteurs précités quand on a voulu apprécier les *influences de la race?* Pas encore, à notre connaissance... Et quand on a passé d'une frontière à l'autre, a-t-on tenu compte des coutumes locales, des législations et des usages des états civils? Pas davantage. Il faut donc, jusqu'à plus ample informé, se montrer très réservé à l'égard des affirmations concernant les races.

Si nous commençons par l'Europe, nous voyons que le cancer est assez rare dans les provinces de la Pologne allemande, un peu plus commun dans la basse Allemagne, très commun en Hollande, en Saxe et surtout dans la haute Allemagne; en Suisse, sa fréquence atteint l'apogée. En Autriche, en France, en Angleterre, en Ecosse et dans les pays scandinaves, elle se tient entre les deux extrêmes. Enfin, l'Irlande, les cantons suisses de race française ou italienne, l'Italie n'ont qu'une très faible mortalité cancéreuse.

Mais si l'on veut tirer quelques conclusions de la fréquence régionale du cancer, au point de vue de la race, on est vite arrêté. En ce qui concerne tout d'abord les Polonais, remarquons — d'après les tableaux dressés par M. Laspeyres (1) — que leurs provinces comptent parmi les moins denses en fait de population urbaine et, après ce que nous avons dit dans notre article antérieur sur l'importance de ce facteur, il serait téméraire d'imputer à la race slave leur faible mortalité cancéreuse.

Pour les races germaniques, on trouve de province à province de très fortes variations. Il est cependant un fait digne de remarque, c'est que toute la haute Allemagne (Bavière, Wurtemberg, Bade, vieille Suisse, Autriche allemande) et la Saxe royale offrent une mortalité très élevée. D'après M. Wutzdorff (2), la mortalité de la Bavière a donné lieu jadis à une enquête qui a innocenté le goitre, mais n'a conduit à aucune explication satisfaisante. En Suisse, il est également impossible d'accuser les dégénérescences du goitre. On serait donc en droit de supposer que les hauts Allemands possèdent une réceptivité particulière à l'égard du cancer; toutefois, avant d'en arriver à cette conclusion, il y aurait lieu d'étudier tout d'abord la densité de leurs populations urbaines, la répartition de leurs populations par âge et par sexe et enfin les usages de l'état civil. Or, en ce qui concerne la Suisse, la Bavière, le Wurtemberg, le grand-duché de Bade et la Saxe, nous savons que la constatation médicale des décès par les états civils y est obligatoire, alors qu'en Prusse — c'est-à-dire dans la basse Allemagne — elle ne l'est pas. Il est donc prudent de réserver son jugement sur cette prédisposition apparente des hauts Allemands à l'égard du cancer.

(1) R. LASPEYRES. Ein Beitrag zur Krebsstatistik. (*Centr.-Bl. f. allg. Gesundheitspflege*, 1901, p. 342.)

(2) WUTZDORFF. Ueber die Verbreitung der Krebskrankheit im Deutschen Reiche. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 mars 1902.)

En Suisse, comme l'a constaté M. Nencki (1), les cantons de race française ou italienne semblent moins atteints que ceux de race allemande. Aussi, quand on observe que l'Italie et l'Irlande ont une faible mortalité cancéreuse, on est tout naturellement porté à supposer que les races gallo-celtiques, ou néo-latines, comme on les appelle à tort, sont peu sujettes au cancer. Malheureusement, la France ne semble nullement confirmer cette vue : la mortalité des villes — la seule que nous connaissions — permet de croire que celle de notre pays entier dépasse assez notablement celle de l'Italie ou de l'Irlande. Il est vrai que la population urbaine française est beaucoup plus dense que celle de l'Irlande, que la natalité y est faible, que l'immigration étrangère y est élevée, toutes raisons qui tendent à nous donner un pourcentage supérieur à ceux de l'Italie et de l'Irlande. Mais si l'on tient compte de ces différents facteurs, on voit alors que non seulement la France, l'Italie et l'Irlande, mais aussi la Prusse, ont des mortalités très rapprochées les unes des autres (2), ce qui est passablement déconcertant au point de vue ethnographique. Remarquons, cependant, qu'en Italie les provinces méridionales et la Sardaigne semblent beaucoup moins sujettes au cancer que celles du nord de la péninsule (3).

Si nous passons dans le nouveau monde, nous y voyons que d'une manière générale, à s'en rapporter aux statistiques, les Etats-Unis seraient un pays plutôt favorisé. La mortalité urbaine la plus élevée, en 1898, était celle de San-Francisco et elle n'atteignait pas celle de Berlin. A Buffalo, qu'on a surnommé « le tropique du cancer », elle est de 58 à peine par 100,000 habitants. Mais « autres pays, autres mœurs » : les coutumes du nouveau monde, et la formation de ses praticiens, sont assez différentes des nôtres pour qu'il y ait quelque témérité à comparer ces résultats globaux avec ceux des Etats européens.

Toutefois, les Etats-Unis se prêtent admirablement à l'étude comparative de la réceptivité des races. Cette étude a été faite par quelques auteurs, malheureusement d'une manière très insuffisante. D'après M. Fordyce Barker (4), par exemple, le nègre serait beaucoup moins sujet au cancer que le blanc et, selon M. Lyon (5), auteur d'un travail statistique étendu sur Buffalo, voici quel serait l'ordre de prédisposition des différentes races pour le cancer : Irlandais, Allemands, Ecossais, Anglais, Italiens. On peut s'étonner à bon droit de trouver ici, figurant en tête de liste, les Irlandais et les Allemands qui, en Europe — sauf les hauts Allemands — ont une mortalité faible. Mais il y a lieu de s'étonner encore davantage du procédé statistique de l'auteur : il compare, en effet, la mortalité des populations totales allemande, irlandaise, etc., sans se demander quelle peut être la proportion des sujets âgés ou des sexes. Or, on peut supposer *a priori* que parmi ces étrangers, immigrants pour la plupart, il est une forte proportion d'adultes et à la longue de vieillards, ce qui expliquerait leur forte mortalité. On peut faire la même objection à un statisticien de la Nouvelle-Zélande, qui prétend sans plus de fondement que l'Anglais fraîchement immigré est plus sujet au cancer que l'Anglais créolisé (1).

(1) L. NENCKI. Die Frequenz und Verteilung des Krebses in der Schweiz an Hand der Krebstodesfälle in den Jahren 1889-1898. (*Zeitsch. f. schweiz. Statistik*, 1900, II, 7, p. 332.)

(2) Prusse, 56; Irlande, 58; Italie, 52. Nous pensons que la mortalité de la France, si l'on tient compte de l'afflux étranger et de la faible natalité indigène, atteint tout au plus 60 pour le pays entier.

(3) C. RUATA. Il cancro in Italia. (*La Salute pubblica*, 15 mars 1902.)

(4) Cité par SPENCER WELLS. Cancer and cancerous diseases. (*Brit. Med. Journ.*, 1er et 8 déc. 1888.)

(5) I. PH. LYON. Cancer distribution and statistics in Buffalo for the period 1880-1899 with special reference to the parasitic theory. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin 1901.)

En ce qui concerne les nègres des Etats-Unis, nous n'avons pu contrôler l'affirmation de M. F. Barker que pour le district de Columbia (Washington). De 1875 à 1900 il s'est produit dans ce district 2,132 décès par cancer chez les blancs et 760 chez les noirs. Nous ignorons malheureusement la répartition exacte, par âge, par sexe et par couleur, de la population de ce district. Cependant, à s'en rapporter à quelques indications assez sommaires du *Report of the Health Officer of the District of Columbia* pour l'année 1897 (p. 3), la mortalité moyenne du cancer, pendant ces vingt-cinq dernières années, peut être estimée à 46 chez les blancs et à 41 chez les noirs, par 100,000 habitants de tout âge et de tout sexe. Comme on le voit, l'écart serait assez faible; mais il est probablement un peu plus considérable. En effet, quand on vient à calculer cette mortalité par sexe, on s'aperçoit que les femmes blanches et noires ont à peu près la même mortalité (59 par 100,000) et que toute la différence porte sur les hommes. Ce paradoxe n'est guère explicable qu'en supposant que le nombre des femmes noires âgées, tant par rapport aux femmes blanches que par rapport aux nègres, est très considérable. On peut donc admettre qu'aux Etats-Unis *le noir est un peu moins sujet au cancer que le blanc*, mais dans quelle proportion exacte, nous l'ignorons encore.

En ce qui concerne les juifs, la question vient d'être étudiée récemment par un correspondant anonyme du *British Medical Journal* (15 mars 1902) pour la colonie israélite de Londres. La mortalité cancéreuse des juifs londoniens pendant les années 1898, 1899 et 1900 aurait été de 52.5 pour 100,000 : or, en 1899, celle de Londres était de 94. Malgré cette grosse différence, l'auteur de cette étude conclut que les israélites ont à peu près la même mortalité que les chrétiens de Londres : la récente immigration des juifs de Russie aurait en effet amené un grand nombre de sujets adultes jeunes et d'enfants. Cette conclusion nous paraît assez risquée, car, pour combler la différence existant entre les deux mortalités précédentes (94 et 52.5), il aurait fallu que l'immigration russe doublât presque la population israélite de Londres; or, celle-ci étant déjà très considérable (près de 100,000 âmes, croyons-nous) avant l'immigration russe, il nous semble douteux que pareille augmentation se soit réalisée.

Pour essayer de résoudre ce problème, nous avons cherché en Europe des statistiques qui s'y prêtassent. Nous n'en avons trouvé qu'une seule, celle de la ville de Cracovie (2), qui indiquât à la fois la cause du décès et la confession. Sur une période de douze ans (1887-1898), la mortalité moyenne des chrétiens par cancer a été de 597 par 100,000 habitants de plus de trente ans, celle des juifs de 347 : d'après ces chiffres, les juifs seraient donc près de deux fois moins réceptifs que les chrétiens. Mais cette énorme différence est bien loin de la réalité : Cracovie, étant ville d'Université, attire en effet un grand nombre de cancéreux étrangers à la ville, ce qui lui vaut, d'ailleurs, une mortalité colossale (260 par 100,000 habitants de tout âge et de tout sexe). Or, on sait que les israélites se concentrent de préférence dans les villes, et il n'en est pas autrement à Cracovie : alors que sur les 1,744 chrétiens cancéreux, pendant la période 1887-1898, on compte 697 étrangers à la ville, sur les 289 juifs cancéreux de la même époque, on n'en compte que 66. Aussi, la mortalité par cancer calculée sur ces nouvelles bases tombe à

(1) *Archives of Surgery*, 1896, VII, p. 195.

(2) Dans le tome IV (1891-1892) du « Statystyka miasta Krakowa » est indiquée la répartition de la population par âge, sexe et confession, d'après le recensement de 1891. C'est d'après cette publication que sont calculés les chiffres ci-dessous.

311 pour les chrétiens et à 266 pour les israélites (par 100,000 habitants de plus de trente ans) (1). *Le juif est donc réellement moins réceptif que le Polonais à l'égard du cancer*, et cela dans la proportion d'un sixième ou d'un septième.

De tout ce qui précède il nous semble permis de conclure que *les races méridionales* (Italiens, nègres, israélites) *ont à l'égard du cancer une réceptivité un peu moindre* — dans quelle mesure exactement, nous l'ignorons — *que les races septentrionales*. Parmi celles-ci, les hauts Allemands et les Scandinaves seraient peut-être les plus réceptifs, mais ce point a besoin d'être soumis à une révision sérieuse.

II

En ce qui concerne les facteurs *géologiques, orographiques, météorologiques, sociaux, professionnels, diététiques* et autres, la plupart des hypothèses qui ont été avancées ne reposent encore sur aucune base statistique incontestable.

En Angleterre, M. A. Haviland (2) a voulu démontrer que les localités bâties sur des terrains d'alluvions ou au voisinage de cours d'eau à pente faible étaient beaucoup plus atteintes par le cancer que les autres; et M. E. N. Nason (3) a défendu les mêmes vues.

La chose est possible. Mais n'est-ce pas le cas de la majorité des groupements urbains, et les villes ne sont-elles pas, comme nous l'avons précédemment démontré, des foyers d'élection — apparents ou réels — du cancer? De plus, ni l'un ni l'autre des deux auteurs en question ne s'est suffisamment préoccupé de la répartition des populations au point de vue de l'âge et du sexe. M. Haviland lui-même admet d'ailleurs de nombreuses exceptions à sa théorie et divers auteurs en ont cité d'autres (4). Nous ignorons aussi comment M. Haviland concilierait l'énorme mortalité de la Suisse avec ses propres observations.

A considérer ce dernier pays, on pourrait être tenté d'admettre que ce sont plutôt les régions montagneuses qui sont exposées au cancer, surtout quand on voit certains districts du grand-duché de Bade et du Wurtemberg présenter une mortalité presque aussi élevée que la Suisse, et bien supérieure à celle du restant de l'Allemagne. Mais la Bavière, dont la mortalité est tout aussi forte, offre de vastes plaines, et en Norvège, d'après M. Geirsvold (5), ce seraient les habitants des vallées intérieures qui seraient le plus atteints : ceux des côtes le seraient moins. Toutefois, si l'on était tenté de penser que c'est ici le voisinage de la mer qui s'oppose au développement du cancer, comment expliquer la mortalité élevée de la Hollande ou celle des îles Tromsö?

Le rôle que M. Kolb (6) fait jouer aux *terrains tertiaires* est fondé sur des arguments statistiques plus sérieux. Dans l'Allemagne du sud, les trois provinces dites de la Bavière supérieure, de la Bavière inférieure et de la Souabe — situées toutes trois presque en entier sur la rive méridionale du Danube — comptent parmi les plus cancéreuses : la population de plus de quarante ans de ces trois provinces — abstraction faite des villes — a une mortalité de 346.5 par 100,000, alors que celle du reste de la Bavière (sans les villes également) n'est que de 284.8. Le sol des provinces en question étant presque entièrement formé par des terrains tertiaires, il semble donc que le cancer ait une prédilection marquée pour cette variété géologique du sol.

Les pays limitrophes de la Bavière confirmeraient les observations précédentes. Le terrain tertiaire bavarois se continue, en effet, dans une partie du grand-duché de Bade (région du sud-est), dans l'archiduché d'Autriche (où il borde les deux rives, surtout la rive gauche, du Danube) et dans la Suisse : ici la zone tertiaire occupe les cantons d'Appenzell, de Thurgovie, de Zurich, de Zug, de Lucerne, de Schwytz, de Fribourg, de Genève et de Bâle-ville. Or, il est à remarquer, avec M. Kolb, que les régions que nous venons de citer sont les plus cancéreuses de la Suisse, du grand-duché de Bade et de l'Autriche cisleithane.

Statistiquement parlant, nous ne voyons presque rien à objecter aux observations de M. Kolb. Il y a cependant plusieurs raisons morales pour ne les accueillir qu'avec réserve.

A propos de la Suisse, cet auteur n'a pu s'empêcher de signaler que la couche géologique étudiée par lui traversait la partie la plus active, la plus industrielle et la plus riche de la Suisse. Nous regrettons que pour le grand-duché de Bade, l'Autriche et surtout la Bavière, il ne nous dise rien à ce point de vue. Toutefois, autant que nous sachions, la Bavière sous-danubienne et l'archiduché d'Autriche ont toujours passé pour des régions très prospères, sinon pour les plus prospères, des deux Etats correspondants. Or, il est un fait digne de remarque, c'est que les pays riches ou pourvus d'une organisation médicale avancée — deux conditions allant généralement de pair — ont des mortalités cancéreuses élevées, et inversement. Nous parlons de mortalités *statistiques*, car nous avons eu souvent l'occasion de dire que, sous les chiffres, se cachaient parfois des réalités fort différentes.

Voici, en tout cas, quelques arguments en faveur de la proposition que nous venons d'avancer. Dans chaque pays, comme nous l'avons vu, les campagnes ont des mortalités cancéreuses plus faibles que les villes; par contre, dans les banlieues des villes (Bâle-campagne, et autour des villes bavaroises), la mortalité est presque aussi élevée que dans les villes correspondantes. En Prusse, les mortalités les plus faibles se rencontrent dans les régions les moins prospères ou les plus « prolétaires » de la monarchie (provinces polonaises, Poméranie, Brandebourg, et certains districts industriels rhénans) ; d'ailleurs, en Prusse et d'une manière générale, la mortalité est faible : la seule exception notable — abstraction faite des villes — est le Schleswig, mais ce pays possède un service statistique fonctionnant régulièrement depuis le temps de son union avec le Danemark. En Irlande, nous trouvons des mortalités plus faibles qu'en Ecosse, et celles de l'Ecosse, à leur tour, sont inférieures à celles de l'Angleterre. En Italie, les provinces du ci-devant royaume de Naples (et la Sardaigne), dont l'organisation générale — et médicale — est un peu primitive ou de fraîche date, ont une mortalité sensiblement plus faible que celles de l'Italie du centre ou du nord. Les Etats scandinaves, la Saxe, l'Allemagne du sud, la Hollande et la Suisse possèdent des organisations médicales et statistiques assez perfectionnées, en même temps qu'un degré de civilisation ou de richesse territoriale marqué : elles offrent de même des mortalités élevées. En Norvège, les côtes, pays pauvres, sont moins atteintes que les vallées intérieures, plus riches, et, en Suisse, les cantons un peu perdus du Tessin et du Valais ont des mortalités trois et quatre fois plus faibles que celles du reste de la Confédération.

Cette rapide revue nous semble donc prouver que la prospérité d'un pays, ou plus exactement sa richesse bourgeoise et son degré de « civilisation médicale », sont deux conditions qui influent notablement sur les statistiques. Et cela se comprend sans peine : plus le bien-être des habitants ou plus les institutions facilitent l'intervention du médecin, et plus il y a de chances pour que les cancéreux n'échappent pas à l'observation compétente. Il est donc très possible que ces conditions soient en jeu dans les différences signalées par M. Kolb entre la Bavière méridionale et la Bavière septentrionale. Malheureusement, il s'agit là de facteurs qui ne peuvent se mesurer par des chiffres : toutefois, si l'avenir nous apprenait qu'en d'autres pays ce ne sont plus les terrains d'alluvion, comme le veut M. Haviland, ni les terrains tertiaires, comme le prétend M. Kolb, qui semblent favoriser le cancer, mais une autre formation géologique quelconque, il y aurait grande chance de supposer que ce n'est *pas dans le sol*, *mais au-dessus de lui*, qu'il faut chercher la cause de ces prédilections apparentes du cancer. Chaque région doit, en effet, pour une bonne part, sa civilisation et sa prospérité à un ensemble de conditions géographiques ou géologiques : or, les institutions ou le bien-être matériel favorisant le recensement et le soin des cancéreux, rien d'étonnant à ce que l'on mette au compte du sol une mortalité qu'il serait peut-être plus juste d'imputer à l'état social des habitants.

En résumé, les *théories géographiques ou géologiques ne nous donnent pas encore la clef de la fréquence du cancer* dans tel ou tel pays, dans telle ou telle province, surtout quand on considère que la plupart des promoteurs de ces théories n'ont tenu aucun compte de la répartition de la population par âge et par sexe, de la proportion respective de ses éléments urbains ou ruraux et de son degré de « civilisation » générale ou médicale, trois facteurs dont l'importance, réelle ou apparente, nous paraît hors de conteste.

Nous avons vu plus haut que les races septentrionales paraissent un peu plus sujettes au cancer que les races méridionales; il est alors tout naturel de se demander si le *froid*, seul ou associé à quelque autre facteur météorologique, ne jouerait pas un certain rôle. Nous ne pouvons malheureusement répondre à cette question, qui ne semble guère avoir été étudiée, et pour laquelle nous manquons de documents. M. Kolb est le seul, à notre connaissance, qui s'en soit préoccupé en ce qui concerne l'Allemagne du Sud : il arrive, d'ailleurs, à une conclusion négative.

La situation sociale, c'est-à-dire la *richesse* ou la *pauvreté*, n'aurait à Hambourg, d'après M. Reiche, à Breslau, d'après M. Meffe, aucune influence sur l'étiologie du cancer. Les relevés de ces auteurs semblent cependant démontrer que les quartiers riches sont un peu plus épargnés par le cancer que les quartiers pauvres; mais, avant d'être affirmatif à cet égard, il faudrait connaître la répartition par âge et par sexe de la population dans les divers quartiers, le nombre des établissements hospitaliers ou autres que chacun d'eux contient et qui peuvent accroître la mortalité, etc... Disons, cependant, que l'impression générale des médecins et des statisticiens est actuellement que riches et pauvres possèdent la même réceptivité cancéreuse.

Pour apprécier l'influence des *professions*, il faudrait se livrer à un travail fort long et fort difficile — pour ne pas dire impossible —, consistant à comparer leur longévité respective, le nombre des individus qui s'y adonnent, leur répartition par âge, etc. Nous ne connaissons pas de documents qui permettent d'étudier chaque profession à tous ces points de vue.

Les relevés consignés dans la statistique de Christiania et concernant une période de vingt

(1) Les juifs, voués de préférence à des occupations non manuelles, ont de ce chef une longévité un peu plus grande que les chrétiens : le nombre des sujets âgés à Cracovie est donc chez les premiers un peu plus considérable que chez les seconds ; l'écart 311 — 266 doit être, par suite, légèrement augmenté.

(2) A. Haviland. The geographical distribution of cancerous diseases in the British Isles. (*Lancet*, 18 et 25 fév., 3 et 10 mars 1888.)

(3) E. N. Nason. The influence of locality on the prevalence of malignant disease. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars 1898.)

(4) Entre autres M. W. H. Symons pour la ville de Bath (*Brit. Med. Journal*, 19 nov. 1898, p. 1571), et M. G. Melmoth Scott pour l'East-Essex (*Brit. Med. Journ.*, 18 août 1900).

(5) M. Geirsvold. Om kraeft i Norge. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai 1901.)

(6) K. Kolb. Die Verbreitung der bösartigen Neubildungen in Süddeutschland und Schlussfolgerungen über ihre Aetiologie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.)

ans ne fournissent que des données contradictoires (1); on peut en dire autant des tableaux de l'enquête allemande (2). Ni les uns ni les autres ne permettent de supposer que telle profession est plus atteinte que telle autre; ils laissent en tout cas supposer que la richesse ou la pauvreté sont sans influence marquée.

Pour donner un exemple de la facilité avec laquelle on peut se tromper et de la prudence qu'il faut apporter dans ces questions statistiques, nous résumerons les recherches de M. Laspeyres sur l'influence que peuvent avoir, dans la province rhénane, les industries minières, métallurgiques ou textiles sur le développement du cancer.

Si l'on réunit les districts de la province rhénane par groupes plus spécialement consacrés aux industries en question, on obtient pour chacun d'eux les mortalités cancéreuses suivantes (par 100,000 habitants):

Mines	35
Métallurgie	39
Industrie textile	42

Un observateur superficiel conclurait immédiatement que l'industrie textile prédispose au cancer. Mais si l'on réfléchit que l'industrie minière est la plus meurtrière et qu'elle a donc grand'chance d'occuper moins de sujets âgés que l'industrie textile, on est amené à penser que les écarts entre les chiffres précédents sont surfaits. On en a la preuve indirecte, quand on compare *âge par âge* la mortalité de ces divers districts: si les tisseurs ou les ouvriers métallurgistes mourraient positivement davantage par cancer que les mineurs, nous devrions trouver à chaque âge cette supériorité; or, il n'en est rien; dans les districts de tissage, de métallurgie ou de mines, on retrouve à chaque âge la même mortalité, ou à peu près.

L'étude des professions, dans l'enquête allemande, a en tout cas conduit M. Hirschberg à une constatation assez curieuse: quelques cancers se rencontreraient de préférence dans certaines professions. C'est ainsi que les servantes de brasserie, les domestiques seraient plus exposées au cancer génital que les rentières; que celles-ci seraient plus sujettes au cancer du sein; que le cancer cutané serait très commun chez les agriculteurs et celui des organes respiratoires chez les ouvriers métallurgistes, etc. Ces observations sont intéressantes, mais il est très possible qu'elles se ramènent simplement à une question d'âge ou de situation sociale. Nous savons que le cancer génital est le plus précoce et nous dirons que le cancer cutané est le plus tardif; il est connu, d'autre part, que les agriculteurs et les rentiers vivent plus longtemps que les ouvriers; l'on verra enfin bientôt que les célibataires sont plus sujettes au cancer du sein que les femmes mariées: la combinaison de ces différentes données peut expliquer, au moins dans une certaine mesure, les observations de l'enquête allemande, car les filles de service vivent moins longtemps que les rentières, les agriculteurs plus longtemps que celles-ci ou celles-là, et c'est parmi les rentières que se rencontrent le plus de célibataires.

M. J. F. Payne (3) a également dressé pour l'Angleterre un tableau de la mortalité du cancer par profession, où les chiffres représentent le rapport de cette mortalité à la mortalité générale de la profession. La mortalité du cancer étant pour toute l'Angleterre de 47 pour 1,000 décès, nous voyons que parmi les professions dépassant cette moyenne se rencontrent les ramoneurs, les brasseurs, les aubergistes, les garçons d'auberge, les voyageurs de commerce, les avocats ou avoués, les marins, les laitiers, les journaliers, les bouchers. Parmi celles qui restent au-dessous de 47 ‰, nous trouvons les médecins, les agriculteurs, les mineurs en charbon, les membres du clergé, les épiciers, etc. Il est facile de comprendre que ces relevés n'ont qu'une valeur très relative, puisque la longévité de chacune de ces professions est différente: ainsi la question du cancer des ramoneurs, entre autres, peut être soumise à revision. Il se dégage cependant du tableau précédent une impression que M. J. Payne n'a pas manqué de faire valoir, bien qu'avec réserve: *il semble que les personnes portées à abuser de l'alcool soient plus sujettes au cancer que les autres.*

A ce dernier point de vue, on s'étonnera peut-être que nous n'ayons pas rapproché l'une de l'autre les tables de mortalité cancéreuse des tables de consommation de l'alcool ou de la mortalité par alcoolisme. En ce qui concerne la mortalité par alcoolisme, les chiffres indiqués sont généralement faibles et ne se rapportent guère qu'à l'alcoolisme aigu, le moins dangereux! Chercher, d'autre part, dans les statistiques, les rubriques des maladies imputables à l'alcoolisme est facile pour certains pays, impossible pour d'autres. Quant aux taux de la consommation de l'alcool — abstraction faite des erreurs et des fraudes —, on ne peut guère les comparer: il est moralement certain qu'un Norvégien ou un Islandais supportera une dose d'alcool qui tuerait un Napolitain. Enfin, comme nous l'avons dit bien souvent, les diverses statistiques sur le cancer ne peuvent être comparées d'un pays à un autre.

Pour être juste, cependant, car il ne faut pas faire de l'alcoolisme le bouc émissaire de toute la pathologie, nous ferons remarquer que l'enquête hollandaise (1) n'incrimine l'alcool que dans 23.4 % des cas; l'enquête allemande, dans 14.7 % des observations masculines et 0.9 % des observations féminines; l'enquête belge (2), dans 0.4 % des faits. La syphilis, le nicotinisme, et quelques autres facteurs, à s'en rapporter aux chiffres de ces enquêtes, joueraient un rôle encore plus effacé.

Quant aux données statistiques que nous possédons sur l'influence des *diathèses*, elles sont encore plus vagues que celles qu'on peut faire valoir pour ou contre l'alcoolisme. Nous en dirons autant de celle des *régimes diététiques*: M. Lyon accuse les herbages, M. W. R. Williams (3) incrimine, au contraire, l'accroissement de la consommation de la viande durant ces cinquante dernières années. Mais l'hypothèse de M. Lyon repose sur une proposition qu'à notre avis il n'a pas démontrée: celle de la plus grande fréquence du cancer chez les Allemands de la ville de Buffalo. Quant à celle de M. Williams, remarquons d'abord que l'auteur est végétarien, et ensuite que les classes riches, les plus portées à abuser de l'alimentation carnée, ne semblent nullement plus sujettes au cancer que les classes pauvres.

De tous les facteurs étiologiques, c'est encore l'*hérédité*, directe ou collatérale, qui paraît le plus important: d'après les enquêteurs hollandais elle est mentionnée dans 18.1 %, d'après les enquêteurs belges dans 16.6 %, et d'après les enquêteurs allemands dans 17 % des observations. Ces proportions dépassent assez notablement celles qui ont été fournies jusqu'ici, et qui atteignent tout au plus 13 ou 15 %. La raison probable en est que ces enquêtes ne concernent pas uniquement des clients d'hôpitaux, comme c'est le cas de la plupart des relevés publiés antérieurement, mais des malades de toute catégorie et peut-être même une très forte proportion de sujets appartenant aux classes aisées de la population. Or, l'on sait que dans celles-ci les souvenirs de famille, même pathologiques, sont beaucoup mieux conservés que dans le peuple, et il est très possible qu'en s'adressant uniquement aux classes aisées, on obtienne un pourcentage encore supérieur.

Il faut remarquer que ces proportions de 16, 17 ou 18 % sont plus fortes qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord: elles résultent, en effet, des déclarations des malades, concernant un père, une mère, un oncle ou même des grands parents décédés le plus souvent depuis bien des années. Or, il y a dix ans, vingt ans, trente ans, les diagnostics de cancer — comme en font foi les statistiques — étaient beaucoup moins souvent portés que de nos jours. Il est donc à présumer que dans dix ans, vingt ans, trente ans d'ici, même en admettant que la fréquence du cancer demeure stationnaire, on trouvera des commémoratifs héréditaires dans deux fois plus d'observations que de nos jours.

Si l'hérédité joue un rôle dans la propagation du cancer, il est assez naturel que ce dernier augmente de fréquence avec le temps; mais pour que cette augmentation fût très sensible, il faudrait que l'influence héréditaire fût capable de se propager d'une manière habituelle, non seulement aux enfants, mais encore aux petits-enfants; or, à s'en rapporter à l'enquête allemande, les grands parents sont bien rarement mis en cause au point de vue de l'hérédité: ils ne figurent que pour 74 cas sur 1,563 observations où le père, la mère, un frère, une sœur ou d'autres parents se trouvaient avoir succombé antérieurement au cancer.

III

Durant ces dernières années, tout en soutenant la fréquence plus grande du cancer, on a émis l'opinion que *le carcinome survenait chez des sujets plus jeunes* qu'autrefois.

Dans son travail, M. Wutzdorff s'est spécialement occupé de cette question d'âge pour la Prusse, et un de ses tableaux permet de la résoudre aisément. De 1876 à 1898 le cancer a passé d'une mortalité de 24.3 à 57.3 par 100,000 habitants de tout âge, c'est-à-dire qu'elle a presque doublé; or, d'un an à soixante ans elle est généralement restée un peu au-dessous de ce taux d'accroissement, tandis qu'à partir de soixante ans elle atteint parfois le triple de ce qu'elle était en 1876. La solution cherchée est non moins évidente, quand on vient à étudier le rapport existant entre la fréquence du cancer aux différents âges; on voit, par exemple, qu'en 1876, le cancer des sujets masculins de soixante à soixante-dix ans est 127 fois plus commun que celui des sujets de quinze à vingt ans; en 1898, il l'est 151 fois. Des résultats analogues s'obtiennent pour les deux sexes, quand on compare les âges placés aux extrêmes de la vie. *Cette constatation exclut donc absolument l'idée que de nos jours le cancer atteindrait des sujets relativement plus jeunes qu'autrefois: c'est le contraire qui est vrai* (1).

La question de l'*âge* où se rencontre le plus grand nombre de cancéreux n'offre pas grand intérêt. Nous voulons en dire cependant un mot pour redresser une erreur statistique courante.

Les classes de la population de cinquante à soixante ans étant beaucoup plus fournies que celle de soixante à soixante-dix et au delà, il ne faut pas s'étonner si les cancéreux que nous rencontrons appartiennent surtout à cet âge. Mais ce serait une erreur de croire, comme le

(1) Voir « Beretning om folkemängden og sundhetstilstanden i Kristiania i aaret 1890 », p. 30.

(2) E. von Leyden, Kirchner et Hirschberg. Bericht über die vom Komitee für Krebsforschung am 15. Oktober 1900 erhobene Sammelforschung. Iéna, 1902.

(3) J. F. Payne. A lecture on the increase of cancer. (*Lancet*, 16 sept. 1899.)

(1) J. M. Huizinga, W. Nolen et J. Veit. Resultaten van het onderzoek naar de frequentie van kanker in Nederland. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 oct. 1901.)

(2) Gallet et Deschamps. Enquête sur le cancer en Belgique; étiologie et traitement. (*Presse méd. belge*, 19 et 26 juillet et 2 août 1896.)

(3) W. R. Williams. Remarks on the mortality from cancer. (*Lancet*, 20 août 1898.)

(1) Cette constatation serait, à notre avis, le plus sérieux argument en faveur d'une augmentation réelle dans la fréquence du cancer, *supposé* que la réceptivité des jeunes sujets fût demeurée constante. Mais à quel pourcentage exact répond cet accroissement, ceci est bien difficile à dire, puisque les organes atteints par le cancer varient suivant l'âge et que les variétés inaccessibles ou d'un diagnostic difficile sont un peu plus communes dans la vieillesse.

disent la plupart des auteurs, que cette période est celle du maximum de fréquence du cancer; en réalité, ce maximum tombe beaucoup plus tard : d'après la statistique prussienne pour 1900, il se rencontre entre soixante et soixante-dix ans pour l'homme, mais plus près de soixante-dix que de soixante, entre soixante-dix et quatre-vingts ans pour la femme (1); d'après celle de M. J. F. Payne, pour l'Angleterre et le pays de Galles, entre soixante-cinq et soixante-quinze ans pour l'homme, au delà de soixante-quinze ans pour la femme. En Norvège, les résultats sont analogues, avec cette différence que le maximum est à peu près le même pour les deux sexes (entre soixante-dix et quatre-vingts ans). La Suisse se comporte à cet égard comme la Norvège.

En résumé, *l'âge du maximum de fréquence du cancer paraît être* — en chiffres ronds — *soixante-dix ans pour l'homme, soixante-quinze ans pour la femme.*

Il est à remarquer que, pour les divers cancers, la fréquence maxima ne porte pas toujours sur le même âge. On a déjà vu, en effet, que le cancer génital de la femme est de tous le plus précoce. M. Reiche (2) a essayé de calculer cet âge de la fréquence maxima de quelques cancers, d'après les données statistiques de la ville de Hambourg, et l'on pourrait être tenté de l'imiter avec les chiffres autrement plus considérables de la statistique suisse (d'après M. Nencki) ou de l'enquête allemande du 15 octobre 1900. Mais ces pénibles calculs n'auraient pas même le mérite de l'exactitude.

En effet, les statistiques en question nous indiquent seulement l'âge des cancéreux, et non le rapport existant à chaque âge entre le nombre des cancéreux de tel ou tel organe et le chiffre total de la population de même âge. Pour le cancer de l'utérus, par exemple, c'est de quarante-cinq à cinquante-cinq ans qu'on trouve le plus grand nombre de malades; mais l'âge auquel le cancer de l'utérus fait *proportionnellement* le plus de victimes est, au moins pour la Suisse, celui de soixante à soixante-dix ans. Les conclusions de M. Reiche ou celles qu'on peut tirer de statistiques analogues n'ont donc qu'une valeur toute relative : nous nous bornerons à faire remarquer que, d'après elles, chez l'homme les cancers de l'estomac, de l'œsophage, du foie et du rectum comptent parmi les plus précoces, alors que ceux de la prostate et du visage (3) sont parmi les plus tardifs. Chez la femme, c'est le cancer génital (sein et utérus) qui est le plus précoce; après viennent celui du tube digestif (estomac, œsophage, foie, rectum) et celui de la langue et de la face (4).

IV

Il ne nous reste plus qu'à étudier les statistiques — celles, du moins, qui s'y prêtent — au point de vue *épidémiologique*.

MM. Haviland (1), Rébullet (2), Arnaudet (3), O. Guelliot (4), Ch. Fiessinger (5) ont été les premiers à signaler des foyers de cancer dans certaines petites villes ou villages. MM. Behla (6), en Allemagne, Axel Johannesen et Haasted, en Norvège, Nason, Lloyd Jones (7), Lyon, en Angleterre ou en Amérique, et quelques autres encore (8), ont suivi le mouvement donné par M. Haviland et nos compatriotes. Tantôt on accuse une ville ou un village d'être un foyer de cancer, tantôt un quartier, tantôt même de simples maisons (*cancer-houses*).

Après les *endémies cancéreuses*, ou en même temps qu'elles, on a dénoncé les *épidémies cancéreuses* et la *contagion du cancer*.

Bien que toutes ces expressions ne soient pas synonymes, nous sommes forcé de les réunir, parce que certains arguments peuvent plaider pour ou contre une ou plusieurs des diverses idées qu'elles symbolisent.

Disons tout d'abord que, s'il existe des endémies ou des épidémies cancéreuses, il ne règne pas une grande union sur les facteurs qui les favorisent : les uns accusant les terrains alluvionnaires (Haviland), d'autres les terrains tertiaires (Kolb), d'autres l'usage des herbacées (Lyon), d'autres le voisinage des arbres (Lloyd Jones), etc. Mais, après tout, peu importe la cause : l'essentiel est de savoir s'il existe réellement des endémies ou des épidémies cancéreuses.

A côté des faits positifs relatés par les divers auteurs que nous venons de nommer, il est bon de remarquer que des faits négatifs — ne concernant pas de simples bourgades, mais de grandes villes — ont été publiés par MM. Reiche, Scholten, Symons.

A Hambourg, M. Reiche (9), qui a étudié soigneusement la distribution du cancer au point de vue des quartiers, des eaux, du cours de l'Elbe et de divers autres facteurs étiologiques possibles, n'a rien pu relever en faveur d'une endémie locale.

A Leyde, M. Scholten (10) a dressé une carte de la distribution du cancer et, quand l'on tient compte avec lui de la densité de la population, cette carte n'offre rien non plus qui puisse faire admettre une influence endémique ou épidémique locale.

D'autres auteurs ont recensé les maisons où s'étaient produit des cas de cancer et le nombre de ces cas.

A Cambridge, d'après M. Lloyd Jones, plus de 400 maisons sur 5,000 ont été visitées par le cancer : si dans certains quartiers une maison sur deux, et dans d'autres une seulement sur 62, ont été habitées par des cancéreux, l'auteur convient cependant que les maisons ayant abrité deux ou plusieurs cancéreux de suite sont extrêmement rares.

A Buffalo, sur 2,005 cas de cancer, 91 seulement se produisirent par 2 ou par 3 (dans 41 maisons). L'intervalle séparant ces divers cas fut de moins de cinq ans pour la moitié, et de moins de dix ans pour les trois quarts d'entre eux (Lyon).

Sur les 722 observations recueillies par l'enquête belge, 3 fois le cancer s'était montré dans une maison où on l'avait déjà constaté antérieurement (1 fois dans 1 cas, 2 fois dans 2 cas).

Sur les 12,179 cas sur lesquels a porté l'enquête allemande, il en est survenu 84 dans un appartement et 192 dans une maison ayant abrité précédemment des cancéreux.

A Bath, M. Symons (1) a relevé 1,350 décès par cancer depuis 1860; il a pu identifier l'habitation pour 1,319 d'entre eux : sur ce nombre 1,204 ont été isolés; 115 étaient groupés par 2 ou par 3 dans la même maison.

Les faits qui précèdent prouvent au moins que le cancer est généralement fort disséminé. Il y a bien, par-ci par-là, quelques cas agglomérés, mais, pour en tirer parti en faveur de l'endémicité ou de l'épidémicité cancéreuse, il faudrait nous dire quelle était la capacité de ces maisons par rapport aux autres, quel était le genre d'habitants qu'elles contenaient, etc. Il est bien évident qu'une maison avec de nombreux ménages risque d'abriter des cancéreux un peu plus souvent qu'un hôtel particulier; de même, un « quartier de vieux rentiers » fournira plus de cancéreux qu'une cité ouvrière où les enfants pullulent et où les « vieux », s'ils ne sont déjà morts à la peine, sont volontiers relégués dans les hospices.

Remarquons enfin que les *saisons* n'exercent aucune influence constante sur la mortalité cancéreuse, ce qui n'est généralement pas le cas pour les maladies endémiques ou épidémiques. Pour les très grandes villes, comme Paris, on pourrait objecter qu'il se produit un certain balancement des épidémies, qui arrive à masquer leur caractère; mais dans les villes plus modestes, telles que Chemnitz (2), il semble qu'on soit bien obligé d'enregistrer le fait sans arrière-pensée.

Cependant, de ce que le caractère endémique ou épidémique du cancer ne repose encore sur aucune base statistique irréfragable, faut-il le nier?

Ce serait peut-être imprudent. Toutefois, il convient d'attirer l'attention sur quelques vices des statistiques présentées en faveur des épidémies ou des endémies cancéreuses.

Dans presque toutes ces relations (Arnaudet, Rébullet, O. Guelliot, Behla, Oostraa), le médecin et le statisticien sont confondus dans la même personne. Sans mettre en doute ni la bonne foi ni le jugement scientifique du médecin, il est incontestable que celui dont la pensée est préoccupée par le cancer le méconnaîtra bien moins souvent qu'un autre.

De plus, aucun des observateurs n'a tenu compte jusqu'ici de la répartition des populations par âge et par sexe, ce qui, à notre avis, est une omission grave.

Ensuite la plupart de ces épidémies ou endémies cancéreuses nous viennent de toutes petites villes ou villages : a-t-on pris garde aux relations de parenté pouvant exister entre les personnes frappées? Il est vrai que les « épidémistes » sont généralement « contagionnistes » et expliquent l'hérédité par la contagion. Nous dirons tout à l'heure ce qu'on peut penser de celle-ci : bornons-nous à constater que l'argument peut servir à deux fins.

Et pour terminer, il est, en quelque sorte, mathématiquement certain que les coïncidences frappantes ont beaucoup plus de chances de se produire dans les petites villes, où les chiffres sont peu élevés, que dans les grandes, ce qui

(1) Voici cette statistique :

	Hommes.	Femmes.
	(par 100,000)	
0 — 1 an	3.7	2.6
1 — 2 ans	2.2	3.1
2 — 3 —	2.9	2.3
3 — 5 —	2.1	1.6
5 — 10 —	0.9	1.1
10 — 15 —	1.2	1.3
15 — 20 —	2.6	2.3
20 — 25 —	3.0	5.3
25 — 30 —	6.2	10.2
30 — 40 —	19.1	33 3
40 — 50 —	80.4	105.5
50 — 60 —	227.3	221 2
60 — 70 —	436 9	377.4
70 — 80 —	390.6	366 7
80 et au-dessus	299 7	315.6

(2) F. Reiche. Beiträge zur Statistik des Carcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 et 22 fév. 1900.)

(3) Les agriculteurs vivant plus longtemps que les citadins, on peut expliquer ainsi pourquoi les premiers sont surtout atteints par le cancer cutané.

(4) Nous n'insistons pas davantage sur ce problème qui relève surtout de l'étiologie de chaque cancer en particulier. Bornons-nous à signaler les tableaux très détaillés de M. Nencki, pour la Suisse, de 1889 à 1898 : ils comprennent plus de 35,000 cas de cancer et donneront une excellente base pour le calcul ici visé, dès que les résultats détaillés du recensement de 1900 auront paru.

(1) A. Haviland. (*Loc. cit.*)

(2) Rébullet. Fréquence du cancer dans un bourg de Normandie. (*Normandie méd.*, 1er avril 1889.)

(3) Arnaudet. Nouvelle contribution à l'étude du cancer en Normandie. (*Normandie méd.*, 1er et 15 avril 1890.)

(4) O. Guelliot. La contagion du cancer. (*Gaz. des hôpit.*, 12 nov. 1892.)

(5) Ch. Fiessinger. La pathogénie du cancer. (*Rev. de méd.*, janv. 1893.) — Nouvelles recherches sur l'étiologie du cancer. (*Rev. de méd.*, août 1893.)

(6) R. Behla. Ueber vermehrtes und endemisches Vorkommen des Krebses. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 1898, XXIV, p. 780, 829, 875 et 919.)

(7) Lloyd Jones. (*Brit. Med. Journ.*, 23 juillet 1898, p. 261.)

(8) Notamment M. Oostraa, pour le canton d'Anna Paulovna, sur les bords du Zuyderzée. (D'après l'enquête hollandaise.)

(9) F. Reiche. Zur Verbreitung des Carcinoms. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 sept. 1900.)

(10) R. Scholten. Een bijdrage tot de carcinoomstatistiek. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 nov. 1901.)

(1) Cancer in relation to the dwelling. (*Brit. Med. Journ.*, 19 nov. 1898, p. 1571.)

(2) Voir « Mitteilungen des statistischen Amtes der Stadt Chemnitz, 1885, 6 et 7, p. 69 »; l'influence saisonnière y est étudiée pour une période de dix ans.

explique que celles-ci n'aient fourni jusqu'ici aucun argument sérieux en faveur de l'épidémicité ou de l'endémicité cancéreuses (1). Comme l'a dit le professeur de Morgan, « si un nombre suffisant de personnes était occupé à jouer à pile ou face, il arriverait à la longue qu'une d'elles retournât face mille fois de suite ». Le raisonnement est ici poussé jusqu'à l'absurde, mais les relations d'épidémies cancéreuses sont bien loin d'exiger pareil effort.

V

La question de la *contagion* du cancer se lie de près à celle des endémies ou épidémies cancéreuses. Nombreux sont les exemples qu'on en a cités. Elle est bien difficile à résoudre par la statistique. Nous possédons cependant quelques chiffres que l'on peut utiliser à ce point de vue.

Il semble évident que, si le cancer est contagieux, le cancer conjugal ou *cancer à deux* doit occuper une place de choix. Il est même incontestable que lorsque le cancer, chez les deux conjoints, présente un siège génital, il y a de fortes présomptions en faveur tout au moins d'une inoculation. Mais le cancer étant très loin d'être toujours imputable à une inoculation directe, il faut se rabattre sur la contagion.

Voici donc ce que nous apprennent les enquêtes hollandaise, belge et allemande sur le cancer conjugal. En Hollande, sur 878 cancéreux ou cancéreuses, 11 avaient eu un conjoint atteint de cancer; en Belgique, sur les 722 observations de l'enquête, une seule fait mention d'un époux cancéreux; en Allemagne enfin, sur 12,179 observations, 280 signalent le cancer chez le conjoint. Laissons de côté, si l'on veut, les chiffres de la Hollande et de la Belgique, un peu faibles et discordants, et contentons-nous d'étudier les chiffres allemands, dont l'importance met plus facilement à l'abri des erreurs.

Si l'on vient à réfléchir que les 12,179 observations allemandes comprennent quelque 2,800 veufs ou veuves, on arrive à cette conclusion qu'une fois sur dix environ le conjoint prédécédé d'un cancéreux aurait succombé au cancer. Cette proportion est énorme : étant donné qu'en Allemagne, à l'heure actuelle, il ne meurt pas 0.33 cancéreux sur 100 habitants de plus de quarante ans — l'âge d'élection du cancer —, il faudrait conclure que les veufs ou veuves cancéreux ont eu parmi leurs époux 33 fois plus de cancéreux que les autres veufs ou veuves d'Allemagne, ou, en d'autres termes, que le conjoint d'une personne cancéreuse serait 33 fois plus sujet au cancer que l'époux d'un individu non cancéreux.

Cette conséquence est évidemment favorable à la contagion matrimoniale; elle l'est même beaucoup trop. Si une personne veuve et cancéreuse, sur 10, a eu un époux cancéreux, comment se fait-il que nous ne puissions citer tous les jours des exemples de cancers conjugaux? On en a relaté de nombreux, j'en conviens, mais leur total est bien restreint à côté de la colossale proportion que nous discutons.

Guidés par cette considération, toute d'*a priori*, nous avons donc cherché à contrôler les renseignements de l'enquête allemande avec d'autres données de cette même enquête.

Si le seul fait d'être marié décuplait et au delà les chances de cancérisation, il est bien évident que les gens mariés devraient offrir un pourcentage de cancéreux infiniment supérieur à celui des célibataires; il s'agit donc de déterminer, d'une part, la proportion des cancéreux célibataires ou mariés parmi les 12,179 observations de l'enquête allemande, et, d'autre part, la proportion des mêmes catégories sociales dans l'ensemble de la population.

(1) A Paris, d'après M. O. Guelliot, ce seraient toujours les mêmes arrondissements qui sont le plus atteints. Mais il y aurait lieu d'étudier ce fait à nouveau en tenant compte de la population, des âges, des sexes, des maisons de santé, des hôpitaux, etc., dans chacun de ces arrondissements.

En ce qui concerne les hommes, l'enquête allemande comprend 442 célibataires et 3,988 non-célibataires, c'est-à-dire que les premiers forment en chiffres ronds 10 % du total; presque tous ont dépassé la quarantaine (1). Dans la population allemande masculine de plus de quarante ans, on compte seulement 8.3 % de célibataires, ce qui tendrait à prouver que c'est le célibataire qui est le plus cancérisable. Mais, pour être juste, n'oublions pas qu'il y a, parmi les célibataires allemands âgés de plus de quarante ans, un peu plus de vieillards que parmi les non-célibataires. En tenant compte de ce phénomène statistique, on s'aperçoit qu'hommes mariés et vieux garçons, après la quarantaine, ont à peu près les mêmes chances de cancérisation.

En ce qui concerne les femmes, le résultat est fort analogue. L'enquête indique 929 célibataires contre 6,756 non-célibataires, soit une proportion de 12 % des premières. Or, dans l'empire allemand les femmes âgées de plus de quarante ans comptent 10.7 % de célibataires. Les femmes célibataires ayant après quarante ans la même longévité que les femmes mariées, veuves ou divorcées, il en résulte qu'elles ont une mortalité cancéreuse un peu supérieure à celle de ces dernières. Mais la différence est légère et il est prudent de ne pas s'en prévaloir.

Nous sommes donc en droit de conclure que *le mariage ne crée pas de prédisposition à l'égard du cancer en général* et, par suite, que *la contagion entre époux est plus que douteuse.* Nous savons bien que « célibataire » n'est pas synonyme de « vierge », mais il est bien évident, d'autre part, que s'il est des vierges, c'est parmi les célibataires qu'on les rencontrera.

Une statistique italienne (2) confirme de tout point et d'une manière irréfragable cette conclusion : un de ses tableaux indique, en effet, *par âge* et *par sexe* la proportion de sujets cancéreux mariés, veufs ou célibataires. On y voit que sur 100,000 individus de chacun de ces groupements le nombre des décès cancéreux est au même âge et dans le même sexe à peu près exactement le même : si un d'eux est un peu plus atteint, c'est plutôt celui des célibataires.

Un autre tableau de l'enquête allemande vient appuyer — très indirectement, j'en conviens, et avec des chiffres un peu faibles — la conclusion précédente. Dans ce tableau, M. Hirschberg indique, en regard des 280 cas où l'infection conjugale est présumable, l'organe où se développa le cancer chez l'époux infecté : on voit ainsi que les cancers des lèvres, du sein et des organes génitaux y figurent en une proportion un peu moins forte que parmi les autres cas de l'enquête. Or, si la contagion existait, ce sont bien les organes en question qui devraient la trahir!

Mais comment se fait-il alors, peut-on nous objecter, que 280 veufs ou veuves sur les 2,800 de l'enquête allemande aient eu un conjoint atteint de cancer? Car de deux choses l'une : ou bien les raisonnements précédents sont faux, ou bien les malades et leurs médecins ont menti! Nous avons toutes raisons de croire que nos raisonnements sont justes, mais il ne s'ensuit pas que les malades ou leurs médecins aient menti; nous croyons simplement qu'ils furent tendancieux sans le vouloir. En ce qui concerne les malades, tous les médecins savent combien volontiers ils sont contagionnistes : chaque jour ils nous demandent, et avec raison, si telle ou telle affection est capable de se propager, et, quand un des leurs a succombé — si peu que le cas s'y prête —, ils rattachent volontiers leur propre mal aux événements malheureux de leur famille. Quant aux médecins allemands, tout pénétrés des idées qui fermentent actuellement sur l'origine du cancer, ils ont dû, pensons-nous, croire au cancer un peu plus que de juste : quand les malades ont parlé de tumeurs, de catarrhes, d'inflammations chroniques, etc., ils ont dû passer toute cette anamnèse au compte du cancer. C'est là, sans doute, qu'il faut chercher la raison du désaccord existant entre les conclusions des chiffres et les témoignages des enquêteurs.

(1) L'enquête allemande n'indique malheureusement pas l'état civil par âge; mais les cancéreux de moins de quarante ans étant fort peu nombreux, l'erreur en résultant peut être négligée.

(2) Citée par Fr. Prinzing. Zur Häufigkeit der Todesfälle in Folge bösartiger Neubildungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 juillet 1902.)

Nous nous empressons d'ajouter, cependant, que si, entre les célibataires et les non-célibataires, on arrivait à démontrer une différence faible, mais constante, au détriment des gens mariés, nous l'accepterions volontiers; la *contagion* du cancer est en effet douteuse, mais l'*inoculabilité* du cancer nous paraît un fait certain, bien que peu fréquent. Il est vrai qu'entre la contagion et l'inoculation les barrières théoriques sont bien faibles : la contagion n'est après tout qu'une sorte d'inoculation mystérieuse, invisible, infinitésimale; mais alors faut-il s'étonner que, l'inoculation cancéreuse étant rare, la contagion le soit encore bien davantage? Le contraire serait même absurde ou démontrerait la fausseté de nos conceptions de pathologie générale le mieux établies.

On a soutenu et nié tour à tour l'influence du *mariage* sur le développement du cancer génital chez la femme. Cette question sort un peu de notre sujet, puisqu'elle a trait à un organe en particulier, mais elle présente un intérêt social tellement évident que nous devons essayer de la résoudre. D'ailleurs, certains arguments dont on s'est parfois servi dans cette discussion portent absolument à faux : M. H. Percy Dunn (1), par exemple, ayant vu dans une statistique de Gross que 88.2 % des femmes atteintes de cancer du sein étaient mariées et 11.8 % célibataires, en conclut sans hésiter que la maternité est un facteur capital de prédisposition cancéreuse et que « si les vierges d'Angleterre voulaient à ce point de vue maintenir leur *status quo ante* jusqu'à la fin de leur vie, la mortalité féminine du cancer deviendrait à l'avenir infinitésimale ». Et l'espèce humaine tendrait sans doute aussi vers zéro! Passons sur le paradoxe, mais remarquons avec un correspondant du *Lancet* (13 février 1886) que l'auteur use d'un « desperate logic ». Avant de se prononcer, il conviendrait, en effet, de savoir quelle était la proportion des célibataires dans la population qui fournit à Gross les éléments de la statistique précédente.

Nous ne possédons malheureusement pas de documents bien nombreux ni d'informations bien exactes pour discuter ce point. De toutes les statistiques d'état civil que nous avons parcourues, nous n'avons rencontré que celle de Milan (à partir de 1900 seulement) et celle du district de Columbia (2), qui indiquassent à la fois le siège du cancer et l'état civil des malades. Celle de Milan ne contient que des chiffres extrêmement faibles; par contre, celle de Columbia embrasse une période de vingt-cinq ans. Nous pouvons enfin consulter l'enquête allemande qui nous renseigne également sur les deux points en question.

Etudions d'abord la réceptivité des femmes mariées ou célibataires à l'égard du cancer génital proprement dit (utérus, ovaires, etc.).

Dans le district de Columbia, il s'est produit, de 1875 à 1900, 1,713 cas de cancer chez les femmes mariées ou veuves et 295 chez les célibataires : les cancers utérin et ovarien représentent 41.3 % de tous les cancers des premières (709 cas); ils ne constituent que 23 % de tous les cancers des secondes (68 cas). D'après l'enquête allemande, le cancer des organes

(1) H. Percy Dunn. Theory of cancerous inheritance. (*Lancet*, 23 janv. 1886.)

(2) Résumé *in* « Report of the Health Officer of the District of Columbia » pour l'année 1900, p. 296.

génitaux forme chez la femme mariée ou veuve 31.6 % de tous les cancers (2,138 cas sur 6,756), chez la célibataire 20.7 % seulement (192 cas sur 929). Il est donc évident, d'après ces chiffres, que la *maternité prédispose au cancer utérin* et nous ne voyons aucune raison morale ou statistique de mettre ces résultats en doute, étant donné qu'après quarante ans les femmes mariées et célibataires ont à peu près la même longévité.

En ce qui concerne le cancer du sein, on en a compté dans le district de Columbia, de 1875 à 1900, 345 cas chez les femmes mariées ou veuves et 78 chez les célibataires : chez les premières il représente donc 20.1 % et chez les secondes 26.4 % de tous les cancers. Dans l'enquête allemande on trouve que le cancer du sein constitue 22.4 % (1,515 cas) de tous les cancers de la femme mariée ou veuve et 37.8 % (351 cas) de tous les cancers de la femme célibataire. Il semble donc que le *célibat prédispose au cancer du sein*.

On pourrait être tenté de croire que l'une ou l'autre de ces conclusions sur le cancer du sein et de l'utérus contredit celle que nous avons tirée de l'enquête allemande sur l'égale aptitude du célibat et de l'état matrimonial à l'égard du cancer. Mais il n'en est rien, car ces diverses propositions se laissent parfaitement concilier, quand on vient à étudier les autres localisations du cancer soit chez la femme mariée, soit chez la femme célibataire : on s'aperçoit ainsi que cette dernière regagne en cancers du sein, de l'estomac, de la peau, du foie, etc., ce qu'elle perd du côté du cancer utérin (1).

Si donc, en dépit de localisations différentes chez la femme mariée ou célibataire, toutes deux sont également sujettes au cancer, la prédisposition cancéreuse apparaît comme une véritable *prédestination*. L'individu qui naîtrait avec le germe cancéreux ou qui l'acquerrait ultérieurement — peu importe comment — serait un être fatalement voué au cancer. Si son genre de vie, sa situation sociale ou toute autre cause mettent certains de ses organes plus ou moins à l'abri, le mal n'en éclate pas moins fatalement par ailleurs. L'éclosion du cancer serait ainsi comparable à la fuite d'un liquide en tension exagérée : on peut bien la prévenir ou l'arrêter en un point, mais aussitôt elle se reproduit ailleurs. Telle vieille fille septuagénaire qui succombe à un cancroïde de la face aurait peut-être, comme mère, été emportée vingt ans plus tôt par un cancer utérin.

Cette considération fataliste est peu consolante pour l'individu, mais elle est rassurante pour l'espèce. La singulière prophylaxie imaginée par M. H. Percy Dunn n'est plus seulement chimérique, elle devient irrationnelle, puisque le célibat ne fait que déplacer les prédilections régionales du cancer sans pouvoir éteindre l'activité de celui-ci (2).

Quant à la raison de cette étrange prédilection du cancer du sein pour la célibataire, nous ne pouvons nous l'expliquer : il est même singulier qu'au niveau de l'utérus l'activité physiologique favorise la dégénérescence de cet organe, alors qu'au niveau du sein c'est le contraire qui s'observe. Il est vrai que les deux organes n'ont aucune ressemblance physiologique; aussi, en l'absence du moindre indice nous permettant seulement d'entrevoir la nature du virus cancéreux, vaut-il mieux enregistrer simplement le fait sans lui chercher de vaines explications.

(1) Dans l'enquête allemande, les cancers du sein, chez la célibataire, se rencontrent, comme on a pu le voir, dans une proportion réellement colossale. Toutefois, nous pensons qu'il vaut mieux s'en tenir aux proportions du district de Columbia : celles-ci proviennent, en effet, des états civils et ont plus de chances d'être exactes que celles de l'enquête allemande, qui n'est après tout qu'un recensement plus ou moins bien fait.

(2) D'ailleurs la base du raisonnement de cet auteur était absolument erronée, puisqu'elle reposait sur ce principe que la femme mariée est plus sujette au cancer du sein que la femme célibataire, alors que c'est tout le contraire qui est vrai.

Mais si la contagion matrimoniale est peu effective, on peut se rabattre sur les *autres modes de contagion*, bien que la plupart d'entre eux soient beaucoup moins intimes. Abstraction faite des cas de transmission supposée entre époux, ou entre parents et enfants, l'enquête hollandaise laisse soupçonner la possibilité de la contagion dans 11 % des cas, l'enquête allemande dans 8.8 %, et l'enquête belge dans 1 % seulement : les modes de contagion ici visés sont l'habitation dans une maison à cancer, les relations de voisinage ou d'amitié avec un cancéreux, les soins médicaux donnés aux cancéreux, etc., etc. La date de la contagion remonte bien souvent à de très nombreuses années en arrière.

Nous pensons que même le chiffre de 11 % ne doit pas effrayer : le cancéreux *diagnostiqué* ne vivant guère plus d'un an ou deux, on peut admettre que là où il meurt 100 cancéreux par an, la société en possède tous les jours, présents dans son sein, de 100 à 150; en Hollande, ce chiffre correspond à une population de 110,000 âmes environ. Il suffit donc de démontrer que 11 % de cette population, soit 12,000 personnes à peu près, ont pu se trouver en rapports plus ou moins intimes avec un cancéreux au cours de leur existence. Rien n'est plus aisé, nous semble-t-il : entre les médecins, les gardes, les domestiques, les amis intimes, les co-locataires, les voisins et leur famille, il serait bien étonnant si chaque cancéreux n'avait pas un entourage plus ou moins intime de 15 ou 20 personnes; dans une population de 110,000 âmes, il y a donc tous les jours de 1,500 à 2,000 personnes qui frayent de plus ou moins près avec un cancéreux. Il suffira qu'il en soit ainsi pendant dix ou douze ans pour que 11 % des habitants, à un moment ou un autre, aient subi le contact ou le voisinage d'un cancéreux. Les estimations qui précèdent sont à la fois si naturelles et si modérées qu'on peut même s'étonner que la proportion de ces contagions supposées ne soit pas plus grande (1).

Parmi les divers modes de contagion visés par les enquêtes, nous devons un mot à ceux qui relèvent des soins médicaux. Ici l'intimité des relations est assez grande pour que la contagion, si elle existe, se révèle avec un certain éclat. Mais il faut avouer encore une fois que les chiffres ne fournissent aucun appui à cette opinion. Sur 878 observations, l'enquête hollandaise ne signale ni un médecin ni une garde-malade; sur 12,179 observations, l'enquête allemande indique « vingt à trente » cas où les soins donnés à un cancéreux parurent être une occasion de contagion; enfin, parmi les 722 observations de l'enquête belge, se rencontrent un médecin et un garde-malade. Considérez maintenant que l'immense majorité de ces observations concernent des adultes de plus de quarante ans; recensez alors les sujets âgés de plus de quarante ans d'Allemagne ou de Belgique et demandez-vous si un médecin *ou* un garde-malade (patenté ou non!) par 400 habitants de cet âge est une proportion exagérée! Dans l'enquête belge, MM. Gallet et Deschamps ajoutent encore que, depuis trente ans, ils ne se rappellent pas avoir observé de cancer chez les sœurs hospitalières et qu'ils ne connaissent aucun cas de cancer parmi les infirmiers; enfin, que depuis 1890 (c'est-à-dire depuis six ans et demi) aucun médecin n'était mort du cancer à Bruxelles. Nous avons vu plus haut également que, d'après M. J. Payne, les médecins anglais ont une mortalité cancéreuse inférieure à la moyenne générale, et dans l'enquête allemande on ne compte au total que 10 médecins (hommes) sur les 4,454 sujets masculins recensés, alors qu'en Allemagne il y a environ 3 médecins par 1,000 hommes de plus de quarante ans. Pour ces raisons nous sommes donc fondés à considérer pour l'instant le danger de la contagion d'origine médicale — nous ne disons pas de l'*inoculation;* mais les exemples en sont si rares! — comme une pure hypothèse.

(1) M. W. R. Williams (*Lancet*, 21 octobre 1899), qui impute à l'alimentation de plus en plus carnée de nos contemporains l'accroissement de la fréquence du cancer, invoque en faveur de sa thèse la rareté du cancer parmi les prisonniers, dont le régime est essentiellement végétarien. Abstraction faite de tous les facteurs que néglige l'auteur, et en particulier celui de l'âge, le fait précédent semble prouver au moins que la promiscuité n'entraîne pas une exagération de la fréquence du cancer.

Les auteurs contagionnistes expliquent l'hérédité par la contagion, sans l'ombre d'une preuve d'ailleurs. Mais il faut reconnaître que les partisans de l'hérédité pure ne sont pas mieux armés. Théoriquement, cette question peut donc se retourner dans les deux sens. Pratiquement, nous inclinons cependant pour l'hérédité pure. Nous avons vu, en effet, que la contagion matrimoniale et celle de malade à médecin ou de malade à infirmier sont tellement infinitésimales qu'on peut, jusqu'à plus ample informé, les déclarer nulles. Or, ces derniers modes de contagion — surtout le mode conjugal — ont beaucoup plus de chance d'être effectifs que la contagion entre parents et enfants ; les premiers étant nuls, nous avons toutes raisons de supposer qu'il en est de même pour la dernière.

Nous avons discuté, dans ce qui précède, le rôle des principaux facteurs accessoires, plus ou moins méconnus jusqu'ici, de la mortalité cancéreuse. Comme leur importance est parfois considérable, il est à souhaiter que les observateurs à venir les mesurent exactement, faute de quoi leurs théories pourraient bien être caduques d'emblée.

L'ensemble de notre travail prouve également une chose : l'immense parti que l'on pourrait tirer des statistiques dans l'étiologie du cancer. Exprimons donc le vœu que l'avenir les rende à la fois plus complètes et plus uniformes : la nomenclature internationale de M. J. Bertillon a été à ce point de vue un très grand progrès. Souhaitons aussi que leur étude se fasse sur un grand plan d'ensemble qui permettrait d'élucider toutes les inconnues — et elles sont nombreuses! — susceptibles d'une détermination statistique. On obtiendrait ainsi, à beaucoup moins de frais, de bien meilleurs résultats qu'avec ces bruyantes enquêtes, qui n'ont guère de valeur qu'au point de vue de l'anamnèse personnelle des cancéreux.

Dr R. de Bovis,
Professeur à l'Ecole de médecine de Reims.

MÉDECINE PRATIQUE

Examen de la vessie chez la femme par éclairage direct.

La cystoscopie, telle qu'on la pratique habituellement, est loin d'être exempte d'inconvénients ; elle nécessite, en effet, l'injection préalable dans la vessie d'une certaine quantité de liquide; or, ce liquide s'écoule en partie, pendant que le reste se trouble sous l'influence du suintement sanguin, sans compter que l'échauffement de cette masse liquide oblige d'interrompre de temps à autre l'exploration; enfin, le cystoscope ne fournit pas une image directe de la surface vésicale. En présence de cet état de choses, M. le docteur Dmitri de Ott, professeur de gynécologie à l'Institut clinique de la grande-duchesse Hélène Pavlovna, à Saint-Pétersbourg, s'est demandé si le procédé d'examen qu'il a proposé, sous le nom de *ventroscopie*, pour l'inspection des cavités abdominale et pelvienne (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 354), ne pourrait pas être appliqué, avec le même succès, à l'exploration de la vessie. Les essais que notre confrère a institués à cet égard n'ont fait que confirmer pleinement cette prévision.

Voici quel est le *modus faciendi* adopté par M. de Ott : la patiente étant couchée sur un plan incliné de 45°, on introduit dans la vessie deux valves courbes d'environ 6 centimètres de

long sur 1 centimètre de large; cette manœuvre a pour effet de faire pénétrer de l'air dans le réservoir urinaire et de le dilater de la sorte. Dans la concavité de l'une des deux valves est fixée une petite lampe à incandescence, ce qui permettrait non seulement de voir très bien l'intérieur de la vessie, mais aussi de pratiquer, au besoin, le cathétérisme des uretères, si celui-ci se trouvait indiqué, par exemple, en vue d'une intervention chirurgicale au cours de laquelle ces canaux pourraient être sectionnés.

L'anesthésie générale, sans être nécessaire, est cependant utile pour rendre l'examen plus facile et plus complet. Il va de soi que toutes les précautions d'asepsie sont de rigueur.

Le procédé en question présenterait l'avantage d'être très pratique, sans donner lieu au moindre inconvénient. D'après l'expérience de notre confrère, la dilatation de l'urèthre que nécessite cette cystoscopie directe n'entraînerait jamais d'incontinence d'urine.

Un procédé pour faciliter le diagnostic de l'appendicite.

Dans les cas où le tableau clinique semble militer en faveur de l'existence d'une appendicite, mais où le diagnostic ne laisse pourtant pas que d'être embarrassant, un médecin américain, M. le docteur L. Kirby (de Harrison), recommande de recourir au procédé d'exploration suivant : le malade est couché sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci fléchies sur l'abdomen, pendant que les pieds restent appuyés sur le plan du lit; en faisant maintenir par un aide les membres inférieurs dans cette position, on place la pulpe d'un doigt sur l'endroit le plus sensible de l'abdomen, qui est, en général, le point de McBurney, et on y exerce une pression lente, mais aussi énergique que le patient peut la supporter. Puis, tout en continuant cette manœuvre, on procède, à l'aide de l'autre main, à l'examen de la sensibilité des diverses parties de l'abdomen : s'agit-il réellement d'une inflammation de l'appendice cæcal, on ne tarderait pas à constater que toute la paroi abdominale est beaucoup moins sensible à la pression, pendant qu'on comprime ainsi le point de McBurney, qu'elle ne l'était auparavant.

LETTRES D'ITALIE

Rome, le 20 septembre 1902.

Du 15 au 20 septembre 1902 a été tenu, à Rome, le QUATRIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, auquel ont participé plus de 400 adhérents, représentant la plupart des pays des deux mondes.

La première des questions à l'ordre du jour était la suivante :

Indications médicales de l'interruption de la grossesse

dont le rapport avait été confié à MM. Rein (de Saint-Pétersbourg), Hofmeyer (de Wurtzbourg), A. R. Simpson (d'Edimbourg), Pinard (de Paris) et Schauta (de Vienne). Disons tout de suite que ces différents rapporteurs, à l'exception toutefois de M. Rein, ont été d'accord pour considérer comme assez limitées les indications de cette intervention, et pour déclarer qu'elles ne sauraient être fixées par une règle générale, mais doivent être tirées des particularités propres à chaque cas.

Ces indications, d'après M. Simpson, doivent être divisées en *fœtales* et *maternelles*; parmi les premières, il faut compter surtout la mort habituelle du fœtus : quand, au cours de grossesses antérieures, le produit de la conception a succombé à une époque déterminée, il est légitime d'interrompre la grossesse avant cette époque; pour ce qui est des indications maternelles, on les trouve chez deux catégories de femmes : celles qui sont atteintes d'une affection — préexistante ou intercurrente — dont le pronostic est assombri par la gravidité ou qui est de nature à modifier le pronostic de la grossesse elle-même; celles qui présentent des conditions pathologiques dont le développement est en rapport plus étroit avec l'état gravide. Le rapporteur cite la tuberculose, les vomissements incoercibles, certains cas d'hémorrhagies placentaires, les néphrites gravidiques, comme justiciables, à l'un de ces deux titres, de l'interruption de la grossesse.

M. Pinard envisage la question à un point de vue tout à fait général; après avoir affirmé encore une fois le principe du droit qu'a le médecin de choisir en toute liberté l'intervention qu'il croit le plus utile à la femme qui se confie à lui — et par conséquent d'interrompre la grossesse, le cas échéant, sans se laisser arrêter par aucune considération d'ordre religieux ou professionnel —, il déclare qu'à son avis on ne doit recourir à cette extrémité que si l'affection produite ou compliquée par la grossesse menace la vie de la mère, le fœtus étant d'ailleurs fatalement condamné, en pareille occurrence, si l'on n'intervient pas; c'est le cas, par exemple, dans les hémorrhagies internes, avec pouls battant plus de 100 fois à la minute, dans l'hydropisie de l'amnios, dans la môle, dans les graves toxémies gravidiques, dans les lésions avancées de l'appareil circulatoire ou urinaire, avec phénomènes menaçants. Par contre, les maladies chroniques de l'appareil respiratoire (tuberculose) ne constituent pas, pour le professeur de Paris, des indications à cette intervention. M. Pinard est, somme toute, peu favorable à l'interruption de la grossesse, qu'il n'a pratiquée que 20 fois sur 22,708 cas en dix ans.

M. Schauta passe en revue les diverses affections de la femme enceinte susceptibles de faire surgir l'éventualité de la provocation du part ou de l'accouchement prématuré. C'est surtout des cardiopathies qu'il s'occupe. Les maladies de cœur n'entraînent l'interruption spontanée de la grossesse que dans 20.2 % des cas; la mortalité infantile atteint la proportion de 25.5 %; en ce qui concerne les mères, on peut dire que 95 % des cardiaques peuvent supporter sans grand inconvénient les fatigues de la grossesse. Des diverses cardiopathies, la sténose mitrale est la plus grave à cet égard, et le rapporteur est d'avis que, au moindre signe démontrant que cette lésion cesse d'être compensée, il y a lieu d'intervenir. Les lésions valvulaires compensées ne constituent une indication que chez les femmes qui, au cours d'une grossesse antérieure, ont été mises en danger de mort par leur affection cardiaque; non compensées, ces lésions ne doivent commander l'intervention que si les moyens médicaux usuels se montrent impuissants.

M. Schauta est également interventionniste, et cela dès les premiers mois, chez les femmes atteintes de tuberculose — surtout laryngée — même au début, mais à lésions rapidement progressives, ainsi que dans les cas de tuberculose miliaire, où il interrompt la grossesse aussitôt que le fœtus est viable; par contre, il ne croit pas qu'il y ait avantage à mettre un terme à une grossesse déjà avancée, chez une femme présentant une tuberculose étendue. L'intérêt du fœtus nécessite l'intervention en cas de tumeurs cérébrales, d'hémiplégie, de tétanos, mais seulement quand la vie de la mère est irrémédiablement perdue. Quant aux albuminuries et néphrites, il considère l'interruption de la grossesse comme justifiée lorsque l'affection rénale apparaît avant le huitième mois, et, d'une façon générale, quand le régime lacté est sans effet, la néphrite passée à l'état chronique, le fœtus arrivé à complète viabilité; il en est de même dans l'éclampsie, lorsque les moyens médicaux échouent et que les accès, de plus en plus fréquents, aboutissent au coma. La rétinite albuminurique grave, les chloro-anémies intenses, les états cachectiques constituent également des indications. Par contre, la chorée gravidique, la pneumonie, les pleurésies, le pneumothorax ne nécessitent pas l'interruption de la grossesse, non plus que l'appendicite, les calculs biliaires, les tumeurs opérables, etc., qui doivent être traités comme s'il ne s'agissait pas d'une femme enceinte.

C'est exclusivement les indications tirées des affections rénales qu'a étudiées M. Hofmeyer. A son avis, dans la néphrite chronique, le danger d'éclampsie est minime; mais les troubles généraux sont tellement graves, et les risques de mort du fœtus tellement nombreux, que l'on doit, dans l'intérêt de la mère, interrompre la grossesse, à quelque époque que ce soit, dès que l'insuffisance de la cure habituelle a été constatée. Les néphrites gravidiques exposent au contraire à l'éclampsie et pour cette raison nécessitent elles aussi l'intervention, pour peu que les symptômes manifestent une tendance à s'aggraver. Dans la néphrite aiguë, par contre, il n'y aurait pas lieu d'intervenir.

M. Rein, avons-nous dit, est de tous les rapporteurs celui qui s'est montré le plus favorable à l'interruption de la grossesse; il l'a pratiquée 41 fois, du septième au neuvième mois, sur un total de 2,690 gravidités qu'il a observées en treize ans; de ces 41 interventions, 11 seulement tiraient leurs indications d'affections médicales, à savoir : 6 d'une néphrite, 4 d'une éclampsie, 1 d'une cardiopathie. Toutes les femmes guérirent, et 7 enfants furent sauvés. C'est surtout dans les néphrites et les maladies de cœur que M. Rein croit l'intervention indiquée.

La discussion qui a suivi n'a apporté aucun élément nouveau. Citons seulement M. Henrotay (d'Anvers) qui, contrairement à M. Pinard, estime que le médecin doit tenir compte des considérations religieuses ou professionnelles; M. Gutierrez (de Madrid), qui insiste sur la nécessité d'interrompre la grossesse dans les cas de mort habituelle du fœtus, survenant sans cause appréciable; M. La Torre (de Rome), enfin, qui rappelle qu'on ne doit jamais pratiquer une telle intervention sans avoir pris l'avis d'un confrère.

Dr F. LANDUCCI,
Directeur de la Maternité de Bergame.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La réfrigération par les pulvérisations de chlorure d'éthyle comme moyen de traitement des cancers.

C'est toujours avec une certaine réserve qu'il convient d'accueillir les nouveaux traitements préconisés contre les affections réputées incurables; aussi nous étions-nous abstenus de signaler jusqu'ici, en raison de leur petit nombre, les essais institués par M. le professeur F. Howitz (de Copenhague), pour traiter les tumeurs cancéreuses par la réfrigération. Notre confrère danois apportant aujourd'hui une statistique plus étendue à l'appui de sa méthode, nous croyons devoir faire connaître celle-ci à nos lecteurs : elle consiste simplement, après avoir curetté les parties atteintes, à diriger sur elles un jet de chlorure d'éthyle; cette petite opération est répétée tous les deux ou trois jours.

Sous l'influence de la réfrigération ainsi produite, on voit les tissus prendre une coloration blanche, qui survient plus lentement au niveau des parties cancéreuses, et cette particularité présente une certaine importance au point de vue diagnostique et thérapeutique. Les effets de ce mode de traitement se manifesteraient par la disparition des hémorrhagies et du suintement fétide, en même temps que des bourgeons charnus et une sécrétion purulente de bonne nature se développeraient aux lieu et place de l'ulcération cancéreuse, si bien que, tout le néoplasme une fois enlevé, la cicatrisation s'opérerait peu à peu; quant aux phénomènes douloureux, ils rétrocéderaient, du moins en tant qu'ils sont liés aux proliférations néoplasiques et que celles-ci sont accessibles à la réfrigération.

M. Howitz a appliqué ce procédé dans 34 cas concernant pour la plupart des cancers inopérables de l'utérus et du vagin, ou encore des récidives opératoires; dans ces conditions, la méthode en question ne pouvait guère avoir qu'une valeur palliative. Toutefois, la guérison d'une femme atteinte d'un cancer du col, et traitée d'emblée par la réfrigération, semble démontrer que ce procédé peut être également curatif, d'autant plus que, chez une autre malade ayant succombé aux suites d'une généralisation cancéreuse, le microscope révéla, dans les parties soumises aux pulvérisations, l'absence de tout élément néoplasique.

Bien que la réfrigération agisse sans doute par mortification des tissus, notre confrère n'a jamais eu à enregistrer le moindre accident imputable à sa méthode, tel que destruction ou perforation d'organes voisins. Le seul inconvénient de ce mode de traitement est sa longueur : ce n'est qu'après plusieurs semaines, voire même

davantage, qu'on obtiendrait la transformation de l'ulcère cancéreux en plaie de bonne nature.

Ajoutons que, dans le but de produire une réfrigération plus intense, M. Howitz a essayé d'associer au chlorure d'éthyle l'acide carbonique liquide ou neigeux; mais c'est là une complication qui rend la technique moins aisée, sans offrir d'avantage appréciable.

Les inconvénients de l'emploi de la cocaïne dans la pratique oculistique.

Le praticien est généralement porté à prescrire des instillations de cocaïne toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un malade se plaignant de douleurs oculaires. Or, d'après M. le docteur E. Fuchs, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Vienne, cette façon de procéder serait inutile et présenterait même des inconvénients assez graves. Notre confrère estime que les affections de la conjonctive ne sont pas assez douloureuses pour nécessiter la cocaïnisation; quant aux lésions profondes de l'œil, telles que l'iridocyclite, le glaucome, etc., elles ne peuvent guère être influencées par la cocaïne, l'action analgésique de cet alcaloïde étant superficielle. Restent les maladies de la cornée, qui s'accompagnent parfois de douleurs très vives et semblent, à ce titre, devoir être justiciables des instillations de cocaïne. Mais il importe de faire remarquer que les effets calmants produits par la cocaïnisation de l'œil sont peu durables, de sorte que le patient auquel on remet un collyre à la cocaïne est naturellement tenté d'user assez souvent de ce remède. Or, celui-ci serait loin d'être inoffensif pour la cornée. En effet, il n'est pas rare de voir se produire, après une instillation abondante de cocaïne, un léger trouble cornéen, trouble qui s'accompagne quelquefois d'une desquamation de l'épithélium. C'est ainsi que M. Fuchs a eu l'occasion d'observer un homme chez lequel l'instillation répétée de quelques gouttes de cocaïne, pratiquée en vue d'une opération de chalazion, ne tarda pas à provoquer des douleurs excessivement violentes, dues à la destruction assez étendue de l'épithélium de la cornée.

Aussi notre confrère a-t-il adopté pour règle de ne jamais confier la cocaïne à ses malades et de n'employer ce médicament qu'avec beaucoup de précautions, notamment en ayant soin de faire fermer les yeux immédiatement après chaque instillation, la dessiccation pouvant favoriser l'éclosion des lésions épithéliales.

Comme les instillations de cocaïne ne suffisent pas à anesthésier l'œil atteint d'une affection profonde (iridocyclite, glaucome inflammatoire), M. Fuchs conseille, en pareille occurrence, de recourir, avant l'intervention, soit à l'injection sous-conjonctivale d'une solution de cocaïne, soit à l'instillation de quelques gouttes d'extrait surrénal — qui a pour effet d'anémier la conjonctive et, partant, de rendre plus efficace la cocaïne —, ou encore à une injection hypodermique de morphine.

A titre de calmant, notre confrère substitue à l'emploi de la cocaïne des applications de compresses imbibées d'eau chaude, que le patient, couché horizontalement, applique sur l'œil atteint, les paupières étant fermées. Dans les iridocyclites graves, le malade peut être soulagé au moyen d'une saignée locale (six à huit sangsues sur la tempe), ainsi que par la dilatation de la pupille à l'aide des mydriatiques.

Le chlorate de potasse dans le traitement de l'avortement habituel.

Si dans la plupart des cas d'expulsion prématurée du produit de la conception, on peut assigner à cet accident une cause parfaitement déterminée, telle que l'existence d'une affection épidémique, de la syphilis ou d'une lésion locale (métrite, déviations utérines, etc.), il en est d'autres où l'on constate des altérations de dégénérescence de la caduque et du placenta, sans qu'on puisse invoquer pour les expliquer aucun des facteurs précités. On voit, en effet, survenir, chez certaines jeunes femmes, des avortements à répétition, puis des accouchements prématurés avec expulsion d'enfants macérés, accidents que le repos et les moyens thérapeutiques usuels (opium, etc.) ne parviennent pas à conjurer. En pareille occurrence, M. le docteur S. Remy, agrégé libre à la Faculté de médecine de Nancy, a recours à l'emploi du chlorate de potasse qui, préconisé contre les maladies du placenta par James Simpson, n'est cependant guère utilisé pour combattre ces affections.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par M. Remy : dès qu'il y a lieu de croire à un début de grossesse, il fait prendre à la patiente, tous les jours, 0 gr. 20 centigr. de chlorate de potasse et il continue le traitement pendant toute la durée de la gestation, en abaissant seulement, dans les derniers temps de la grossesse, la dose quotidienne du médicament à 0 gr. 15 centigr. En agissant ainsi, notre confrère n'a jamais eu à enregistrer le moindre incident ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant, et dans nombre de cas il a pu de la sorte faire mener la grossesse à bonne fin chez des femmes qui, jusqu'alors, n'avaient eu que des fausses-couches.

En ce qui concerne le mécanisme de l'action du chlorate de potasse, M. Remy serait porté à croire que l'oxygène naissant que dégage ce produit agit sur les éléments de la muqueuse utérine en évolution et leur assure une vitalité plus grande.

L'opothérapie mammaire dans le traitement des fibromes utérins.

Parmi les divers organes utilisés en opothérapie, la glande mammaire reste jusqu'à présent un de ceux dont on connaît le moins les effets physiologiques et thérapeutiques. Aussi nous paraît-il intéressant de signaler les résultats encourageants qu'un médecin américain, M. le docteur H. W. Crouse (de Victoria), a obtenus par l'emploi de la glande mammaire chez 4 femmes atteintes de fibromyomes de l'utérus, ainsi que chez 2 jeunes filles présentant des métrorrhagies avec troubles dysménorrhéiques et prostration générale (ces deux patientes avaient refusé tout examen gynécologique).

Notre confrère prescrit la substance mammaire sous forme de tablettes, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 35 centigr., répétée trois fois par jour, et il continue le traitement pendant six semaines pour le reprendre de nouveau après une huitaine de jours de repos. Ainsi administré, ce médicament ne produirait aucun effet fâcheux; parfois seulement, lorsqu'on a recours à des doses élevées, la malade éprouverait des contractions douloureuses au niveau de la tumeur, phénomène auquel il serait, du reste, facile de remédier en suspendant l'usage de la substance mammaire ou, tout au moins, en en diminuant la quantité journalière.

Se basant sur son expérience personnelle, ainsi que sur les résultats enregistrés par deux autres confrères américains, MM. les docteurs J. B. Shober (de Philadelphie) et W. R. Pryor, professeur de gynécologie à la New York Polyclinic, M. Crouse estime que l'opothérapie mammaire mérite de prendre une place importante parmi les moyens de traitement des fibromes utérins et qu'elle est susceptible d'exercer une action favorable non seulement sur les métrorrhagies auxquelles donnent habituellement lieu ces tumeurs, mais aussi sur le volume même des néoplasmes, surtout dans les cas où ceux-ci se rapprochent, par leur structure, du type myome pur; par contre, si la tumeur affecte la forme fibromyomateuse, ce sont plutôt les écoulements sanguins qui se trouvent influencés par le traitement.

Paralysie faciale consécutive à des injections d'antipyrine pour tic convulsif.

Chez une femme de cinquante-sept ans, exempte de tout antécédent pathologique héréditaire ou personnel et atteinte, depuis dix ans, d'un tic convulsif de la moitié droite de la face, MM. les docteurs E. Mendel, professeur extraordinaire de psychiatrie à la Faculté de médecine de Berlin, et Bloch (de Berlin), après avoir essayé, sans le moindre succès, la galvanisation et l'usage interne des bromures, ont eu recours à des injections sous-cutanées d'une solution d'antipyrine dans son poids d'eau distillée, pratiquées au niveau de la région parotidienne. On injectait, chaque fois, le contenu d'une seringue de Pravaz. Dès la seconde injection, les mouvements convulsifs diminuèrent d'intensité pour cesser complètement après deux nouvelles injections; mais, sur ces entrefaites, on vit survenir une tuméfaction de la région parotidienne, en même temps que se déclarait une paralysie du facial supérieur avec hyperesthésie de la joue.

M. Bloch serait porté à croire que la paralysie en question était d'origine purement mécanique, l'antipyrine étant peu soluble et ayant pu, par conséquent, former sur place un dépôt qui a exercé une pression sur le nerf. Par contre, suivant M. le professeur E. Remak, privat-docent de neurologie et d'électrothérapie à la Faculté de médecine de Berlin, la paralysie dont il s'agit pourrait être attribuée à l'action toxique de l'antipyrine.

Quoi qu'il en soit, il importe de retenir que les injections hypodermiques d'antipyrine, tout en constituant une médication très efficace contre les phénomènes névralgiques et convulsifs, sont cependant loin d'être inoffensives.

Un procédé pratique d'extraction des corps étrangers du conduit auditif.

L'extraction des corps étrangers du conduit auditif, au moyen de l'irrigation, étant souvent assez malaisée à pratiquer chez les enfants peu dociles, M. le docteur A. Cuche (de Lure) lui substitue un procédé plus sûr et qui consiste en ceci : on prend un drain ordinaire, non fenêtré, coupé perpendiculairement à son axe à chaque extrémité et ayant la longueur d'une cigarette et un diamètre assez petit pour pouvoir glisser facilement dans le conduit auditif; après avoir relevé le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, on introduit l'une des extrémités du drain dans le conduit auditif et on le pousse jusqu'au contact du corps étranger dont on a, au préalable, reconnu le siège. Ceci fait, le médecin met l'autre extrémité du tube entre ses lèvres, en ayant soin de ne pas l'aplatir, et il aspire énergiquement; puis, sans cesser d'aspirer, il rejette la tête en arrière. A l'aide de cette manœuvre, on parviendrait presque toujours à extraire le corps étranger qui reste fixé par la pression atmosphérique à l'extrémité du drain, celui-ci faisant en quelque sorte office d'une ventouse. Pour rendre cette ventouse plus adhérente, il est bon de laisser tremper préalablement l'extrémité de l'instrument, destinée à recueillir le corps étranger, dans de l'huile ou du pétrole, de façon à faire prendre au caoutchouc une consistance plus molle et à le rendre plus visqueux.

Ce procédé d'extraction des corps étrangers par aspiration serait encore plus inoffensif que l'irrigation et présenterait, en outre, l'avantage de ne pas causer aux petits patients la même terreur que l'emploi de la seringue.

Comment il faut procéder au massage du sein, en cas d'« engorgement laiteux » de cette glande.

Dans les cas d'*engorgement laiteux* du sein, on a habituellement recours au massage de la glande mammaire, que l'on pratique de la périphérie vers le centre. Un confrère américain, M. le docteur C. S. Bacon (de Chicago), estimant que l'accident que l'on désigne d'ordinaire sous le nom d'engorgement laiteux n'a en réalité rien à voir avec le produit de sécrétion de la glande, mais est dû à la congestion vasculaire, s'élève contre ce mode de procéder qui, à son avis, ne peut qu'augmenter l'engorgement et les douleurs. Il fait observer, en effet, que les vaisseaux artériels du sein, provenant de l'axillaire, abordent la glande suivant son cadran inféro-externe, et que ses voies veineuses et lymphatiques, se rendant soit à la veine axillaire, soit à la sous-clavière, partent de son cadran supéro-externe.

Cela étant, notre confrère propose de pratiquer le massage de la façon suivante :

La patiente étant couchée sur le côté sain, de façon que la face externe de la glande malade soit facilement accessible, on commence par quelques effleurages dans l'aisselle, le long du bord du grand pectoral et sur le haut de la poitrine; puis on exerce des pressions progressives, dirigées, d'une part, de la portion inféro-externe du sein vers l'aisselle, et, d'autre part, de sa portion supéro-externe vers la sous-clavière; les deux mains se partagent cette double besogne. Les séances doivent durer de vingt à trente minutes; au bout de ce laps de temps, il ne serait pas rare de trouver la glande diminuée d'un tiers ou de moitié de son volume.

Il va sans dire que dans le cas d'engorgement du sein accompagné de frissons, de fièvre ou de tout autre symptôme infectieux, on s'abstiendra de toute espèce de massage, pour éviter la diffusion des germes pathogènes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. le professeur V. Cornil.

Technique de l'autopsie du cœur.

Les différentes opérations de l'autopsie sont soumises à des règles fixes, adoptées en tous les pays avec très peu de variations. Elles sont, pour l'anatomo-pathologiste, ce que la médecine opératoire est pour le chirurgien. Je m'efforce de les montrer dans les autopsies que je fais à l'Hôtel-Dieu, comme cela est mon devoir, car la démonstration de l'autopsie est un des objets les plus importants de cette chaire, aussi bien que de la chaire de médecine légale.

Dans la plupart des Universités étrangères, le professeur d'anatomie pathologique fait lui-même, ou par un de ses aides, les autopsies des services de clinique de l'hôpital d'instruction. Mais en France, chacun des chefs des services hospitaliers tient à conserver les autopsies que, d'ailleurs, il ne pratique presque jamais par lui-même et auxquelles il n'assiste que bien rarement. Il en résulte que la nécropsie est faite neuf fois sur dix par un externe ou par un stagiaire et que les pièces les plus importantes sont massacrées et mal vues.

Le « pathologiste », dans les pays anglo-saxons, pratique toutes les autopsies de l'hôpital.

Le prosecteur, en Allemagne, qui est aussi chef de laboratoire, fait également toutes les autopsies.

En France, si le professeur d'anatomie pathologique n'était pas en même temps médecin d'un hôpital, il n'aurait droit à l'examen d'aucun cadavre. C'est tout à fait irrationnel.

Pour mon compte, je n'ai jamais eu à souffrir de cet état de choses. Pendant plusieurs années j'ai pratiqué, à l'Hôtel-Dieu, les autopsies du service de Germain Sée, sans compter celles que m'abandonnaient mes excellents collègues de cet hôpital. Nous avons de plus, à notre disposition, des pièces chirurgicales nombreuses et celles qui nous sont envoyées des hôpitaux (Hôtel-Dieu et Charité) pour les travaux pratiques de la Faculté. Cela suffit à l'enseignement.

Beaucoup d'entre vous ignorent cette technique de l'autopsie. Vous pouvez l'apprendre dans les traités spéciaux (1).

Mais, comme préambule à l'étude du cœur et des vaisseaux, je vous donnerai aujourd'hui la façon de procéder en ce qui touche l'ouverture du cœur et des vaisseaux.

L'autopsie débute par l'ablation du plastron sternal. On pratique, dans ce but, une longue incision unique depuis le cou jusqu'au pubis. Les cartilages costaux sont coupés près de leur insertion costale et les articulations sterno-claviculaires ouvertes.

On sectionne ensuite le diaphragme en soulevant le sternum dont on rase avec le couteau la face postérieure, en évitant d'ouvrir le péricarde.

Cela fait, vous avez devant les yeux la face antérieure du péricarde, limitée de chaque côté par le bord antéro-interne des deux poumons.

Vous faites l'examen et l'ouverture du péricarde et du cœur *in situ*, sans toucher aux poumons.

Après avoir constaté l'intégrité ou non de la surface antérieure du péricarde, son état de réplétion par le liquide péricardique ou son accolement au cœur, vous le soulevez avec une pince ou avec les doigts et vous faites avec le couteau une incision de cette membrane, oblique de droite à gauche. On recueille le liquide; on apprécie sa couleur, sa limpidité; on voit s'il contient du sang, des flocons ou des débris de pseudo-membranes fibrineuses; on peut en prélever quelques gouttes dans un tube stérilisé pour un ensemencement ultérieur.

Le péricarde largement ouvert, on examine avec soin la surface de son feuillet pariétal, à savoir s'il est transparent et mince comme à l'état normal ou s'il est opacifié, épaissi, s'il présente des ecchymoses par asphyxie ou strangulation, des fausses membranes fibrineuses, des adhérences fibreuses, etc. Ces lésions, les adhérences et les filaments fibreux siègent souvent à la partie supérieure du péricarde, entre son feuillet pariétal et les gros vaisseaux qui entrent dans les oreillettes ou qui partent des ventricules. Des inflammations chroniques localisées se montrent parfois dans les points où le péricarde pariétal, en rapport avec la racine des bronches ou le poumon gauche, subit une altération consécutive à des lésions des ganglions lymphatiques (tuberculose, suppuration, infiltration charbonneuse, etc.) ou du poumon (pneumonie, tubercules, etc.).

On examine ensuite la séreuse épicardiaque, mince et transparente si elle est normale, laissant voir au-dessous d'elle la graisse sous-péricardique plus ou moins abondante, suivant l'état d'engraissement du sujet.

Le feuillet viscéral peut offrir des ecchymoses, des épaississements fibreux, très communs surtout à la face antérieure du ventricule droit, plus rares au niveau des oreillettes ou du ventricule gauche (plaques laiteuses), des fausses membranes fibrineuses qui revêtent dans la péricardite aiguë la forme de langue de chat ou de veau, des adhérences filamenteuses avec le péricarde pariétal, parfois une symphyse totale, fibreuse, qui rend difficile la séparation des deux feuillets de la séreuse.

Cette inspection préliminaire achevée, on fera aussi sur place, *in situ*, les incisions nécessaires pour étudier le cœur.

Cet organe étant soulevé entre le pouce et l'indicateur de la main gauche placés à la base du ventricule gauche, et porté en dedans, on pratique avec le couteau une incision suivant le bord gauche de ce ventricule. L'incision comprend toute la paroi et s'étend jusqu'à la pointe. On introduit l'indicateur de la main droite dans la cavité ventriculaire pour palper délicatement le bord inférieur de la valvule mitrale et l'orifice aortique.

On fait ensuite basculer le cœur à gauche en le tenant de la main gauche pour fendre le bord droit du ventricule droit. On palpe par cette ouverture l'orifice tricuspide et la naissance de l'artère pulmonaire.

On relève le cœur en haut en prenant les ventricules à pleine main ou mieux en introduisant les quatre doigts de la main gauche dans le ventricule gauche et le pouce dans le ventricule droit, de façon à saisir la cloison interventriculaire. Le cœur étant soulevé, j'incise par une section horizontale chacune des oreillettes à 1 centimètre au-dessus du sillon auriculo-ventriculaire. On palpe alors avec précaution les orifices auriculo-ventriculaires pour savoir si les valvules sont souples ou dures, calcaires, et si les orifices sont rétrécis ou dilatés. On enlève les caillots afin d'apprécier leur constitution (caillots sanguins, rouges, mous, gélatineux, formés de fibrine récemment coagulée ou ancienne, etc.). On met de côté les coagulations plus ou moins anciennes, telles qu'embolie provenant des veines, qui peuvent se trouver dans le cœur droit, coagulations tirées de l'artère pulmonaire ou de l'aorte par la fente du ventricule gauche.

Après avoir fait ces incisions et ces constatations initiales, j'enlève le cœur — en rasant avec le couteau les veines caves et pulmonaires — et les grosses artères, les artères pulmonaires étant sectionnées à la racine des bronches, l'aorte étant coupée au-dessous de sa crosse.

La pièce tout entière est plongée dans une terrine remplie d'eau pour être débarrassée du sang et des caillots qui peuvent être restés entre les piliers des muscles papillaires ou dans les auricules.

C'est alors qu'on cherche à savoir s'il y a insuffisance ou rétrécissement des valvules artérielles et auriculo-ventriculaires.

Comme l'artère pulmonaire, émanant du ventricule droit, croise en avant l'aorte de droite à gauche, pendant que celle-ci, de postérieure devient antérieure dans sa courbure de gauche à droite, je conseille de rectifier ces deux courbes en séparant ces deux vaisseaux et en rejetant à droite l'artère pulmonaire. Après quoi, j'ouvre avec des ciseaux l'aorte, jusqu'à 1 ou 2 centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes. Tenant alors la pièce par les artères, en ayant soin que les valvules artérielles soient sur un même plan horizontal, je fais verser de l'eau dans l'aorte; on voit les valvules sigmoïdes venir au contact si elles sont suffisantes, laisser, au contraire, à leur centre un trou par où s'écoule le liquide si elles sont insuffisantes.

Si l'on se contentait de faire l'épreuve de l'eau sans regarder le jeu des valvules, on verrait l'eau s'écouler par les artères coronaires ouvertes dans les coupes précédentes, bien que les valvules fussent normales et suffisantes.

La même opération sera répétée sur l'artère pulmonaire dont l'insuffisance est, d'ailleurs, on ne peut plus rare.

La constatation par l'épreuve de l'eau de l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires est moins précise. Pour la valvule mitrale, on commence par y introduire deux doigts: l'indicateur et le médius; rétrécie, elle ne permet pas cette introduction; élargie, insuffisante, elle laisse passer trois doigts. Cette mesure approximative de la circonférence de la valvule doit être vérifiée par une mensuration ultérieure.

La valvule tricuspide normale admet trois doigts; plus, elle est dilatée; moins, rétrécie.

Pour apprécier l'insuffisance de la valvule mitrale, qui est assez commune, qu'elle soit due à des lésions matérielles endocarditiques ou simplement à une hypertrophie ou à une dilatation du cœur gauche, voici comment je procède:

J'introduis les ventricules dans une grande terrine remplie d'eau claire, en tenant ouverte l'incision faite au ventricule gauche, en même temps que je regarde par en haut l'orifice mitral. En plongeant le cœur de haut en bas dans l'eau, je fais refluer le liquide du ventricule dans l'oreillette et je vois si les deux valves de la mitrale soulevées par l'eau viennent à la rencontre l'une de l'autre; elles doivent se toucher par leur bord libre si elles sont suffisantes et si l'on a eu soin d'enlever tous les petits caillots sanguins ou fibrineux situés dans les fibres tendineuses qui les sous-tendent.

Même opération pour la valvule tricuspide.

Il ne reste plus qu'à ouvrir les cavités cardiaques.

Pour cela, on fait pénétrer dans l'orifice mitral, en partant de l'oreillette, de gros ciseaux avec lesquels on rejoint la première incision du bord gauche du ventricule gauche.

De la même façon, on entre par l'oreillette droite dans l'orifice tricuspide et on sectionne la paroi jusqu'à l'incision du bord droit du ventricule droit.

De l'extrémité inférieure de cette incision, on fait pénétrer les ciseaux dans l'artère pulmonaire qui est ouverte, ainsi que ses deux branches principales.

Pour ouvrir l'aorte, on introduit les ciseaux derrière la grande valve de la mitrale et on la fait ressortir dans l'incision longitudinale faite à l'aorte le long de l'artère pulmonaire. Les ciseaux tranchent le ventricule gauche, l'anneau aortique et les valvules sigmoïdes.

Ces incisions faites, le cœur présente quatre cavités qui s'ouvrent comme les feuillets d'un livre.

1° *Le ventricule gauche et l'aorte.* — La,

(1) D. M. Bourneville et P. Bricon. Manuel de technique des autopsies. Paris, 1885.
G. S. Woodhead. Practical pathology. 3e éd. Edimbourg et Londres, 1892.
R. Virchow. Die Sectionstechnik im Leichenhause des Charité-Krankenhauses, mit besonderer Rücksicht auf gerichtsärztliche Praxis erörtert. 4e éd. Berlin, 1893.

vous constatez l'état de la surface de l'artère, les petites taches ou linéaments jaunes, athéromateux, qui existent au-dessus des valvules et qui sont presque constants à l'état normal, même chez les jeunes sujets, les plaques athéromateuses ou endartérielles, l'état des orifices des artères coronaires et de ces vaisseaux ouverts; l'intégrité ou l'altération des valvules sigmoïdes, à savoir si elles ont leur minceur et leur souplesse normales ou si, au contraire, elles sont le siège de granulations ou de végétations d'endocardite aiguë, granuleuse ou végétante, de perforations, d'anévrysmes valvulaires, d'induration chronique avec épaississement de leur bord libre, d'indurations calcaires de leur bord ou de leur base attachée à l'anneau aortique; l'état de l'anneau lui-même; les lésions, s'il en existe, de l'endocarde sous-aortique du ventricule gauche; vous avez, bien étalée devant vous (*fig. 1*), la face ventriculaire de la grande valve de la mitrale, dont les lésions sont si souvent connexes de celles des valvules sigmoïdes de l'aorte; les taches jaunes, athéromateuses, de cette grande valve de la mitrale, sont très communes avec un degré d'épaississement plus ou moins marqué à leur niveau. Enfin, vous observez l'endocarde ventriculaire, lisse et transparent à l'état normal, mais qui offre parfois un épaississement, des plaques fibreuses, des érosions, des foyers de destruction tapissés de fausses membranes fibrineuses adhérentes (foyers dont il faut rechercher la cause dans l'oblitération d'une branche de l'artère coronaire), des anévrysmes de la pointe, résultant d'infarctus à divers degrés d'évolution, causés par une oblitération de l'artère coronaire en rapport avec la thrombose, l'embolie ou l'athérome.

2° *Le ventricule et l'oreillette gauches.* — L'oreillette gauche est étalée : son endocarde est normalement opaque et plus épais que celui du ventricule. Les deux valves de la mitrale sont vues suivant leur face qui regarde l'oreillette (*fig. 2*); on apprécie l'état de l'anneau mitral, souvent épaissi et induré, des surfaces et des bords valvulaires, qui peuvent offrir des granulations, des végétations d'endocardite aiguë, granuleuse ou ulcéreuse, des anévrysmes valvulaires, des perforations, des épaississements, granulations ou bourgeons végétants d'endocardite chronique, des incrustations calcaires, etc.; les lésions d'endocardite valvulaire ont pour siège de prédilection les points où les valves sont en contact dans l'occlusion des valvules, tant sigmoïdes qu'auriculo-ventriculaires. Ces lésions siègent donc sur le bord des valves de la mitrale qui regardent l'oreillette pendant la systole, et près du bord des sigmoïdes aortiques qui appartiennent à la cavité ventriculaire fermée pendant la diastole.

On passera ensuite à l'examen des muscles et tendons papillaires. Ces derniers peuvent être épaissis, indurés, rompus par endocardite, rapprochés en même temps que les deux valves de la mitrale dans le rétrécissement de l'orifice mitral. Les deux valves de la mitrale sont unies par leur bord épaissi dans le rétrécissement et font saillie dans le ventricule sous la forme d'entonnoir ou de cul-de-poule dont l'extrémité étroite est inférieure.

Les muscles papillaires présentent, tantôt des taches blanches, dures, fibreuses, ou des sugillations opaques blanches ou jaunâtres, ou un engainement par l'endocarde épaissi qui les revêt.

Entre les faisceaux musculaires de tout ordre, l'endocarde ventriculaire peut être le siège d'inflammation simple ou ulcéreuse. La cloison interventriculaire est parfois atteinte, ulcérée ou perforée.

3° *Le ventricule et l'oreillette droits.* — L'endocarde de l'oreillette droite est plus mince et plus transparent à l'état normal que celui de gauche. On trouve, quelquefois, une thrombose de l'auricule caractérisée par une coagulation sanguine adhérente à l'endocarde auriculaire et qui le distend. Ces thromboses sont parfois organisées et vascularisées. On verra si le trou de Botal est fermé; il peut rester ouvert, comme une fente valvulaire, sans qu'il y ait mélange des sangs artériel et veineux. On inspectera les valves de la tricuspide (*fig. 3*), les piliers, l'endocarde ventriculaire où l'on trouve parfois des granulations tuberculeuses ou des traces d'endocardite. Ce que nous avons dit à propos du ventricule gauche nous dispense d'y revenir ici.

4° *Le ventricule droit et l'artère pulmonaire.* — Après avoir relevé la paroi du ventricule droit examiné sur la coupe précédente, on voit l'artère pulmonaire, son infundibulum et les piliers de la valvule tricuspide (*fig. 4*). La partie inférieure du ventricule ne va pas jusqu'au niveau de la pointe du ventricule gauche, qui forme seule la pointe du cœur à l'état normal. Si les deux ventricules sont au même niveau et constituent ensemble la pointe du

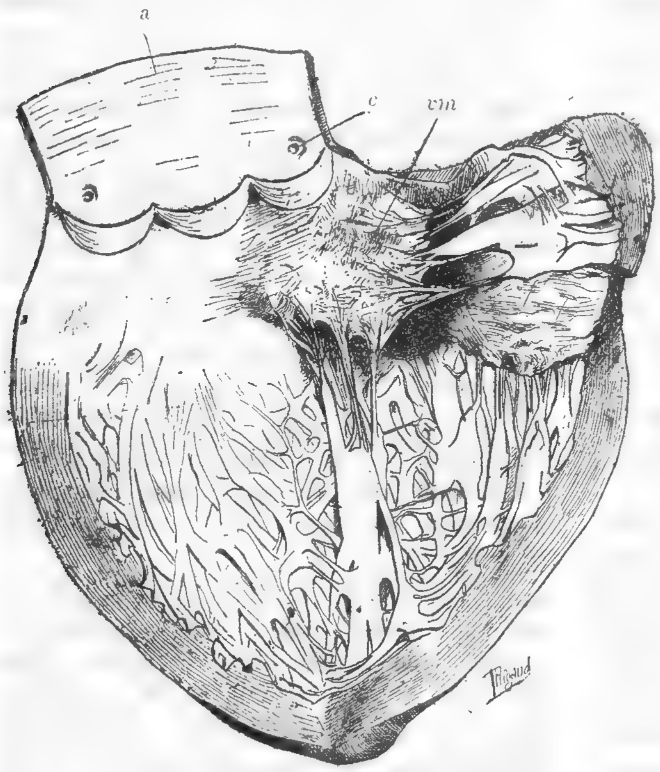


Fig. 1. — Le ventricule gauche et l'aorte.
a, aorte; c, orifice des artères coronaires; *vm*, valvule mitrale vue du côté de l'aorte.



Fig. 3. — Le cœur droit et la valvule tricuspide.
o, oreillette droite; *vt*, valvule tricuspide.



Fig. 2. — Le cœur gauche et la valvule mitrale.
o, oreillette gauche; *vm*, grande valve de la valvule mitrale; *vp*, veines pulmonaires.

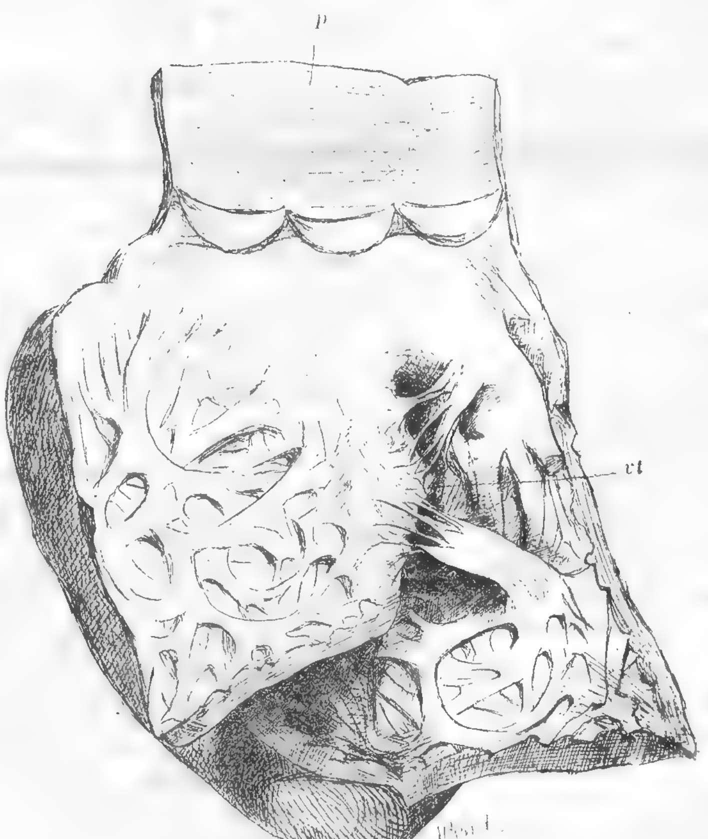


Fig. 4. — Le ventricule droit et l'artère pulmonaire.
p, artère pulmonaire; *vt*, valvule tricuspide

cœur, cela signifie que le ventricule droit est très hypertrophié (cœur en besace), comme il arrive dans l'emphysème, les scolioses et les affections des valvules du cœur droit.

L'artère pulmonaire est rarement athéromateuse et, lorsqu'elle l'est, ce n'est jamais à un degré comparable à ce qu'on observe dans l'aorte. Elle est parfois très étroite, comme dans la chlorose.

Pour compléter l'examen du cœur et, en particulier, des orifices, il faut prendre diverses mensurations qui donnent en moyenne, d'après les auteurs, les chiffres suivants chez l'homme :

Circonférence du cœur à la base des ventricules, 258 millimètres (Sappey); longueur de l'origine de l'aorte à la pointe, 98 millimètres (Sappey); longueur au niveau de la base des ventricules, 107 millimètres (Sappey); circonférence de l'orifice mitral, 102 millimètres (Bizot); circonférence de l'orifice tricuspide, 123 millimètres (Bizot); circonférence de l'orifice aortique, 67 à 70 millimètres; circonférence de l'orifice pulmonaire, 71 à 72 millimètres.

Le poids total du cœur de l'homme adulte est de 250 à 280 grammes (Sappey). Il est plus faible chez la femme (de 220 à 230 grammes).

Chez les sujets du sexe féminin, tous les diamètres sont également amoindris, ainsi :

La circonférence de l'orifice mitral n'a que de 92 à 93 millimètres; la circonférence de l'orifice tricuspide, 107 millimètres; la circonférence de l'orifice aortique, 64 millimètres; la circonférence de l'orifice pulmonaire, 66 millimètres (d'après les mensurations de Bizot).

Les examens du péricarde et de l'endocarde, que nous venons de passer rapidement en revue, une fois faits, la suffisance ou l'insuffisance des valvules, la dimension des orifices et des cavités étant connues, il reste à apprécier l'état du myocarde.

Au-dessous du péricarde, entre ce dernier et le muscle cardiaque, il existe une couche de tissu cellulo-adipeux plus ou moins épaisse suivant l'état d'engraissement du sujet et qui ne gêne nullement les mouvements de l'organe. Cependant, si cette couche est assez abondante pour s'interposer entre les faisceaux musculaires, ce qui arrive quelquefois, surtout dans la musculature du cœur droit, elle sera une cause d'affaiblissement des contractions.

Le muscle cardiaque normal est ferme et d'une belle couleur rouge; il est pâle, rose, dans les anémies et les cachexies tuberculeuses, cancéreuses, etc.; il est de couleur feuille morte, flasque, mou, s'affaissant sur lui-même lorsqu'il repose sur la table d'autopsie, dans les maladies infectieuses (fièvres typhoïde, puerpérale, etc.); les faisceaux musculaires sont alors en dégénérescence albumineuse. Il est très rare de trouver une dégénérescence graisseuse généralisée des faisceaux musculaires en dehors des empoisonnements par le phosphore, l'arsenic et l'antimoine. Dans ces cas, l'apparence du muscle est grise, sèche et opaque. Une dégénérescence graisseuse avec mortification s'observe dans les foyers localisés qui sont la suite de thrombose ou d'embolie ou de rétrécissement athéromateux des artères coronaires, aboutissant aux fissures, aux déchirures ou ruptures de la paroi ou aux anévrysmes de la pointe du cœur, accidents rapidement mortels, ou du moins très graves, dont le siège est presque toujours la partie moyenne ou inférieure du ventricule gauche. L'infiltration pigmentaire des cellules musculaires, lésion si commune chez les vieillards, se caractérise parfois à l'œil nu, quand elle est généralisée et intense, par une teinte brune du myocarde.

La paroi musculaire est de forme et d'épaisseur variables suivant que le cœur s'est arrêté en systole ou en diastole. Dans le premier cas, les muscles paraissent plus épais que normalement, mais leur contraction ultime a produit une diminution évidente de la cavité des ventricules, ce qui permet de reconnaître la cause réelle de cette fausse hypertrophie. Dans le second cas, les cavités paraissent dilatées et sont pleines de caillots rouges ou ambrés.

L'épaisseur de la paroi normale du ventricule gauche est de 1 centimètre: celle du ventricule droit de 2 à 3 millimètres. Au-dessus de ces chiffres, on peut dire qu'il y a hypertrophie. La paroi du ventricule gauche mesure souvent 2 centimètres, et même plus, dans les hypertrophies sans lésions valvulaires des néphrites chroniques, et dans celles qui sont liées à l'insuffisance mitrale ou au rétrécissement de l'orifice aortique. Le cœur droit a subi alors une hypertrophie notable, mais c'est dans l'emphysème ou dans l'insuffisance de la valvule tricuspide qu'il atteint son maximum d'épaisseur, c'est-à-dire de 8 à 12 millimètres.

La myocardite aiguë (petits abcès ou foyers partis de l'endocarde ou du péricarde et atteignant les muscles) s'observe rarement dans les maladies infectieuses (endocardite végétante et ulcéreuse, fièvre puerpérale, infection purulente, etc.).

La myocardite chronique, c'est-à-dire l'épaississement du tissu conjonctif interfasciculaire, à laquelle certains auteurs ont fait jouer un rôle exagéré, est en réalité très rare.

Enfin, l'examen du myocarde pourra faire découvrir des tumeurs secondaires de diverse nature : gommes syphilitiques, tubercules, sarcome, sarcome mélanique, cancer épithélial, généralement sous la forme de nodules sphériques.

LETTRES D'ITALIE

Rome, le 27 septembre 1902.

La seconde question à l'ordre du jour du QUATRIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE visait

L'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

On peut dire que les rapporteurs, MM. Leopold (de Dresde), Treub (d'Amsterdam), Fehling (de Strasbourg) et Tuffier (de Paris) — ce dernier, absent, a fait lire son rapport — ont été d'accord pour reconnaître que l'ablation de l'utérus est légitime en cas de grave infection utérine, mais seulement à condition que cette infection soit encore limitée et circonscrite à l'utérus, par exemple dans la rétention avec décomposition de tissu placentaire, dans la putréfaction de myomes puerpéraux, ou de débris à la suite d'avortement (Fehling et Leopold).

En ce qui concerne la détermination exacte du moment où cette intervention devient utile, les indications sont assez incertaines. Les quatre rapporteurs admettent, toutefois, qu'on doit préalablement mettre en œuvre les autres moyens, ceux-ci étant le plus souvent couronnés de succès, à savoir les irrigations intra-utérines, le curettage, les injections sous-cutanées de sérum artificiel (Tuffier), voire même de sérum antistreptococcique (Leopold), et ne recourir à l'hystérectomie qu'en dernière ressource, c'est-à-dire dans des cas exceptionnels où l'infection n'est pas généralisée et où les forces de la malade sont encore suffisantes pour lui permettre de supporter une telle intervention (Tuffier). En somme, c'est sur le complexus clinique que le chirurgien doit se faire une opinion, sans qu'il soit possible d'établir une règle générale.

La discussion, à laquelle ont pris part un grand nombre d'orateurs, n'a pas modifié ces conclusions.

Des deux autres questions, ressortissant principalement à la gynécologie, l'une concernait

La tuberculose génitale

dont les rapports avaient été confiés à MM. Martin (de Greifswald), Veit (de Leyde), Amann (de Munich) et J.-L. Faure (de Paris).

Le premier point à établir était celui de l'origine de la tuberculose des organes génitaux; mais à cet égard les opinions ont été assez discordantes. Tandis que, pour M. Amann, il s'agit d'une infection congénitale par voie sanguine, localisée d'abord aux ganglions lymphatiques et passant ensuite dans la circulation pour se fixer sur les divers organes, M. Veit admet une tuberculose génitale primitive et acquise, que M. Martin considère comme rare et dont M. Amann croit l'existence douteuse.

Au point de vue pathogénique, M. Martin et M. Veit sont d'avis que l'infection est plus souvent descendante qu'ascendante; M. Martin fait intervenir la propagation de l'infection intestinale, soit par voie directe, soit par l'intermédiaire des ganglions lymphatiques ou du péritoine; mais M. Amann pense qu'un tel mécanisme est exceptionnel. Tous les rapporteurs enfin reconnaissent que la tuberculose génitale frappe d'ordinaire des individus offrant déjà d'autres localisations tuberculeuses, et, quand celles-ci existent, toute lésion inflammatoire de la sphère génitale doit faire penser à une nouvelle détermination spécifique; les inflammations chroniques, puerpérales, gonococciques, syphilitiques, les dystrophies, l'hypoplasie constituent autant de prédispositions efficaces.

En ce qui concerne la contamination par les rapports sexuels, elle ne paraît pas encore bien établie : M. Amann fait observer que la cohabitation avec un tuberculeux présente évidemment des dangers, mais qu'en pareil cas la transmission de la maladie peut se faire par d'autres voies.

Quant au traitement — outre les prescriptions générales, de mise dans toutes les affections tuberculeuses —, il comprendra l'emploi de moyens palliatifs locaux : pansements à l'iodoforme (Veit), cautérisations au thermocautère, ablation des parties ulcérées (Faure), et ce n'est qu'au cas d'échec que l'on en arrivera au traitement radical, soit par l'extirpation du foyer tuberculeux, soit par la castration totale (Martin et Veit), selon les diverses méthodes d'hystérectomie qui sont passées en revue par M. Faure.

M. Veit insiste enfin sur la péritonite tuberculeuse, toujours secondaire, et dont la guérison spontanée est fort rare; la simple laparotomie en entraîne assez souvent la disparition, par un mécanisme encore obscur.

Comme ayant pris part à la discussion, citons M. Spinelli (de Naples), qui a communiqué une observation de tuberculose génitale paraissant consécutive à la cohabitation avec un homme affecté de testicule tuberculeux, et M. Pozzi (de Paris), qui préconise l'ablation de l'utérus et des annexes par voie abdominale, les interventions partielles lui paraissant infidèles et dangereuses, même en cas de lésions apparemment limitées.

Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus

formait la dernière question à l'ordre du jour, sur laquelle MM. Freund (de Berlin), Pozzi (de Paris), Wertheim (de Vienne) et Jonesco (de Bucharest) avaient été chargés de présenter chacun un rapport.

Tous sont d'accord sur la nécessité d'intervenir au plus tôt, dans cette affection, et de recourir à des opérations radicales qui auront d'autant plus de chance d'être efficaces que la maladie sera plus près de son début, sans que toutefois, dans aucun cas, la guérison puisse être considérée comme sûre.

C'est M. Pozzi qui est le plus pessimiste : tout en reconnaissant la possibilité de succès assez durables, quand l'intervention a été particulièrement précoce, il estime que la guérison persiste rarement plus de deux ans.

M. Wertheim et M. Jonesco placent le nœud de la question dans la nécessité d'enlever, outre les organes génitaux, le tissu conjonctif péri-utérin, ainsi que les lymphatiques et ganglions pelviens, iliaques et lombaires inférieurs. Ils sont d'avis, avec M. Freund, que l'opération par voie vaginale doit être réservée, à titre d'intervention partielle, palliative, aux cas où la cure radicale n'est plus applicable.

Mais M. Pozzi pense que les dangers résultant des ganglions lymphatiques ont été exagérés : pour lui, l'extension du mal et la compression des uretères sont plutôt imputables au tissu cicatriciel qui se propage en s'indurant et s'ulcérant; d'ailleurs, il croit impossible d'enlever tous les ganglions, avec la certitude de n'en laisser aucun.

Pour ce qui est du choix de la voie opératoire, le professeur de gynécologie de Paris se montre moins absolu que les autres rapporteurs:

si la laparotomie est indiquée quand il y a atrophie ou étroitesse du vagin, friabilité ou destruction du col, invasion des culs-de-sac, quand le corps de l'utérus est très gros, le cancer compliqué de fibrome, de grossesse ou de pyosalpingite, lorsque enfin la matrice est immobilisée et entourée de tissus infiltrés, par contre, dans tous les autres cas, il donne la préférence à l'intervention par voie vaginale : celle-ci, plus bénigne, est suffisante dans les cancers au début; dans les lésions plus avancées, il faut s'en tenir au traitement palliatif, la récidive étant fatale à brève échéance.

Il semble que cette manière de voir ait rallié la plupart des suffrages, si l'on en juge par la discussion à laquelle ont pris part MM. Delbet (de Paris), Amann (de Munich), Zweifel (de Leipzig), Morisani et Spinelli (de Naples), Jacobs (de Bruxelles), qui, tout en ayant des opinions assez discordantes sur les méthodes opératoires, paraissent pour la plupart partager le pessimisme de M. Pozzi. A signaler toutefois M. Nigrisoli (de Ravenne), qui, au cours d'une communication sur les avantages comparés des méthodes abdominale et vaginale, envisagées en général, se montre partisan de la première dans le cancer de l'utérus; elle a, il est vrai, une mortalité immédiate un peu plus élevée (2 décès sur 14 cas contre 4 sur 55 interventions vaginales), mais elle offre moins de danger de greffe cancéreuse, est de technique plus facile, et permet enfin d'espérer une guérison plus durable : sur 50 femmes chez lesquelles il a pratiqué l'hystérectomie vaginale de 1890 à 1898, 7 vivent encore; sur 14 qui ont été traitées par l'hystérectomie abdominale depuis 1898, 5 sont vivantes à l'heure actuelle. Disons enfin que M. Morisani combat la méthode mixte, vagino-abdominale, qui lui a donné 2 morts sur 2 cas.

Je ne dirai rien des communications; faute de temps, toutes n'ont pu avoir lieu; celles qui ont été faites n'étaient, pour la plupart, que des observations cliniques ou des statistiques d'opération, impossibles à résumer, ou apportaient de simples contributions à des faits déjà connus.

Dr F. LANDUCCI,
Directeur de la Maternité de Bergame.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Frottement péricardique se propageant sur une vaste étendue, par MM. E. DEVIC et J. DE TEYSSIER.

Un des signes le plus fréquemment invoqués pour différencier le frottement péricardique d'avec les autres bruits anormaux de la région précordiale est la non-propagation de ce frottement qui, suivant l'expression de M. Jaccoud, « naît et meurt sur place ». Le fait relaté dans le présent travail montre que cette formule, vraie dans la généralité des cas, est cependant d'un exclusivisme un peu trop absolu.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, brightique et dans un état subcomateux, chez laquelle l'examen du cœur révélait les signes suivants :

La palpation donnait une sensation de frémissement assez intense, ayant les caractères du frottement, et strictement localisée à la région précordiale. A l'auscultation, on entendait un bruit de frottement rude, râpeux, presque piaulant, très marqué au niveau de la pointe, vers l'appendice xiphoïde, moins net quand on se rapprochait de la base du cœur; ce bruit était encore perceptible sur les fausses côtes gauches; il disparaissait, au contraire, sur le bord droit du sternum; enfin on l'entendait aussi sur la partie latérale gauche du thorax, ainsi qu'en arrière et à gauche, où il semblait même *plus intense qu'en avant :* il y était assez marqué pour gêner l'auscultation de la base pulmonaire de ce côté. Ajoutons que ce frottement n'était pas perceptible à distance, mais cessait d'être perçu dès que l'oreille quittait la paroi thoracique.

L'autopsie fit reconnaître, outre une sclérose rénale prononcée, une péricardite des plus manifestes : léger épanchement citrin dans le péricarde, exsudats fibrineux recouvrant le feuillet viscéral de la séreuse dans toute sa partie postérieure et vers l'origine des gros vaisseaux; aux points correspondants, le feuillet pariétal était également tapissé de fausses membranes, mais moins abondantes; par contre, à la région antérieure, les deux feuillets étaient presque complètement indemnes. Le ventricule gauche était énormément dilaté. Enfin la plèvre droite était le siège d'une symphyse à peu près totale, sauf en bas et en arrière où existait une petite poche de pleurésie enkystée; la plèvre gauche renfermait 200 grammes environ de liquide citrin.

De ce fait, les auteurs rapprochent 10 autres observations, plus ou moins analogues, qu'ils ont pu recueillir dans la littérature médicale. De l'ensemble de ces documents, ils croient pouvoir déduire les conditions qui permettent cette propagation du frottement péricardique. Pour la production de ce phénomène, plusieurs facteurs sont nécessaires, que réalise surtout la péricardite brightique : d'abord, la présence d'exsudats péricardiques abondants et résistants; ensuite, l'hypertrophie du cœur, d'où contractions cardiaques plus violentes, glissement plus énergique des exsudats les uns sur les autres; enfin, l'existence, au voisinage du cœur, d'une masse solide, dense, conduisant bien le son.

Ce dernier rôle peut être rempli par le foie, quand le cœur se trouve refoulé jusqu'à son contact (par un poumon très emphysémateux, par exemple), et c'est alors vers le bas que se propagera le frottement; ou encore par le poumon « densifié » (congestion, hépatisation) ou comprimé par un faible épanchement de la base, et en pareil cas c'est latéralement et en arrière que se fera la propagation, comme dans l'observation que nous venons de résumer. Mais quand c'est par un épanchement pleural que se réalise ce mécanisme de densification pulmonaire, encore faut-il que cet épanchement soit peu abondant et limité à la base, car l'interposition d'une lame liquide (mauvaise conductrice du son) entre le cœur et l'oreille porterait au contraire obstacle à la propagation du frottement. (*Arch. gén. de méd.*, juin 1902.) — F. F.

Plaie de la moelle cervicale par instrument tranchant, par M. BICHAT.

Le fait relaté par l'auteur est intéressant d'abord à cause de la rareté des fistules céphalo-rachidiennes consécutives aux plaies de la moelle par instrument tranchant, ensuite par les conclusions que M. Bichat tire de cette observation au point de vue du diagnostic et du traitement des plaies pénétrantes du rachis.

Un homme de trente-six ans est frappé à la nuque d'un coup de couteau; il tombe aussitôt et reste privé de connaissance pendant une demi-heure environ; il se produit en même temps une hémorrhagie abondante. A l'hôpital on constate — deux heures et demie plus tard — que le bras et la jambe du côté droit sont complètement inertes; à gauche quelques mouvements sont encore possibles; quant à la sensibilité, elle est fort affaiblie à gauche, tandis qu'à droite elle est intacte. La plaie, transversale et à bords nets, mesurant environ 25 millimètres de longueur, siège à deux travers de doigt en arrière du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien gauche; elle laisse échapper en abondance du liquide céphalo-rachidien; après incision des plans superficiels et pincement ou ligature de quelques petits vaisseaux qui saignent, on explore le trajet profond qui, long de 6 centimètres, s'étend de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans jusque sur la face latérale gauche de la colonne cervicale. L'issue de liquide céphalo-rachidien et l'existence d'un ensemble de troubles sensitivo-moteurs réalisant une ébauche de syndrome de Brown-Séquard, font porter, avec réserve toutefois, le diagnostic d'hémisection *droite* de la moelle, bien que la plaie cutanée siège très nettement à *gauche* de la ligne médiane. On se contente de tamponner le trajet à la gaze iodoformée, et d'appliquer par-dessus un large pansement compressif.

Le lendemain, la paralysie était totale du côté droit; les réflexes étaient fortement exagérés des deux côtés; la moitié du corps paralysé était hyperesthésiée; à gauche, au contraire, la sensibilité était diminuée; le syndrome de Brown-Séquard persistait donc, voire plus accusé que la veille. Le malade, après divers incidents, finit par succomber au treizième jour, dans l'hyperthermie, avec pouls à 120; à aucun moment il n'avait présenté de troubles oculaires ni respiratoires, et les phénomènes de paralysie s'étaient un peu atténués; par contre, l'écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien avait continué jusqu'au dernier moment.

L'autopsie confirma le diagnostic clinique : le trajet du coup de couteau étant très oblique, la lame avait passé entre l'atlas et l'axis, n'avait fait qu'effleurer la moitié gauche de la moelle et avait complètement sectionné le cordon antéro-latéral et une partie du cordon postérieur droits; on trouva, en outre, des lésions de méningite spinale à la région cervicale et à la partie supérieure de la région dorsale; enfin l'encéphale présentait des altérations congestives (hémorrhagie sous-dure-mérienne à la partie postérieure de l'hémisphère droit, congestion au niveau du cervelet et des lobes postérieurs des deux hémisphères).

Ainsi, ce fait témoigne une fois de plus de la haute valeur du syndrome de Brown-Séquard pour le diagnostic des hémisections de la moelle : il permit de localiser la lésion médullaire au côté droit, alors que la plaie des téguments siégeait à gauche. En outre, il démontre la gravité des fistules céphalo-rachidiennes; comme M. Bichat le fait observer, la mort fut causée à la fois par les phénomènes de congestion encéphalique consécutifs à la décompression considérable due à l'issue du liquide céphalo-rachidien, et par l'infection des méninges spinales, infection qui fut facilitée par la béance de la plaie rachidienne. Aussi estime-t-il qu'en pareille occurrence il y aurait lieu — sinon de suturer les méninges après résection d'une ou de plusieurs lames vertébrales, ce qui eût été impraticable ici, puisque c'est l'atlas et l'axis qu'il aurait fallu réséquer — du moins de suturer les plans profonds le plus près possible de la colonne vertébrale, après désinfection et hémostase soignées des parois du trajet, opération qui a été pratiquée avec succès par Holmes, il y a une vingtaine d'années, pour une plaie pénétrante du canal rachidien, sans lésion de la moelle, il est vrai. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai 1902.) — F. F.

La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères, par M. CARREL.

Au cours d'expériences ayant pour but de réaliser la transplantation de glandes (corps thyroïde, rein), l'auteur a été amené à rechercher une technique satisfaisante d'anastomose vasculaire, technique applicable aussi bien aux veines qu'aux artères, et quel que fût le calibre des vaisseaux envisagés. Voici le procédé auquel il s'est arrêté :

Après avoir saisi dans une pince à mors caoutchoutés, pour assurer l'hémostase, chacun des deux vaisseaux, ceux-ci sont sectionnés, s'il s'agit d'une anastomose termino-terminale, ou bien le plus petit est sectionné et l'on pratique un orifice dans la paroi du plus volumineux, quand on se propose d'établir une anastomose termino-latérale. Ceci fait, on passe, de dehors en dedans, trois fils d'appui en trois points équidistants de la circonférence du premier vaisseau (en ayant soin de ne pas traverser l'endothélium, autant que faire se peut), puis on les conduit de dedans en dehors dans la paroi du second; on retire ensuite les aiguilles, on rapproche jusqu'au contact les bouts vasculaires, on serre et noue les trois fils et on les prend dans autant de pinces. Au moyen de ces pinces, un aide exerce une traction excentrique sur les parois vasculaires, de manière à transformer en triangle équilatéral la circonférence sur laquelle va porter la suture; la traction doit être suffisante pour bien dilater le calibre des vaisseaux, de façon à prévenir tout rétrécissement ultérieur au niveau de l'anastomose; on procède alors à la suture définitive, sous forme d'un surjet continu, à points serrés et rapprochés. Il ne reste plus qu'à supprimer l'hémostase temporaire, et la circulation se rétablit.

Grâce à cette manière de faire, la plaie vasculaire serait absolument étanche, du moins quand les points sont « interstitiels »; en cas de points perforants, il n'y aurait qu'un léger suintement sanguin, qui s'arrêterait spontanément au bout d'une à deux minutes, à condition qu'on ait employé pour les sutures des aiguilles et du fil très fins.

M. Carrel a utilisé ce procédé pour la réunion bout à bout de grosses artères et de grosses veines; il est également parvenu, de la même façon, à greffer un rein de chien, enlevé par néphrectomie transpéritonéale, dans la région cervicale du même animal, en abouchant l'artère rénale à la carotide et la veine rénale à la jugulaire externe. (*Lyon méd.*, 8 juin 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De la dysménorrhée nasale, par M. F. Linder.

Dans le but de s'éclairer sur la nature des rapports qui existent entre la sphère génitale et la muqueuse du nez, et de se rendre compte du mode d'action des interventions intra-nasales (cocaïnisation ou cautérisation de certains points des fosses nasales, notamment du cornet inférieur ou du tubercule de la cloison) sur les douleurs dysménorrhéiques (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 21, 29 et 38 et 1902, p. 240), M. Linder a soumis 16 femmes affectées de ces douleurs depuis un temps suffisamment long à une série d'expériences qui lui ont donné des résultats assez curieux.

C'est ainsi que plusieurs patientes accusèrent une diminution des douleurs à la suite de la simple inspection des fosses nasales; cette atténuation, qui évidemment ne pouvait être attribuée qu'à une action psychique, à un rétrécissement du champ de la conscience par un nouvel état émotif provoqué par des manœuvres dont les malades ne connaissaient pas le but, fut d'ailleurs de très courte durée. L'anesthésie des points génitaux à l'aide de la cocaïne ne donna aucun résultat dans 4 cas; elle fut suivie 2 fois d'une exacerbation des douleurs, tandis que chez les 10 autres femmes les douleurs disparurent au bout d'un temps plus ou moins long, les patientes éprouvant ainsi un véritable bien-être qui, chez quelques-unes, se maintint pendant vingt-quatre heures environ. Les 10 malades de cette dernière catégorie furent soumises le lendemain à une nouvelle expérience consistant dans la friction des points génitaux non plus avec de la cocaïne, mais avec de l'eau fraîche ordinaire, sans qu'elles fussent toutefois averties de cette substitution : le résultat fut nul dans 2 cas, partiel dans 6 et complètement analogue à celui qu'avait déterminé la cocaïne chez 2 femmes; il est à remarquer toutefois que chez les 8 patientes ayant accusé un résultat nul ou partiel, l'application consécutive de cocaïne produisit une accalmie aussi complète et durable que dans la première expérience. Un dernier essai enfin consista également en applications d'eau fraîche, mais cette fois au su des malades : le résultat fut nul dans tous les cas.

Tous ces faits démontrent donc que la cocaïne en applications intra-nasales exerce sur les douleurs dysménorrhéiques une action calmante incontestable; l'auteur n'en croit pas moins, cependant, qu'une part importante dans cette action revient à la suggestion et que, lorsque la cocaïne se montre efficace, la suggestion seule doit posséder la même efficacité.

En ce qui concerne la nature des relations existant entre les points dits génitaux des fosses nasales et les troubles dysménorrhéiques, il existe certains faits qui semblent plaider en faveur d'un rapport somatique. C'est ainsi que, dans 2 cas cités plus haut, l'application de cocaïne ne fit que rendre les douleurs plus intenses. Et M. Linder explique cette action, en apparence paradoxale, par l'irritation mécanique des nerfs sensitifs, qui serait survenue à la suite de l'intervention intra-nasale, avant que l'anesthésie des points génitaux eût eu le temps de se produire. D'un autre côté, l'auteur a eu l'occasion d'observer, au cours de plusieurs laparotomies, les effets produits par l'irritation artificielle des points génitaux sur les organes génitaux de la femme; ces effets ont été assez caractéristiques; ils se manifestèrent principalement sous forme d'hyperhémies locales qui apparaissaient pendant l'irritation nasale et disparaissaient quand celle-ci cessait; on remarquait, en outre, des contractions de l'utérus, un plissement de la séreuse et un rapprochement des trompes de Fallope.

Néanmoins, d'une façon générale, M. Linder est enclin à voir dans la dysménorrhée dite nasale un phénomène de nature neurasthénique ou hystérique, analogue aux troubles qui, comme les hémorrhagies nasales, auriculaires, rétiniennes, etc., surviennent pendant la période menstruelle, soit à titre d'hémorrhagies secondaires, soit à titre vicariant, chez les femmes affectées d'aménorrhée, et dont la nature hystérique est reconnue par la majorité des auteurs. Quoi qu'il en soit de cette explication théorique, on se trouve en présence d'un fait pratique d'une importance considérable : c'est la possibilité, dans certains cas, de diminuer, voire de faire disparaître les douleurs dysménorrhéiques, grâce à une intervention intra-nasale des plus simples. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 juin 1902.) — S. J.

Nouveau procédé de restauration des pertes de substance étendues du canal de l'urèthre, au moyen de la rétro-transplantation du pénis et de la portion antérieure correspondante du canal de l'urèthre, par M. G. Ekehorn.

Un enfant de neuf ans avait reçu, à une faible distance, dans la région ano-périnéale, un coup de fusil chargé à plomb : l'anus, le sphincter externe, la peau du périnée, l'urèthre bulbeux et une partie de l'urèthre membraneux avaient été emportés ou s'éliminèrent peu à peu avec quelques séquestres provenant des branches du pubis. Au bout de huit mois, l'énorme plaie s'était à peu près fermée, mais sa place était marquée par une sorte de cloaque cicatriciel au fond duquel s'ouvraient, en arrière, le rectum, et, en avant, les orifices des deux segments pénien et vésical de l'urèthre; la continence rectale était imparfaite, mais celle de la vessie ne laissait presque rien à désirer.

L'écart des deux bouts uréthraux étant trop considérable pour qu'on pût les affronter directement, et les corps caverneux étant en partie détruits, M. Ekehorn traça une incision arciforme dont la convexité se trouvait placée en arrière du scrotum et regardait par son sommet vers le rectum, et dont les deux branches latérales, côtoyant le scrotum, se terminaient au niveau des branches horizontales du pubis; le lambeau ainsi dessiné fut disséqué et relevé jusqu'au-dessus du ligament suspenseur de la verge, lequel fut sectionné : ce lambeau comprenait donc le scrotum et son contenu, les restes des corps caverneux, le pénis et le segment uréthral pénien; les canaux déférents avaient été, il va sans dire, respectés dans l'extrémité supérieure des incisions latérales du lambeau. On approfondit alors l'échancrure de l'arcade pubienne en rognant son rebord osseux, puis le lambeau fut rabattu, et, sans qu'il fût nécessaire de l'étirer, on put affronter les deux segments uréthraux et, après avivement, les fixer l'un à l'autre par cinq points de suture, une sonde à demeure ayant été préalablement introduite. Les suites opératoires furent excellentes; la plaie guérit par première intention et le résultat fonctionnel fut aussi parfait qu'on pouvait le souhaiter.

Des expériences cadavériques ont démontré à l'auteur que, chez l'adulte, ce procédé permettrait de remédier à des pertes de substance atteignant 8 centimètres; dans le cas où le délabrement serait moins étendu, on pourrait respecter les corps caverneux et la branche génitale du nerf honteux interne. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 4.) — R. DE B.

Du diagnostic de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant, d'après 54 observations personnelles, par M. A. Kissel.

L'auteur relate ses observations personnelles sur la péritonite tuberculeuse chez les enfants, en insistant tout particulièrement sur les difficultés du diagnostic de cette affection à son début. C'est ainsi que la fluctuation fait souvent défaut ou est inconstante; par contre, un signe de haute valeur serait constitué par l'épaississement précoce du péritoine, épaississement dont on pourrait se rendre compte en pinçant entre deux doigts un pli de la paroi abdominale. Ce moyen permettrait de rechercher, en outre, la sensibilité du péritoine, sensibilité qui ferait défaut dans les cas d'épanchement péritonéal non tuberculeux (ajoutons que, pour M. Kissel, la péritonite chronique spontanée est toujours de nature tuberculeuse). Le diagnostic de la tuberculose péritonéale peut, enfin, être facilité par l'existence simultanée d'un épanchement pleurétique.

Quant au pronostic, l'auteur a pu observer un certain nombre de cas où l'épanchement s'est résorbé spontanément, sous l'influence d'un traitement tonifiant. La cure chirurgicale a été instituée chez 37 malades, avec 27 guérisons. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Emploi du bleu de méthylène dans les opérations pour trajets fistuleux, par M. Th. G. Davis.

L'auteur relate l'observation d'une femme de quarante-trois ans, opérée deux fois, sans succès, pour un abcès ischio-rectal droit. A l'examen de la patiente, on trouvait une bande de tissu cicatriciel s'étendant du sphincter de l'anus presque jusqu'à la tubérosité de l'ischion; vers le milieu de cette bande, il existait un pertuis à bords atones, par lequel on voyait sourdre du pus. Une sonde, introduite par cet orifice, pénétrait, en haut et du côté externe, dans la fosse ischio-rectale droite, à une profondeur de 8 centimètres environ, sans qu'il fût cependant possible de se rendre compte si le trajet fistuleux s'ouvrait dans le rectum. Mais l'exploration à l'aide du spéculum révéla l'existence d'un petit orifice, à 7 centim. 1/2 à peu près au-dessus de la marge de l'anus. Après avoir pratiqué, pendant une quinzaine de jours, des lavages avec de l'eau oxygénée dédoublée et avec de l'alcool à 50°, afin de désinfecter la région et d'augmenter la vitalité des tissus, M. Davis se décida à intervenir. A cet effet, il injecta dans le trajet fistuleux, à trois reprises pendant les vingt-quatre heures qui précédèrent l'opération, une solution de 1 gr. 80 centigr. de bleu de méthylène dans 30 grammes d'alcool à 50°. La malade une fois préparée, anesthésiée, et la région anale étant suffisamment tendue, on ne tarda pas à apercevoir d'une façon très nette l'orifice rectal dont les bords étaient colorés en bleu. Une sonde cannelée fut alors insinuée dans cet orifice, et les tissus chargés sur l'instrument, y compris le sphincter, furent sectionnés. En écartant ensuite les lèvres de l'incision, on mit à nu tout le trajet fistuleux, fortement coloré en bleu et se présentant sous la forme d'un Y, dont la fourche, mesurant 3 centim. 1/2 environ, s'étendait jusque dans la fosse ischio-rectale, et dont la troisième branche, ayant à peu près la même longueur, s'ouvrait à l'extérieur.

Grâce à la coloration bleu intense due à l'injection préalable de matière colorante, on fut à même d'exciser aussi complètement que possible les tissus malades, et la patiente guérit sans encombre, résultat qui mérite d'autant plus d'être pris en considération que les deux interventions antérieures avaient échoué.

En se basant sur ce fait, l'auteur estime que l'injection préalable de bleu de méthylène peut rendre d'excellents services, en permettant au chirurgien de suivre facilement toutes les anfractuosités du trajet fistuleux et d'assurer, en conséquence, l'ablation radicale des parties atteintes. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 juin 1902.) — L. CH.

Obstruction de l'uretère par une rate hypertrophique enclavée dans le petit bassin, par M. Lindsay Peters.

L'observation relatée par M. Peters est un exemple d'une complication sans doute fort rare de la splénomégalie associée à la splénoptose.

Une femme de vingt-quatre ans, sujette depuis l'enfance à des accès de fièvre paludéenne, en était au septième mois de sa troisième grossesse, quand, une nuit, elle ressentit tout à coup dans le flanc gauche une douleur violente, qui persista pendant une journée. Deux autres crises semblables survinrent dans la suite et, sur la fin de ces paroxysmes, la patiente éprouva à deux ou trois reprises, en se retournant dans son lit, une sensation analogue à celle d'un organe qui se déplacerait à l'intérieur de son abdomen. Entre temps, sa grossesse se termina par un accouchement prématuré. Les urines n'avaient jamais rien présenté d'anormal.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, on put constater à gauche l'existence d'une tumeur abdominale rappelant, par sa forme, un rein hypertrophié : on diagnostiqua un kyste rénal, et les crises douloureuses précédemment signalées furent imputées à des coliques néphrétiques. Or, une laparotomie faite dans le flanc gauche permit de reconnaître que la tumeur n'était autre que la rate hypertrophiée et ecto-

piée, dont l'extrémité inférieure plongeait dans le petit bassin et comprimait l'uretère sur le rebord de la ligne innominée; la rate fut extirpée et la patiente guérit. Lors de l'intervention existait une leucocytose légère qui, au bout de quatre semaines, avait complètement disparu. On apprit dans la suite que cette femme avait dû être opérée de nouveau pour une néphroptose droite, et que, depuis cette seconde intervention, elle se portait très bien. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril 1902.) — R. DE B.

Estomac en sablier, par M. JOHN M. ELDER.

Les méprises qu'occasionne fréquemment cette forme particulière de lésion de l'estomac nous engagent à résumer l'observation relatée par M. Elder.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, qui présentait, depuis l'âge de vingt-cinq ans, des troubles gastriques dus sans doute à un ulcère de l'estomac; l'auteur, ayant constaté une tumeur au voisinage du pylore — tumeur qui disparut les jours suivants —, conseilla une laparotomie exploratrice.

Après incision de l'abdomen, on rencontra tout de suite l'estomac; au premier abord, ses dimensions n'offraient rien d'anormal, mais le pylore, ou du moins ce qu'on prit pour le pylore, était transformé en un anneau cicatriciel, relié à la paroi abdominale par une épaisse bande fibreuse. Celle-ci fut sectionnée. Or, en recherchant le duodénum, M. Elder s'aperçut qu'au soi-disant pylore faisait suite une nouvelle partie renflée, puis un orifice étroit, et enfin le duodénum : l'anneau fibreux pris tout d'abord pour le pylore n'était qu'une cicatrice partageant l'estomac en deux cavités secondaires. Cette disposition une fois reconnue, la paroi stomacale antérieure fut incisée perpendiculairement à la direction de la cicatrice, comme dans une pyloroplastie, et les lèvres de la plaie furent suturées dans le sens longitudinal. Le résultat opératoire fut excellent. (*Ann. of Surgery*, mai 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit par lésions d'origine fœtale, par M. JULIO MÉNDEZ.

L'observation dont il s'agit est un exemple d'une lésion cardiaque extrêmement rare chez l'adulte, étant donné qu'elle n'est guère compatible avec une existence prolongée.

Depuis l'âge de trois ans, un homme de vingt-six ans se fatiguait rapidement et se cyanosait dès qu'il se livrait à un travail pénible; à plusieurs reprises, étant adulte, il avait eu des crises d'asystolie. Lors de la dernière qu'il présenta, voici les symptômes cardiaques que l'on observait : la pointe du cœur battait dans le sixième espace intercostal et la matité précordiale était assez étendue. Au niveau de la valvule mitrale on percevait un souffle présystolique et systolique; un souffle systolique encore plus intense s'entendait au foyer de l'artère pulmonaire, où le second bruit était, par contre, normal; à l'orifice aortique, les deux bruits étaient normaux, mais en partie couverts par le souffle systolique provenant de la mitrale; à l'orifice tricuspide on ne percevait que la propagation des souffles de la mitrale.

Le malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on put constater que le ventricule droit était extrêmement atrophié; le ventricule gauche était au contraire hypertrophié et dilaté; l'orifice mitral était énormément dilaté; ses valvules, ses piliers ou ses cordages tendineux étaient épaissis. L'*infundibulum* aortique, par suite de la dilatation de l'anneau d'insertion de la mitrale, se trouvait fort diminué. Dans la cloison interventriculaire, à 5 centimètres en avant de l'insertion de la valvule mitrale, à 1 centimètre au-dessous des valvules sigmoïdes droite et postérieure, se trouvait un orifice large de 1 centimètre, à bords irréguliers, épaissis, et qui faisait communiquer les deux ventricules; par sa situation, cet orifice semblait correspondre à la *pars membranacea*. Le ventricule droit, très réduit comme capacité, était formé de deux parties : l'une, inférieure, qui n'était autre que la pointe du ventricule, et vers la paroi postérieure de laquelle se voyaient quelques piliers atrophiques croisant un *infundibulum* ovoïde, qui marquait sans doute l'emplacement de la valvule tricuspide; il n'y avait, en effet, par ailleurs, nulle trace de communication entre l'oreillette et le ventricule droits; l'autre, supérieure, de la capacité d'une grosse noix, communiquait par l'orifice déjà signalé avec le ventricule gauche et se continuait plus haut avec le cône de l'artère pulmonaire. Les valvules veineuses de l'oreillette droite étaient très développées, et dans le trou de Botal, non obturé, l'on pouvait enfoncer deux doigts. La veine jugulaire gauche venait enfin s'ouvrir dans l'oreillette gauche.

L'absence de la cloison interventriculaire permet de penser que les lésions remontaient à la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine. Mais il ne s'agissait vraisemblablement pas d'un simple arrêt de développement : l'état cicatriciel des bords de l'orifice interventriculaire, l'occlusion complète de l'orifice tricuspide, enfin l'aspect opaque ou scléreux de l'endocarde évoquaient l'idée d'un processus inflammatoire, d'une véritable endocardite intra-utérine, qui avait causé ou parachevé l'arrêt de développement. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janvier-février 1902.) — R. DE B.

Traumatismes au point de vue médico-légal, par M. J. ALBA CARRERAS.

L'auteur de ce travail attire l'attention sur l'importance médico-légale de certaines plaies de la tête, dont la guérison semble un fait accompli.

Un ouvrier de vingt-six ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, avait reçu dans une altercation un coup d'un couteau mince et tranchant dans la fosse temporale gauche, à la hauteur de l'aile du sphénoïde; la plaie cutanée qui en était résultée mesurait 3 centimètres et s'était cicatrisée peu à peu, sans que le malade eût été obligé d'interrompre son travail.

Au bout d'une quinzaine, à l'occasion d'un léger excès alcoolique, cet homme succomba presque subitement avec tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale de l'hémisphère gauche. L'étrangeté de cette mort rapide fit requérir une autopsie. Celle-ci démontra la présence d'une vaste collection, formée par du pus, du sang et des caillots, à la partie inférieure du lobe temporal gauche : le pus tirait son origine du ramollissement de la substance cérébrale de ce lobe et le sang provenait de l'artère cérébrale moyenne; l'épanchement s'était récemment ouvert dans le ventricule latéral. Le trajet suivi par le couteau était facile à reconstituer : la peau était cicatrisée, mais dans la profondeur existait du tissu de granulation qui conduisait à une fente osseuse occupant l'aile du sphénoïde et haute de 15 millimètres. Derrière elle la dure-mère, restée adhérente à l'os, offrait une fente de même dimension; un peu de substance cérébrale faisait hernie à travers la fissure crânienne. Il n'existait par ailleurs aucune lésion — telle qu'une suppuration de l'oreille moyenne — ayant pu déterminer un abcès cérébral et l'hémorrhagie qui en avait été la conséquence. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Claudication intermittente et embolie de l'humérale droite, dues à la syphilis, par M. D. CAPPUCCIO.

Un homme de cinquante ans, alcoolique et rhumatisant, ayant de plus contracté vers sa vingtième année une syphilis longtemps demeurée silencieuse, souffrait depuis trois ans environ de manifestations spécifiques (périostite gommeuse de la face antérieure du sternum, douleurs erratiques, céphalée, etc.) qui cédaient facilement au traitement antisyphilitique, mais pour reparaître aussitôt que celui-ci était suspendu, quand il fut pris brusquement un jour d'une douleur très aiguë, angoissante, au niveau du pli du coude droit; le reste du membre était le siège d'une sensation pénible d'endolorissement. Quelques heures après cet accident, l'auteur fut appelé à voir le malade; il constata que le bras, abandonné inerte sur le plan du lit, en extension, était pâle et décoloré, parsemé de taches sombres, cyanotiques; sa température locale était abaissée, sa sensibilité légèrement obtuse, sa motilité quelque peu compromise : la flexion et l'extension complète des doigts étaient impossibles. Enfin, le pouls était aboli à la radiale et à la cubitale; à l'humérale, il était nettement perceptible dans la première portion du trajet de cette artère, mais il diminuait peu à peu d'amplitude et finissait par disparaître entièrement vers le tiers inférieur du bras. Les jours suivants, les différents troubles s'amendèrent petit à petit, mais la circulation capillaire ne s'établit que très lentement; au bout de trois semaines, la température du membre supérieur droit était encore inférieure à celle du bras du côté opposé; l'avant-bras avait subi une atrophie de 1 centim. 1/2; l'humérale se révélait à la palpation comme un cordon plein et dur, privé de pulsations même au niveau du creux axillaire.

Bien que cet homme ne présentât aucun symptôme objectif ou subjectif d'une lésion cardiaque, M. Cappuccio ne croit pas que l'on puisse éliminer d'emblée l'hypothèse d'une embolie provenant de l'endocarde : il suffit d'admettre qu'il s'agissait d'une endocardite ayant jusque-là respecté les appareils valvulaires. Toutefois, on pourrait aussi accepter l'idée d'une artérite syphilitique des premières voies artérielles, avec formation d'un caillot qui se serait détaché sous le choc de l'ondée sanguine. Et, de fait, cette artérite n'aurait pas été un accident isolé dans l'histoire de ce malade : depuis quelques mois, en effet, celui-ci offrait les signes d'une claudication intermittente typique, mais localisée au pied et à la jambe du côté droit, et n'intéressant pas la cuisse, de sorte que l'obstacle à l'irrigation parfaite des masses musculaires devait siéger non sur la fémorale, comme c'est le cas dans le type clinique décrit par Charcot, mais plus bas, au niveau d'une des branches de division de cette artère; il s'agissait vraisemblablement là d'une artérite syphilitique ayant diminué progressivement le calibre du vaisseau, sans l'obstruer complètement; des artérites spécifiques limitées ont d'ailleurs été signalées déjà par divers auteurs pour des territoires artériels parfaitement définis (sous-clavière, humérale, radiale, fémorale, etc.).

Enfin l'auteur prend occasion de ce fait pour discuter les diverses théories qui ont été émises, concernant la violente douleur qui accompagne l'obstruction d'une artère par embolie. Deux opinions sont en présence : celle de Virchow, qui attribue les phénomènes douloureux à la compression exercée sur le nerf voisin par l'artère oblitérée et distendue, et celle d'Emmert, qui les rapporte à l'irrigation sanguine insuffisante, et par suite à la nutrition défectueuse, des filets nerveux. Ni l'une ni l'autre de ces hypothèses ne semble à M. Cappuccio entièrement satisfaisante : la première, parce que le mécanisme invoqué par Virchow exigerait pour sa production que le tronc nerveux fût intimement lié à l'artère et ne pût fuir devant la distension de celle-ci, conditions anatomiques qui ne se trouvent qu'exceptionnellement réalisées; la seconde, parce que la soudaineté de la douleur s'accorde mal avec l'idée d'un trouble de nutrition, forcément lent et progressif; aussi en propose-t-il une troisième, faisant intervenir les modifications que l'embolie entraîne dans la circulation du nerf lui-même : sous l'influence de la suppression subite de la *vis a tergo*, la colonne sanguine qui remplit la veine nourricière du nerf cesse de progresser, retombe, en quelque sorte, par son propre poids sur les capillaires intrafasciculaires, d'où distension brusque de ceux-ci et véritable choc traumatique des fibres nerveuses circonvoisines. (*Gazz. degli Osped.*, 1er juin 1902.) — F. F.

Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du foie, par M. R. SIMONINI.

La rareté du sarcome hépatique primitif, surtout chez l'enfant, et les difficultés qu'offre le diagnostic de cette affection, nous engagent à résumer le fait observé par M. Simonini.

Il s'agit d'un petit garçon de trois ans et huit mois, premier-né de parents sains, et lui-même bien constitué, qui fut présenté à l'auteur parce que, depuis une diarrhée estivale, il lui était resté quelques troubles digestifs (inappétence, diarrhée), accompagnés d'inquiétude, d'irritabilité, et d'un certain dépérissement. L'examen objectif ne révélait rien de bien saillant; l'abdomen était seulement un peu gros, météorisé, et le foie, de consistance normale, débordait les fausses côtes de 2 centimètres environ; il n'y avait pas d'ictère, pas d'ascite, pas d'œdème; à l'analyse, les urines furent trouvées normales.

Au bout de trois semaines environ, l'état s'était notablement aggravé : le petit malade avait perdu 412 grammes de poids; il n'absorbait plus qu'un peu de lait et quelques œufs; la diarrhée persistait, fétide et verdâtre; le ventre était très augmenté de volume, avec un réseau veineux bien marqué, et la palpation y faisait reconnaître, à droite, la présence d'une tumeur de consistance à peine supérieure à celle du foie, occupant à peu près tout le quart supérieur de la cavité abdominale, et limitée par une ligne courbe à concavité tournée vers la gauche, qui, partant de l'appendice xiphoïde, passait à un centimètre au-dessus de l'ombilic pour rejoindre, un peu plus haut que ce point, la ligne axillaire; en haut, cette tumeur, mate à la percussion, semblait atteindre la quatrième côte; elle suivait les mouvements respiratoires, n'était le siège d'aucun frémissement et d'aucun souffle. On ne notait toujours ni ictère, ni ascite, ni œdèmes. Les urines, de toxicité légèrement diminuée, ne renfermaient pas d'albumine ni de pigments biliaires, mais elles contenaient de l'indican et des traces d'urobiline; le taux de l'urée était de 20 ‰, celui des chlorures était abaissé, celui des phosphates et de l'acide urique normal; l'épreuve de la glycosurie alimentaire se montra positive.

Dans les semaines qui suivirent cet examen, le dépérissement de cet enfant fit des progrès rapides, et la mort survint environ deux mois plus tard : la tumeur avait augmenté énormément de volume, au point de remplir toute la fosse iliaque droite et de dépasser à gauche la ligne mamillaire prolongée; dans les derniers jours étaient survenus un peu d'ascite, de l'œdème des malléoles, et quelques élévations irrégulières de la température. Mais durant cette période on avait fait plusieurs ponctions exploratrices de la tumeur, et une d'elles ayant ramené un liquide jaunâtre dans lequel nageaient des cellules rondes à gros noyaux, facilement colorables par le bleu de méthylène, on avait émis l'hypothèse de sarcome du foie; et l'autopsie confirma le bien fondé de cette opinion, en montrant que la glande hépatique, qui pesait 1,749 grammes, était farcie de noyaux sarcomateux, à structure alvéolaire et formés d'éléments globo-cellulaires; les autres organes étaient sains.

A propos de ce fait, M. Simonini passe en revue les quelques observations du même genre qui ont été antérieurement publiées. Toutes s'accordent pour démontrer les obscurités qui entourent le diagnostic de sarcome primitif du foie, surtout chez l'enfant, étant donné que cette affection n'a aucun caractère spécial et ne semble même que médiocrement retentir sur les fonctions hépatiques, et qu'il est tout à fait rare que la ponction exploratrice fournisse des renseignements décisifs; c'est en particulier avec l'abcès du foie, les diverses cirrhoses, la syphilis hépatique, les kystes hydatiques que la confusion se produit le plus aisément : la dénutrition précoce et rapide, associée à l'existence d'une tumeur hépatique, est à peu près le seul élément qui pourra éveiller l'idée d'une néoplasie. D'ailleurs, ce tableau morbide peut être réalisé par le carcinome tout aussi bien que par le sarcome; mais, ici, l'on se trouve bientôt arrêté : si l'on peut reconnaître assez facilement le cancer massif, avec son hypertrophie hépatique à surface lisse et régulière, il faut convenir que le diagnostic est à peu près impossible entre le sarcome et le carcinome nodulaire. (*Riforma med.*, 10 et 12 mai 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

Fonctionnement de l'estomac dans les diverses périodes de la syphilis, par M. W. Robin.

Le présent mémoire est basé sur 223 examens du fonctionnement de l'estomac, pratiqués chez 40 femmes hospitalisées dans le service des maladies vénériennes de M. Markusfeld, à l'hôpital israélite de Varsovie. Sur ce nombre, on compte 92 examens dans 16 cas de syphilis tertiaire et 131 examens chez 24 patientes n'ayant pas encore abouti à cette période de l'infection syphilitique. Ce sont surtout les résultats obtenus dans la première catégorie de faits qui méritent d'être signalés : sur les 16 malades de cette catégorie, 6 seulement (37.5 %) n'offraient rien d'anormal, ni au point de vue du chimisme gastrique, ni du côté de la motricité de l'estomac; 4 présentaient de l'hyperacidité du suc gastrique; dans 1 cas, il existait une gastrite chronique; chez 3 patientes, on notait de l'hyperacidité du suc gastrique; enfin, 2 fois l'acide chlorhydrique libre faisait complètement défaut dans le contenu stomacal. Le traitement spécifique, comprenant l'usage de l'iodure de potassium associé aux frictions mercurielles, n'a exercé aucune influence appréciable sur le chimisme gastrique dans 8 cas, tandis que chez la plupart des autres malades, il a eu pour résultat de déterminer une hypersécrétion plus ou moins intense.

Fait à remarquer, le pouvoir moteur de l'estomac était complètement normal chez les 16 patientes, et cela avant comme après le traitement.

Au point de vue pratique, M. Robin estime qu'en présence d'une tumeur ou de troubles gastriques associés à l'absence complète d'acide chlorhydrique dans la cavité stomacale, chez un sujet atteint de syphilis tertiaire, on doit soupçonner l'existence d'une lésion spécifique, telle que gomme ou ulcère syphilitique de l'estomac, gastrite hypertrophique, etc. D'autre part, il importe également, toutes les fois qu'on a affaire à un ulcère ou à un néoplasme gastrique, de rechercher si le patient n'a pas subi une atteinte de vérole et s'il n'en présente pas quelque manifestation; dans les cas où la nature de l'ulcération ou de la tumeur reste douteuse, il y a lieu d'essayer le traitement spécifique. (*Gaz. lekarska*, 26 juillet 1902.) — L. CH.

Dextrocardie congénitale sans inversion des viscères, par M. J. Brudzinski.

L'observation relatée par l'auteur concerne un garçon de huit ans, reçu dans le service de M. Anders, à l'hôpital de l'Enfant Jésus, à Varsovie, pour une céphalalgie avec toux intense. A l'examen du petit patient, on constata, dans le creux sous-claviculaire droit, l'existence d'une dilatation considérable des veines superficielles. Voulant ensuite procéder à l'exploration du cœur, M. Brudzinski fut très surpris de ne trouver, dans la moitié gauche du thorax, aucune matité, ni à la percussion de haut en bas, ni en allant dans le sens transversal. L'auscultation, pratiquée au niveau de la région précordiale, ne décelait les bruits du cœur que très atténués. Par contre, en percutant la moitié droite de la cage thoracique en avant, on obtenait de la matité au niveau de la quatrième côte, matité qui s'étendait, à gauche, jusqu'au bord droit du sternum, tandis que sa limite était plus difficile à préciser à droite. Dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire droite, on percevait, d'une façon très nette, le choc de la pointe du cœur, et en ce même point, ainsi que dans le deuxième espace intercostal, du côté du bord droit du sternum, on entendait les bruits cardiaques bien frappés. On se trouvait évidemment en présence d'une dextrocardie, qui était, du reste, tout à fait indépendante de l'affection pour laquelle le petit malade avait été admis à l'hôpital, l'examen du poumon ayant mis en évidence une pneumonie chronique interstitielle avec bronchectasie.

La radioscopie ne fit que confirmer le diagnostic de dextrocardie. Fait assez rare, cette anomalie n'était point accompagnée d'inversion générale des viscères. (*Gaz. lekarska*, 28 juin 1902.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Un cas rare de rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle, par M. N. Trinkler.

Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin se localisent de préférence à l'iléon et à la région iléo-cæcale, et il est excessivement rare de rencontrer ces lésions du côté du duodénum et du jéjunum : dans la littérature médicale, M. Trinkler n'a trouvé que deux cas de ce genre, l'un signalé par M. von Mikulicz et l'autre par M. Bobrov.

L'auteur y ajoute un troisième fait de même ordre, qui a trait à un jeune homme de vingt-deux ans, très amaigri et atteint de troubles digestifs graves se traduisant par des coliques, des nausées et des vomissements, ainsi que par une sensibilité exagérée des parois abdominales à la pression. A l'examen, on notait l'existence d'un météorisme généralisé; quelques frottements légers exercés sur les parois de l'abdomen suffisaient pour provoquer des mouvements péristaltiques brusques de l'intestin. Le malade se plaignait de constipation et de rétention des gaz, alternant avec de la diarrhée.

En se basant sur ces données, ainsi que sur les antécédents héréditaires et collatéraux du patient (mère sujette à des bronchites, sœur opérée pour une coxalgie), l'auteur posa le diagnostic de péritonite tuberculeuse sèche avec occlusion partielle de la portion iléo-cæcale de l'intestin, soit par tuméfaction des ganglions lymphatiques, soit par adhérences entre les anses intestinales.

En procédant à la laparotomie, M. Trinkler fut très surpris de ne rien trouver d'anormal dans la région iléo-cæcale et de voir les deux feuillets du péritoine exempts de toute altération. Dirigeant alors ses investigations du côté de l'iléon et du jéjunum, il constata, au moyen de la palpation, dans la partie moyenne du jéjunum, la présence d'un corps mou, ayant le volume d'une petite amande, et qu'il prit d'abord pour un petit amas de matières fécales; mais un examen plus attentif permit de reconnaître que cette induration était immobile et faisait partie de la paroi intestinale elle-même : on avait évidemment affaire à une infiltration tuberculeuse annulaire. Cela étant, on se décida à pratiquer une résection de l'intestin sur une étendue de quatre travers de doigt, de manière à dépasser, de chaque côté, de plus de 1 centimètre 1/2 les limites du mal. Les deux bouts de l'intestin furent ensuite réunis par une suture circulaire d'après le procédé de Kocher, et la plaie abdominale fut complètement fermée.

Le malade ne tarda pas à être soulagé. Il présenta encore, il est vrai, à deux reprises, des phénomènes d'occlusion intestinale avec météorisme, vomissements, etc. Mais ensuite tous les symptômes morbides disparurent et, dans l'espace de six mois, le patient vit augmenter son poids de 20 kilogrammes environ.

L'examen de la portion réséquée de l'intestin montra l'existence, sur une étendue de 3 centimètres, d'un rétrécissement laissant à peine passer un fin stylet. La face interne de cette sténose présentait une ulcération circulaire, à bords épaissis et renfermant des tubercules avec cellules géantes et quelques bacilles de Koch.

La localisation du rétrécissement au jéjunum mise à part, il convient encore de signaler une autre particularité : il n'existait, dans ce cas, aucune lésion du poumon; or, il est de règle de voir la tuberculose intestinale coexister avec de la tuberculose pulmonaire. (*Prakt. Vratch*, 6 et 13 avril 1902.) — L. CH.

Sur un nouveau procédé d'auscultation pulmonaire, par M. G. Vladimirov.

L'auteur a expérimenté, dans le service de consultation de l'hôpital des enfants Saint-Vladimir, ainsi qu'à l'asile Sainte-Sophie pour enfants atteints de maladies chroniques, à Moscou, le procédé d'auscultation parallèle et simultanée des poumons qui a été décrit dans ce journal par M. le professeur Bourget (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 363-365). Les recherches de M. Vladimirov ne font que confirmer l'opinion de M. Bourget sur l'utilité et les avantages de la méthode en question. L'auteur estime, toutefois, que le maniement du stéthoscope double exige une certaine habitude. Aussi avait-il commencé par pratiquer l'auscultation parallèle et simultanée des poumons sur des enfants grandelets et exempts de toute lésion pulmonaire; ce n'est que lorsqu'il eut appris à saisir simultanément les phénomènes acoustiques se produisant dans des régions différentes de la cage thoracique et à les rapporter à leur point de départ respectif, qu'il passa à l'exploration des enfants atteints de bronchite aiguë, de pneumonie fibrineuse, etc.

Le procédé dont il s'agit semble particulièrement utile pour le diagnostic précoce des affections pulmonaires, en raison de la netteté avec laquelle il permet de percevoir la moindre différence dans l'intensité des bruits respiratoires. C'est ainsi que dans un cas où l'auscultation mono-auriculaire avait à peine fait soupçonner une diminution du murmure vésiculaire au niveau de l'un des sommets, cette diminution ne fit plus l'objet d'aucun doute dès qu'on ausculta le malade avec le stéthoscope double.

C'est surtout dans la pratique infantile que la méthode de M. Bourget sera très appréciée, car elle met le médecin à même d'abréger considé-

rablement la durée de l'examen, une courte accalmie suffisant pour ausculter à la fois les parties atteintes et les parties saines des poumons.

Afin d'obtenir des résultats plus sûrs, M. Vladimirov recommande de procéder, pendant l'auscultation, à l'entre-croisement des stéthoscopes, en mettant l'instrument correspondant à l'oreille gauche sur le côté droit de la poitrine, tandis qu'on pose l'autre sur le côté gauche. (*Méd. Obozr.*, LVII, 3.) — L. CH.

Ulcère simple de la vessie et ulcère rond de l'estomac, par M. E. KAVETZKY.

L'ulcère simple de la vessie étant assez rare et la pathogénie de cette lésion étant encore fort obscure, il nous paraît intéressant de relater l'observation publiée par M. Kavetzky et qui semble militer en faveur de l'opinion émise par un certain nombre d'auteurs (Castaigne, Le Fur, etc.), d'après laquelle il existerait une certaine analogie entre le processus ulcératif en question et l'ulcère rond de l'estomac.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une femme âgée de quarante et un ans, admise dans le service gynécologique de l'hôpital du zemstvo de Samara pour des pertes sanguines très abondantes contre lesquelles on avait fait, quelques mois auparavant, un curettage de l'utérus. A l'examen, on constata une augmentation de volume et de consistance de la matrice et la présence, dans le canal cervical, d'un polype. On excisa la tumeur et on pratiqua, de nouveau, un curettage utérin. Sur ces entrefaites, la patiente contracta la fièvre récurrente et ne tarda pas à succomber au milieu de phénomènes de prostration progressive.

A l'autopsie, faite deux jours après la mort, on trouva des adhérences entre le péritoine pelvien et la vessie, dont les parois paraissaient amincies et dont la muqueuse présentait, par endroits, une coloration ardoisée. Sur la paroi postérieure de l'organe, près du sommet, il existait un orifice à bords lisses et de couleur ardoisée, ayant un diamètre d'environ 5 millimètres et entouré d'une zone de vaisseaux dilatés. Cet orifice menait dans une poche grosse comme un œuf de poule, située entre la vessie et l'utérus, et qui était remplie de pus. D'autre part, on constata sur la petite courbure de l'estomac, lequel avait contracté des adhérences avec les organes avoisinants, la présence d'un ulcère ovalaire, de 1 centimètre de diamètre, à fond net et à bords taillés à pic. Les intestins contenaient un liquide sanguinolent, presque complètement noir.

L'examen microscopique des bords des deux ulcérations fit reconnaître les lésions caractéristiques de l'ulcère simple, sans la moindre trace de formations néoplasiques. Dans une des artères de la vessie on trouva un thrombus à la période d'organisation, ce qui semble indiquer que le processus ulcératif avait été sous la dépendance de troubles de la circulation.

L'auteur serait porté à croire que l'ulcère de la vessie et celui de l'estomac s'étaient développés, tous les deux, au cours de la fièvre récurrente, affection qui, en amenant des altérations du myocarde, aurait déterminé des troubles circulatoires graves. (*Prakt. Vratch*, 15 juin 1902.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Mode d'emploi du chloral dans l'éclampsie.

Si l'emploi du chloral est généralement considéré comme la base du traitement médicamenteux de l'éclampsie, il s'en faut cependant que ce remède soit toujours utilisé d'une façon rationnelle et à des doses suffisantes. La plupart des praticiens administrent le chloral en lavements. Or, d'après l'expérience de M. le docteur Commandeur, accoucheur des hôpitaux de Lyon, cette manière de procéder serait défectueuse, la voie rectale assurant mal l'absorption du médicament. En effet, nombre de malades ne gardent pas le lavement ou, tout au moins, en rejettent une partie sans qu'on s'en aperçoive, et, d'autre part, l'intolérance rectale ne tarde pas à se manifester, de sorte qu'il est souvent difficile d'administrer plus de cinq ou six clystères. Aussi notre confrère préfère-t-il la voie buccale, en ayant soin de se conformer rigoureusement aux deux préceptes formulés par M. le docteur Fochier, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon, à savoir : faire précéder l'emploi du chloral d'un lavage de l'estomac, afin de calmer l'irritabilité gastrique, et dissoudre le médicament dans une quantité suffisante de liquide (100 à 150 grammes pour 1 gramme de chloral). Administré de la sorte, le chloral serait très bien toléré et intégralement absorbé, alors même qu'on en prescrirait des doses élevées. C'est ainsi que M. Commandeur a pu en faire prendre jusqu'à 14 grammes dans l'espace de quatorze heures, sans le moindre accident.

Grâce à cette médication chloralique intensive, appliquée dès le début, notre confrère a vu, dans 4 cas, la grossesse suivre son cours, ce qui est habituellement considéré comme un fait absolument exceptionnel.

Dilatation de la pupille par l'application d'atropine en nature.

Dans le but d'obtenir une dilatation considérable de la pupille, on fait souvent usage d'un mélange d'atropine et de cocaïne, le premier de ces alcaloïdes paralysant le sphincter pupillaire, tandis que le second produit une contraction du muscle dilatateur de la pupille. On instille ce mélange d'autant plus fréquemment que la dilatation de la fente pupillaire est plus difficile à réaliser; c'est ainsi que, dans les cas d'iritis grave, les instillations sont répétées toutes les deux heures. M. le docteur E. Fuchs, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Vienne, est peu partisan de cette pratique qui amène souvent des phénomènes d'intolérance et d'intoxication, sans compter qu'elle aboutit à l'irritation de la conjonctive et ne réussit pas toujours à assurer le degré voulu de dilatation de la pupille. Notre confrère préfère, en pareille occurrence, employer l'atropine à des doses plus massives, mais en revanche très espacées : une fois ou, tout au plus, deux fois par jour, il dépose dans le cul-de-sac conjonctival un petit grain de sel d'atropine. Ce procédé ne donnerait jamais lieu à des symptômes d'empoisonnement, pourvu qu'on eût soin d'empêcher, par l'écartement de la paupière inférieure ou par la compression du sac lacrymal, la pénétration dans le nez de la solution concentrée d'atropine, formée par les larmes. Toutefois, l'emploi de la méthode en question est contre-indiqué chez les tout petits enfants, qui réagissent trop vivement à l'égard de l'atropine.

Pour activer la dilatation de la pupille, on peut, avant de déposer l'atropine en nature dans le cul-de-sac conjonctival, cocaïniser l'œil suivant la technique habituelle.

M. Fuchs a recours, avec succès, au procédé dont il s'agit, dans les cas d'iritis intense, ainsi que pour détruire des synéchies anciennes ou pour libérer l'iris d'une petite perforation récente de la cornée.

Traitement du lupus par le formol.

On se rappelle que M. le docteur W. Scatchard (de Boughton) a fait connaître un cas de lupus nasal, dans lequel les badigeonnages de la région malade avec un mélange à parties égales d'aldéhyde formique en solution à 40 % et de glycérine — essayés à titre de palliatif — avaient amené la guérison complète des ulcérations (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 160). De son côté, un confrère italien, M. le docteur G. Matteucci, a institué depuis plus de trois ans, dans le service de M. le docteur G. B. Ricci, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Senigallia, une série d'essais sur l'emploi du formol, associé au curettage des lésions lupiques.

M. Matteucci a recours à la cuiller tranchante, sans se servir, au préalable, de cataplasmes ou de tout autre moyen destiné à faire tomber les croûtes. Après avoir préparé convenablement la région et assuré l'anesthésie (cocaïnisation ou, dans les cas graves, narcose générale), il procède à l'extirpation des tissus malades, en ayant soin de compléter le curettage par l'application d'une série de pointes de feu, afin d'obtenir l'hémostase. Pendant les premiers jours qui suivent l'intervention, on se borne simplement à nettoyer la plaie, et ce n'est qu'au cinquième ou au sixième jour qu'on commence à utiliser la formaline. Au début, notre confrère se servait d'une solution aqueuse (5 grammes de formaldéhyde à 40 % dans 50 grammes d'eau distillée), mais aujourd'hui il emploie, de préférence, un mélange composé de 5 grammes de solution d'aldéhyde formique pour 50 grammes de glycérine pure. Après avoir touché la plaie avec un tampon de coton imbibé d'une solution de cocaïne, il applique une compresse de gaze hydrophile trempée dans la glycérine formalinée et la laisse en place pendant vingt-quatre heures; le pansement est répété tous les jours. Au bout de deux semaines environ, on verrait se former, sur les bords de la plaie, une zone cicatricielle qui, s'avançant progressivement vers le centre, finirait par recouvrir complètement la perte de substance produite par la curette. Les récidives seraient très rares.

La saignée dans le traitement des céphalées rebelles.

D'après l'expérience de M. le docteur H. Marais (de Honfleur), la saignée constituerait un bon moyen de traitement des céphalées persistantes qu'on observe parfois chez des individus d'âge moyen, et qui se montrent rebelles à tous les remèdes usuels. C'est ainsi que notre confrère a réussi à faire disparaître, chez un homme d'une quarantaine d'années, des maux de tête continuels, qui avaient résisté à tous les moyens employés antérieurement pour les combattre : à la suite d'une copieuse saignée, le patient resta indemne de toute céphalalgie pendant deux ans; au bout de ce laps de temps, il fut de nouveau repris, et cette fois encore le même traitement fut couronné de succès. Dans un autre cas, où il s'agissait d'une crise aiguë de céphalée avec vomissements et hyperthermie considérable, chez un homme de trente-trois ans, les maux de tête, très violents, avaient persisté malgré l'emploi de l'antipyrine, de sédatifs à hautes doses, etc.; finalement, M. Marais pratiqua une saignée et, dès le lendemain, la céphalée avait presque entièrement cédé; cinq jours après, le malade était complètement rétabli.

Le sérum antidiphtérique dans le traitement de l'érysipèle.

Les bons résultats que M. le docteur Talamon, médecin des hôpitaux de Paris, a obtenus par l'emploi des injections de sérum antidiphtérique contre la pneumonie (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 69), tendraient à prouver que les effets de ce sérum, dans les cas de diphtérie, ne sont pas dus exclusivement à une action spécifique sur la toxine diphtérique. Aussi a-t-on proposé récemment d'utiliser les mêmes injections contre des maladies infectieuses autres que la diphtérie et, en particulier, contre l'érysipèle. Un médecin russe, M. le docteur G. K. Chapiro (de Némirov), en a fait l'essai dans un cas d'érysipèle traumatique grave, survenu chez un homme de trente-deux ans, et sur lequel des onctions avec une pommade ichtyolée à 20 %, ainsi que l'usage interne de la quinine, étaient restés sans effet; par contre, deux injections hypodermiques de 10 c.c. de sérum antidiphtérique amenèrent une amélioration rapide, qui ne tarda pas à être suivie de guérison complète.

De son côté, un autre confrère russe, M. le docteur A. A. Tzviétaïev (médecin de l'infirmerie de la station Ilaïskaïa du chemin de fer transsibérien), a également employé, avec succès, les injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique dans 2 cas d'érysipèle.

Emploi de l'ésérine et de la pilocarpine dans l'extraction des corps étrangers de la cornée.

Dans les cas de corps étrangers de la cornée, il arrive souvent que l'instillation de cocaïne, en amenant une dilatation excessive de la pupille, empêche d'apercevoir le corps du délit, surtout lorsqu'il s'agit d'une paillette de fer et que celle-ci se trouve logée, comme c'est le cas le plus fréquent, à peu près au milieu de la fente pupillaire. En pareille occurrence, un médecin anglais, M. le docteur W. Williams (de Portmadoc), recommande, afin de neutraliser l'effet mydriatique de la cocaïne, d'instiller une goutte d'une solution de sulfate d'ésérine à 1 % ou, encore mieux, d'une solution de chlorhydrate de pilocarpine à 1 ou 2 %. On bénéficierait ainsi de l'action anesthésique de la cocaïne, sans en avoir les inconvénients, puisque l'iris, étalé sous l'influence de l'alcaloïde antagoniste, servirait en quelque sorte de fond, sur lequel le fragment métallique deviendrait parfaitement visible et facile à enlever.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur DIEULAFOY.

Tuberculome hypertrophique du cæcum; diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite.

La forme banale et vulgaire de la tuberculose intestinale est caractérisée par des ulcérations plus ou moins nombreuses, qui atteignent principalement la dernière portion de l'iléon et le cæcum, parfois aussi le côlon et le rectum. Ces ulcérations tuberculeuses, arrondies quand elles occupent les follicules isolés, longitudinales ou ovalaires lorsqu'elles siègent aux plaques de Peyer, sont souvent transversales à la façon d'anneaux ou de segments d'anneaux. Dans cette variété de tuberculose, les parois de l'intestin ne sont nullement hypertrophiées; elles sont même fort amincies au niveau des ulcérations; c'est une tuberculose essentiellement *ulcéreuse*.

Nous vous avons montré à plusieurs reprises cette tuberculose intestinale qui est habituellement décrite sous le nom d'entérite tuberculeuse, et vous n'avez peut-être pas oublié un des phtisiques de notre salle Saint-Christophe, à l'autopsie duquel nous avons pu compter quarante-cinq ulcérations étagées le long de l'intestin grêle et atteignant même le cæcum, l'appendice et le côlon.

Cette variété de tuberculose intestinale est assez rarement primitive, surtout chez l'adulte; elle survient habituellement dans le cours d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, dont elle aggrave le pronostic; elle est un facteur puissant de dénutrition et de cachexie. Les douleurs intestinales et la diarrhée, la diarrhée noire, le melæna, en sont les symptômes ordinaires.

Tout autre est la variété de tuberculose intestinale que nous allons étudier aujourd'hui sous le nom de *tuberculome hypertrophique du cæcum*. Ici la tuberculose débute par le cæcum et peut y rester confinée; c'est un type de tuberculose locale à forme fibreuse et hypertrophiante, les ulcérations n'y occupant qu'une place insignifiante; elle est habituellement primitive, ce qui veut dire qu'elle se déclare chez des gens indemnes de tuberculose pulmonaire; elle est extrêmement lente dans sa marche et elle provoque à la longue un tel épaississement des parois cæcales qu'elle forme à la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse et indurée simulant le cancer. Pris à temps, ce tuberculome hypertrophique du cæcum est opérable et curable : son étude constitue une des questions médico-chirurgicales les plus intéressantes. Nous en avons eu deux beaux exemples à la clinique; les voici :

Le 14 octobre dernier, nous recevions salle Sainte-Jeanne, n° 9, une femme de trente-neuf ans, atteinte de diarrhée chronique et de vives douleurs abdominales. Le début de la maladie remontait à dix-huit mois. A cette époque, avaient apparu des douleurs principalement localisées à la fosse iliaque droite. Malgré cette localisation, elles ne rappelaient en rien la crise douloureuse de l'appendicite; elles avaient mis des mois à s'installer, elles revenaient plusieurs fois par jour; tantôt elles cédaient pendant quelque temps, tantôt, disait la malade, elles rappelaient par leur intensité « les douleurs de l'accouchement ». On ne constatait dans l'apparition de ces douleurs aucune périodicité qui fût en rapport avec les heures qui suivaient le moment des repas et qui pût nous guider sur la localisation d'une lésion intestinale.

Un autre symptôme était survenu dès le début de la maladie, c'est la diarrhée. On peut dire que depuis un an et demi la diarrhée n'a jamais cessé. Il y a souvent six ou huit selles par jour. Cette diarrhée n'est pas toujours précédée de coliques, elle n'a aucun caractère particulier, elle n'est pas sanguinolente, elle n'est mélangée ni à des mucosités, ni à des membranes. Cet état ne rappelle donc nullement la typhlocolite muco-membraneuse.

En résumé, douleurs abdominales, surtout à la fosse iliaque droite, et diarrhée sans melæna, sans épreintes, sans ténesme, sont depuis dix-huit mois les symptômes dominants. Malgré la durée de la maladie, cette femme n'a pas trop mauvaise mine; néanmoins, depuis deux mois, elle se sent gravement atteinte, elle dépérit, elle souffre cruellement et la diarrhée est incessante. Les différents traitements médicaux dont elle a fait usage sont restés sans résultat.

Quelle est donc l'affection abdominale qui depuis dix-huit mois détermine chez cette femme douleurs et diarrhée? La fièvre est nulle, l'utérus et les annexes sont en état normal. L'exploration du ventre fait percevoir, à la fosse iliaque droite, une tumeur du volume et de la forme d'une poire. Cette tumeur, douloureuse à la pression, est assez mobile, indurée mais non bosselée; sa partie inférieure, évasée, se rapproche de l'arcade crurale; sa partie supérieure, étroite, remonte dans la direction du côlon ascendant; en dedans, elle n'atteint pas la ligne médiane. Etant donnés ces signes et cette localisation, nous ne voyons que le cæcum qui puisse être mis en cause : tout indique que cette tumeur est d'origine cæcale ou péricæcale. Mais ce diagnostic topographique ne résout qu'une partie de la question; il faut arriver à connaître la nature de cette tumeur; or, les tumeurs de la fosse iliaque droite sont des plus diverses.

Au nombre de ces tumeurs sont le tuberculome, le sarcome, le cancer, l'appendicite chronique, les adénopathies pré-cæcales, l'iléo-typhlite hypertrophique, l'actinomycose, etc. Nous aurons à discuter prochainement le diagnostic différentiel de ces tumeurs iliaques, mais dans le cas actuel, il m'a paru que le diagnostic pouvait se restreindre et se limiter au cancer et à la tuberculose chronique du cæcum. Toutefois, ce n'était pas là un diagnostic qui s'imposait du premier coup. Sur quels signes, en effet, sur quels symptômes baser ce diagnostic? Notre malade n'avait ni adénopathie inguinale, ni adénopathie sus-claviculaire, et du reste, ce signe n'aurait eu qu'une valeur relative, car ces adénopathies, plus fréquentes, il est vrai, au cas de cancer (Troisier), peuvent exister également au cas de tuberculose. La diarrhée dont se plaint cette femme n'avait pas été accompagnée d'hémorrhagie intestinale; une fois ou deux, paraît-il, du sang avait été constaté dans les selles; du reste, la présence de melæna n'aurait pas eu grande importance, car bien que le melæna soit plus commun dans le cancer, il existe également dans la tuberculose. La constatation d'une tuberculose pulmonaire eût été un appoint en faveur de la tuberculose cæcale, mais chez cette femme les poumons étaient indemnes. Je m'arrêtai néanmoins au diagnostic de tuberculose chronique du cæcum, et ce qui m'engagea à repousser l'idée du cancer, c'est que la malade, bien qu'atteinte depuis longtemps, ne commençait à maigrir que depuis quelques semaines, ce qui s'explique mieux avec le tuberculome qu'avec le cancer.

Pour contrôler le diagnostic de tuberculose cæcale, nous aurions pu, comme le fit Billroth dans un cas analogue, pratiquer à cette femme une injection de tuberculine et trouver la confirmation de la lésion tuberculeuse dans des signes de réaction avec 39° ou 40° de température. Mais pareil moyen n'est pas toujours exempt d'inconvénients et nous possédons un autre moyen de contrôle : c'est le sérodiagnostic de la tuberculose, dû à MM. Arloing et Courmont. Je vous ai déjà parlé de ce sérodiagnostic, lors de nos leçons sur le diagnostic de la pleurésie tuberculeuse (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 377-383); je vous ai dit que le problème avait été résolu le jour où M. Arloing put obtenir des cultures homogènes du bacille de Koch en milieu liquide. Dès lors, il lui fut possible de réaliser pour la tuberculose un phénomène d'agglutination comparable au sérodiagnostic de M. Widal pour la fièvre typhoïde.

Dans le cas actuel, c'était bien le moment de recourir au sérodiagnostic de la tuberculose, et voici les résultats qui ont été obtenus par un de nos chefs de laboratoire, M. Griffon. La culture de tuberculose qui a servi à l'expérience était âgée de onze jours, et était sortie de l'étuve depuis sept heures. Avec du sérum provenant de sang prélevé par ventouse scarifiée à notre malade, on a fait trois mélanges dans trois petits tubes : un mélange au 5e (cinq gouttes de culture, pour une goutte de sérum); un mélange au 10e (dix gouttes de culture pour une goutte de sérum) et un mélange au 20e (vingt gouttes de culture pour une goutte de sérum). Souvent le phénomène de l'agglutination ne se produit qu'une ou plusieurs heures après le mélange; mais, ici, les signes de l'agglutination ont été si prompts, qu'au bout d'une demi-heure on apercevait déjà, à l'œil nu, dans le tube du mélange au 5e, quelques petits flocons nuageux, qui descendaient lentement au fond du tube, jusqu'à y former un petit culot un peu louche, contrastant avec la limpidité des couches supérieures du liquide. Au bout de quelques heures, le même phénomène se produisait dans les tubes contenant les mélanges au 10e et au 20e. Des préparations microscopiques, faites avec une parcelle du culot, démontraient des amas de bacilles de Koch; c'était le phénomène de l'agglutination dans toute sa netteté.

Le diagnostic clinique était donc confirmé par le sérodiagnostic, l'idée de cancer était écartée, et nous étions certains que notre malade était atteinte de tuberculome hypertrophique du cæcum.

Mais une autre question importante devait être élucidée : cette tuberculose cæcale était-elle primitive, ou était-elle associée à une tuberculose pulmonaire? Cette notion était essentielle à connaître, car la coexistence de la tuberculose pulmonaire, qu'elle soit l'origine ou la conséquence de la tuberculose cæcale, est habituellement une contre-indication à l'opération. Nous n'avons trouvé chez notre malade aucun signe de tuberculose pulmonaire; toutefois, cette femme ne paraissait pas avoir été absolument indemne d'infection tuberculeuse, car elle nous raconte avoir eu, il y a trois ans, des tumeurs ganglionnaires au côté gauche du cou. Ces adénopathies, probablement scrofulo-tuberculeuses, ont cédé à l'huile de foie de morue prise pendant longtemps, et il n'en reste aujourd'hui aucun reliquat. Du reste, la malade a vécu dans un milieu d'infection tuberculeuse, et il n'est pas étonnant qu'elle ait été contaminée : son mari a été enlevé par la tuberculose pulmonaire, et ses quatre enfants, à l'âge de onze ans, de cinq ans, de quatre et de trois ans, ont succombé, au dire du médecin, à la même maladie.

Après avoir formulé le diagnostic, nous avions à décider le traitement. Il m'a paru que, chez cette femme, l'indication était formelle; les moyens médicaux étaient désormais sans efficacité et l'intervention chirurgicale pouvait seule arrêter les progrès du mal. L'opération devait être faite d'autant plus vite que, depuis deux mois, l'amaigrissement était le signal de la déchéance, prélude de la cachexie. Je priai donc M. Legueu, remplaçant de M. le professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu, de vouloir bien se charger de l'opération, qui fut pratiquée le samedi 26 octobre.

Voici les détails de cette opération : sur le bord externe du muscle droit, on pratique une incision de 15 centimètres. Une fois le péritoine ouvert, la lésion, c'est-à-dire la partie indurée et épaissie de l'intestin, est extériorisée. A l'exploration de l'intestin, on voit que la principale lésion siège au cæcum, qui forme une volumineuse tumeur; mais le cæcum n'est pas seul en cause, et M. Legueu constate que l'induration et

l'épaississement des parois intestinales se poursuivent sur le côlon ascendant et sur l'angle du côlon transverse, tandis que l'iléon est sain. Après avoir protégé par des compresses la cavité péritonéale et préparé le champ opératoire, la coprostase est réalisée du côté de l'intestin grêle et du côté du côlon.

L'intestin grêle est sectionné en avant du cæcum, puis, de bas en haut, *tout l'intestin reconnu malade, épaissi et induré* (cæcum, côlon ascendant et angle du côlon), est séparé de son méso; chemin faisant, des pinces sont placées sur tous les vaisseaux qui saignent. L'intestin malade est enfin séparé du côlon transverse, et les deux orifices de section, provenant de l'intestin grêle (bout supérieur) et du côlon transverse (bout inférieur), paraissent absolument sains; ils sont rapprochés et suturés.

Une fois la continuité de l'intestin rétablie, on enlève quelques gros ganglions du mésentère et on fait disparaître les inconvénients de la grande surface cruentée que représente la section du mésocôlon ascendant. On pratique un surjet de catgut sur son bord libre, de manière à adosser à eux-mêmes les deux feuillets qui composent ce méso. Puis on termine par la suture de la paroi abdominale avec maintien d'un seul drain. L'opération a duré cinquante minutes.

Au troisième jour, la malade va à la selle; on commence à l'alimenter avec du lait et des bouillons; le drain est retiré. Au huitième jour, bien que l'apyrexie fût absolue, une petite fistule stercorale apparaît; mais cette fistule, de bien minime importance, se ferme en quinze jours. A dater de ce moment, les progrès sont rapides et les digestions sont normales. Aujourd'hui — cinq semaines après l'opération — je vous présente cette femme complètement guérie et engraissée; on lui a réséqué 27 centimètres d'intestin, on l'a débarrassée d'une lésion tuberculeuse à échéance mortelle qui évoluait depuis dix-huit mois, et actuellement l'appétit est excellent, les digestions sont normales, les douleurs abdominales et la diarrhée ont complètement disparu. Il semble, dit cette femme, qu'elle n'ait jamais été malade. Voilà le triomphe de la chirurgie, et je rends hommage au chirurgien qui a si méthodiquement conduit cette opération (1).

Aussitôt après l'intervention, nous avons examiné la pièce anatomique. La partie enlevée comprend la fin de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant, l'angle du côlon et un fragment du côlon transverse, en tout 27 centimètres d'intestin. La planche ci-dessous (*fig. 1*) reproduit en détail la lésion intestinale. L'iléon est tout à fait normal : ce n'est donc pas l'iléon qui a été le point de départ de la tuberculose cæcale.

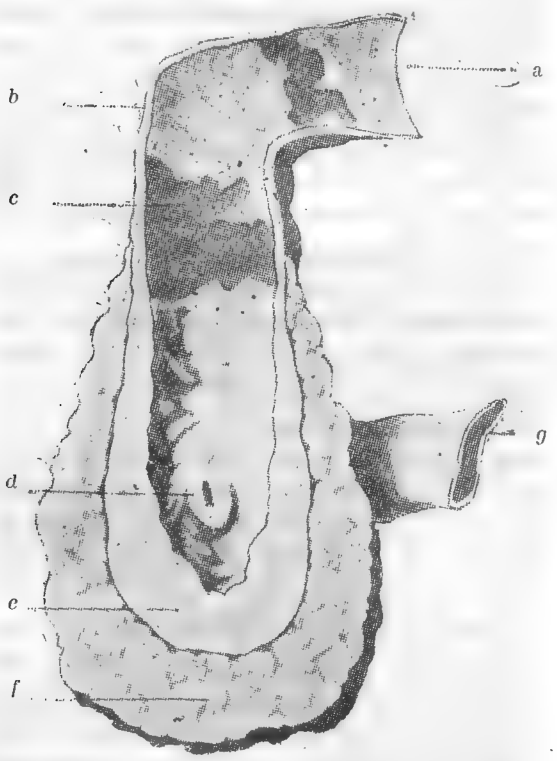


Fig. 1.

(1) Huit mois plus tard, cette femme est revenue nous voir à l'Hôtel-Dieu; les élèves qui l'avaient vue lors de sa maladie, à son entrée dans nos salles, avaient peine à la reconnaître, tant sa mine était florissante; elle avait engraissé d'une dizaine de kilogrammes. Depuis l'opération, elle n'avait jamais ressenti le moindre malaise, preuve que la lésion avait été enlevée dans son entier; il lui manquait le cæcum, la valvule iléo-cæcale, le côlon ascendant, une partie du côlon transverse, et cependant les digestions étaient aussi régulières qu'avec un intestin normal.

Le cæcum forme une grosse tumeur, dont le volume est accru par une gaine sclérolipomateuse, *f*, qui lui adhère, et dont la surface bossuée donne au premier abord l'impression d'un sarcome. En différents points sont des ganglions caséeux. Par places, dans l'intervalle des parties moins épaisses de la gaine lipomateuse, on aperçoit la surface externe du cæcum, grisâtre et semée de fins vaisseaux. Débarrassée de son manchon sclérolipomateux, la tumeur cæcale a 7 centimètres de diamètre.

Après ouverture de la pièce anatomique, nous constatons les détails suivants : les parois de l'iléon, *g*, sont normales; les parois du cæcum sont dures à la coupe et comme fibroïdes; elles ont 2 centim. 1/2 d'épaisseur en bas, *e*, et 11 millimètres un peu plus haut; les parois du côlon ascendant ont 6 millimètres d'épaisseur, et les parois de l'angle du côlon, *b*, ont 3 millim. 1/2. Partie du fond du cæcum, où elle atteint son maximum, la lésion diminue à mesure qu'elle s'étend au côlon. La cavité du cæcum est rétrécie par l'épaisseur des parois; c'est une hypertrophie concentrique.

La surface interne du cæcum est saillante, irrégulièrement vallonnée et non ulcérée. La valvule iléo-cæcale, *d*, est indurée, rigide, béante et rétrécie. On constate deux ulcérations superficielles, l'une, *c*, sur le côlon ascendant, l'autre sur le côlon transverse, *a*. L'appendice est légèrement induré, hypertrophié, mais non déformé.

L'examen histologique du cæcum, fait par un de nos chefs de laboratoire, M. Nattan-Larrier, présente les détails suivants : toutes les couches formant la paroi du cæcum sont épaissies, mais l'hypertrophie porte principalement sur la couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale, et sur la couche sous-muqueuse où les lésions tuberculeuses sont au maximum. Voici l'épaisseur de ces différentes couches : couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale, 11 millimètres; couche musculaire, 2 millim. 1/2; couche sous-muqueuse, 6 millimètres; couche muqueuse, 1 millim. 1/2.

L'épithélium de surface est partout conservé et il n'y a pas trace d'ulcération même superficielle. Les glandes de la muqueuse sont très hypertrophiées et plongées dans un tissu conjonctif abondant sans infiltration embryonnaire.

Dans la couche sous-muqueuse, fibreuse et vascularisée, existe une notable infiltration leucocytaire, et une quantité considérable de petits tubercules isolés ou agglomérés. La couche musculaire est dissociée par un œdème abondant, et, sur quelques points, on note une infiltration embryonnaire. La couche sous-séreuse est très riche en tissu cellulo-adipeux; on y trouve des placards de tissu fibreux très dense, et quelques petits tubercules disséminés dans la région la plus externe de cette couche fibro-adipeuse. Des frottis sur lamelles ont décelé la présence de bacilles de Koch. L'examen histologique de l'appendice a démontré la présence d'une hypertrophie non tuberculeuse des parois, avec oblitération du canal dans toute sa hauteur, lésion qu'il ne faut pas qualifier d'appendicite; je reviendrai plus loin sur cette importante distinction.

Passons maintenant à l'autre cas de tuberculose hypertrophique du cæcum, que nous avons eu il y a quelques années, dans le service de la clinique, et dont l'observation fort complète a été publiée par mes élèves MM. Caussade et Charrier (1). Voici ce cas : En décembre 1896, M. Cazin, chef de clinique de M. Duplay, me demandait de recevoir un malade sur lequel il désirait avoir mon avis. Cet homme, atteint de diarrhée continuelle et ne pouvant supporter aucun aliment, était extrêmement amaigri; il ne pesait plus que 40 kilos, alors que trois ans avant il en pesait 65. Il avait, à la fosse iliaque droite, une tumeur d'autant plus appréciable que les parois abdominales étaient minces et émaciées. L'exploration de la région n'était pas douloureuse; la tumeur, de consistance ligneuse, avait le volume d'une grosse orange, et paraissait adhérente au bassin. Elle était distante de 4 centimètres de la ligne blanche, et de 8 centimètres des fausses côtes; en bas, elle n'atteignait pas l'arcade de Fallope; à la région inguinale, on percevait des ganglions indurés et non douloureux.

Il nous parut évident que la tumeur avait pour siège le cæcum; mais comment savoir si elle était cancéreuse ou tuberculeuse? L'induration de la tumeur, la présence de ganglions inguinaux, l'état d'amaigrissement et de cachexie, ne suffisaient pas pour établir un diagnostic différentiel. Toutefois, l'évolution du mal pouvait nous aider dans ce diagnostic. Notre homme était malade depuis trois ans. A cette époque était survenue une diarrhée abondante, parfois sanguinolente, qui depuis lors n'avait jamais cessé et qui reparaissait aussitôt après l'ingestion des aliments. Mais tous ces symptômes, diarrhée, douleurs abdominales, anorexie, amaigrissement, cachexie, pouvaient tenir indistinctement à la tuberculose ou au cancer cæcal; néanmoins, j'éloignai l'idée de cancer à cause de la longue durée de la maladie, car, s'il n'est pas rare de voir la tuberculose du cæcum durer plusieurs années avant de provoquer la mort, il est exceptionnel de voir le cancer permettre la survie après un temps aussi long. De plus, nous avions un autre argument en faveur de la tuberculose du cæcum : c'est que notre homme était atteint de tuberculose pulmonaire. Toutefois, la tuberculose pulmonaire n'avait pas été chez lui la première en date; elle était consécutive à la tuberculose du cæcum. En effet, le malade avait été examiné plusieurs fois, depuis trois ans, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, et ses poumons avaient toujours été reconnus indemnes.

Lors d'une première consultation, il y a deux ans et demi, on le soigna pour des troubles intestinaux, mais on ne trouva rien aux poumons; sa maladie s'accentuant, il demanda de nouveaux conseils un an plus tard, et cette fois encore on constata la prédominance des symptômes intestinaux, sans aucun indice de tuberculose pulmonaire. Enfin il fit l'année suivante un séjour de trois mois à l'Hôtel-Dieu annexe et il arriva dans notre service dans les conditions que j'ai relatées plus haut. A ce moment, nous avons découvert aux sommets des poumons des lésions tuberculeuses discrètes, peu étendues, mais indéniables; les crachats contenaient des bacilles de Koch.

Nous avons donc porté le diagnostic de tuberculose chronique et hypertrophique du cæcum, compliquée de tuberculose pulmonaire secondaire. L'état d'amaigrissement et de cachexie était dû à cette double localisation. Le pronostic était d'autant plus grave que l'alimentation était presque nulle et la diarrhée continuelle.

La lésion intestinale semblait très nettement localisée au cæcum; c'était une de ces tuberculoses locales favorables à l'opération. On n'avait jamais constaté aucun signe d'obstruction intestinale, accident fréquent dans le cours de la tuberculose hypertrophique du cæcum quand elle se complique de rétrécissement du calibre de l'intestin ou de la valvule iléo-cæcale.

(1) G. Caussade et Charrier. Un cas de tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique avec considérations cliniques, anatomiques et thérapeutiques. (*Arch. gén. de méd.*, avril 1899.)

Si cet homme était venu nous trouver six mois ou un an plus tôt, avant la complication pulmonaire et avant la période cachectique, je n'aurais pas hésité un instant à le faire opérer, et l'intervention eût été probablement, comme chez notre femme, suivie de succès. Mais, dans l'état actuel, il n'y avait pas à songer à une intervention chirurgicale; l'état cachectique du patient, et surtout la tuberculose pulmonaire, étaient une contre-indication formelle. Notre devoir était de nous abstenir. On essaya vainement d'alimenter le malade; il succomba six semaines après son arrivée dans le service.

Voici les résultats de l'autopsie : il s'agissait bien, en effet, d'une tuberculose hypertrophique du cæcum : tumeur bosselée, du volume d'une orange, et simulant au premier abord un lymphosarcome. Ici, comme dans beaucoup d'autres observations et comme chez notre première malade, la tumeur cæcale était accrue par un manchon sclérolipomateux, sorte de pérityphlite lipomateuse, qui faisait partie intégrante de la tumeur et qui s'était soudé par sa face externe à l'aponévrose iliaque et à la gaine du psoas. Débarrassées de cette enveloppe, les parois du cæcum, ainsi qu'on le voit sur la *figure 2*, sont hypertrophiées au point de



Fig. 2.

mesurer 3 centimètres, ce qui est le caractère macroscopique dominant de cette tuberculose; elles sont fibroïdes, lardacées et crient sous le scalpel comme un foie cirrhosé. Malgré l'épaisseur de ses parois, la cavité du cæcum n'est pas rétrécie, ainsi que c'est l'usage dans la tuberculose hypertrophique cæcale.

Ici, le cæcum est à la fois hypertrophié et dilaté (hypertrophie excentrique). La lésion est absolument cantonnée au cæcum; l'iléon, et le côlon, n'y prennent aucune part; ils ont conservé leur consistance, leur aspect et leur calibre normal; leurs parois ne sont pas hypertrophiées, leur muqueuse est intacte. En aucun point du tractus intestinal on ne trouve de dilatation ni de rétrécissement. La délimitation de la lésion cæcale est aussi nette à l'intérieur qu'à l'extérieur, condition qui eût été absolument favorable à l'intervention chirurgicale si elle avait été pratiquée en temps voulu. Après incision de la pièce anatomique, on voit que la cavité du cæcum est très altérée; une large ulcération d'aspect caséeux a détruit la valvule de Bauhin et occupe le fond de la cavité cæcale, tandis que la muqueuse de l'iléon est absolument saine. Ailleurs, la surface interne du cæcum est tomenteuse, hérissée de plis formant des brides, des piliers, des colonnes.

Quelques plis transversaux sont disposés comme des valvules peu saillantes; d'autres sont déchiquetés; on voit des brides en spirales qui s'étalent sur toute la cavité; l'apparence verruqueuse, polypiforme et papillomateuse qui est si fréquente dans cette variété de tuberculose est ici à peine ébauchée. Dans tout le reste de l'intestin, il n'existait pas trace de tuberculose.

On ne trouve qu'un petit nombre de ganglions mésentériques. L'appendice, quoique épaissi et baignant dans l'atmosphère péri-cæcale scléro-adipeuse, a conservé son calibre normal; il n'est ni recourbé ni flexueux; du reste, pendant la vie du malade, on n'avait jamais constaté d'accidents d'appendicite.

Aux sommets des poumons étaient quelques tubercules; il y avait à droite une petite caverne. Tous les autres organes étaient sains.

Au point de vue histologique, « le trait essentiel de l'évolution de cette tuberculose du cæcum (trait qui la distingue de la tuberculose ulcéreuse vulgaire de l'intestin), c'est l'infiltration lymphoïde, la rareté des follicules tuberculeux dans les plans superficiels, l'abondance de ces mêmes follicules sous le péritoine et leur tendance manifeste vers la sclérose avec un processus adipeux, surtout développé à ce niveau ». C'est une tuberculose à forme scléreuse et scléro-adipeuse; le processus ulcéreux n'y occupe qu'une place secondaire. Ainsi qu'en témoigne la *figure 3*, on voit sur les préparations une

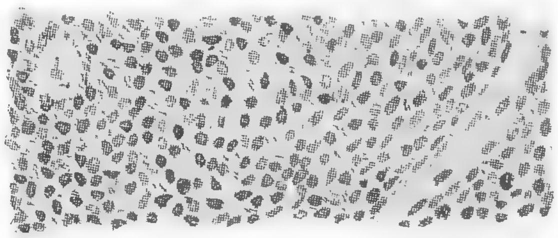


Fig. 3.

abondance de bacilles de Koch : ces bacilles peuvent être suivis par étapes depuis la muqueuse jusqu'au tissu scléreux qui représente la sous-séreuse; l'intestin s'est infecté de la superficie vers la profondeur.

Signalons encore l'association microbienne due à la présence de colibacilles et de cocci; les bacilles tuberculeux sont libres dans les tissus, les colibacilles et les cocci sont inclus dans de gros macrophages. Il est intéressant de voir que les cocci sont très abondants dans les points où les bacilles tuberculeux sont en petit nombre, tandis qu'ils sont rares là où pullulent les bacilles tuberculeux.

Les deux observations que je viens de vous citer sont à tous les points de vue si complètes qu'elles suffiraient, à la rigueur, pour nous permettre d'entreprendre la description générale de la tuberculose chronique, hypertrophique du cæcum. Néanmoins, afin d'avoir en main toutes les pièces du procès, laissez-moi vous donner le résumé de quelques autres observations.

M. Marion m'a fait part du cas suivant : un homme de trente et un ans, de souche tuberculeuse, mais n'ayant point de tuberculose pulmonaire, a été pris, il y a deux ans, de douleurs abdominales avec alternatives de diarrhée et de constipation. Pendant les crises douloureuses, les anses intestinales, surtout dans la fosse iliaque droite, se contracturaient à la façon de crampes douloureuses et faisaient saillie sous la paroi avec borborygmes et mouvements péristaltiques. Le malade était très amaigri. On sentait, à la fosse iliaque droite, une tumeur indurée, volumineuse, médiocrement mobile. L'opération fut décidée, pratiquée par M. Duplay et terminée par M. Marion. On croyait d'abord n'avoir à réséquer que le cæcum, et il fallut enlever le cæcum, le côlon ascendant et la moitié du côlon transverse, comme chez notre femme.

A l'examen de la pièce anatomique, on trouva une tuberculose chronique hypertrophique du cæcum, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse. L'épaisseur des parois cæcales mesurait 1 centim. 1/2. La valvule iléo-cæcale était épaisse, rigide et indurée. La cavité du cæcum était réduite au volume d'une noix. L'iléon était sain. Le malade succomba, et, à l'autopsie, on vérifia l'absence de tuberculose pulmonaire.

L'observation de M. Bouilly (1) (le premier cas opéré en France) concerne une femme atteinte depuis cinq ans de troubles gastro-intestinaux. On perçoit à la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, non mobilisable, du volume d'une orange, qu'on suppose être un cancer iléo-cæcal. On pratique l'opération et on enlève la tumeur. Sur la pièce anatomique, on constate l'épaisseur des parois du cæcum; la valvule de Bauhin est méconnaissable et la muqueuse cæcale est hérissée de végétations qui font une forte saillie dans la cavité. L'appendice est gros, le canal appendiculaire est libre. A l'angle de l'iléon et du cæcum existent des ganglions. Quatre ans après l'intervention, cette malade était en bonne santé.

Une des observations de Billroth (2) concerne un enfant de dix ans ayant depuis deux années des troubles intestinaux. A la région cæcale, on perçoit une tumeur du volume d'une pomme, sensible à la pression, mobile en toutes directions et de consistance ligneuse. Afin d'éclairer le diagnostic, on pratique une injection de tuberculine, qui provoque une réaction de 40°, et on conclut à la tuberculose. L'opération est pratiquée. La tumeur cæcale extirpée a 10 centimètres de long. La valvule de Bauhin est très rétrécie. La muqueuse du cæcum est recouverte de végétations polypeuses entourées d'une zone calleuse. Sous le microscope, on remarque une infiltration de petites cellules groupées en tubercules et des cellules géantes. L'intervention a été suivie de guérison.

Gussenbauer a publié l'observation d'un homme qui avait depuis un an des douleurs à la fosse iliaque droite et des selles souvent sanguinolentes. On constate une tumeur à la fosse iliaque droite et on pense à un cancer du cæcum. On pratique l'opération. A l'examen de la pièce anatomique, on note l'épaisseur considérable des parois du cæcum, atteignant 4 centimètres. La valvule iléo-cæcale est très épaisse et rétrécie. La muqueuse du côlon est hérissée d'excroissances papillaires. Les parois de l'appendice sont hypertrophiées. L'examen histologique dénote une infiltration tuberculeuse de la paroi de l'intestin. Le malade guérit.

Dans un des cas publiés par Roux, il est question d'une jeune femme, très amaigrie, atteinte depuis longtemps de diarrhée et de douleur à la fosse iliaque droite. On perçoit à la région cæcale une tumeur ovoïde, assez mobile et sensible à la pression. On diagnostique une pérityphlite appendiculaire avec tuberculose cæcale probable et on intervient. Sur la pièce anatomique, on constate une tuberculose hypertrophique du cæcum et du côlon ascendant. Les parois sont très épaisses, la valvule de Bauhin est rigide et rétrécie, la muqueuse est papillomateuse, les ganglions lymphatiques adjacents sont tuberculeux. L'opération a été suivie de guérison.

Une observation de M. Broca concerne un enfant de douze ans, auquel ce chirurgien dut réséquer 20 centimètres de l'intestin, côlon, cæcum méconnaissable et iléon. L'iléon était dilaté, mais la muqueuse était normale, tandis que le côlon était induré et à muqueuse polypeuse sur une hauteur de 6 à 8 centimètres. Quelques semaines plus tard, l'enfant avait engraissé, sa mine était excellente, les selles étaient régulières. L'examen de la pièce anatomique, fait par M. Pilliet, démontra l'existence d'une tuberculose hypertrophique et végétante.

(1) Bouilly. (*Quatrième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1889.)

(2) Cette observation et les trois suivantes (Gussenbauer, Roux, Broca) sont reproduites dans le travail de M. Benoit. Tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale. (*Thèse de Paris*, 1893.)

J'arrête là mes citations. Munis des documents dont je viens de vous faire part, il nous sera possible maintenant de retracer dans son ensemble l'histoire clinique et anatomique de la maladie qui nous occupe. Je propose de l'appeler *Tuberculome hypertrophique du cæcum*.

M. Hartmann et Pilliet, dans leurs premiers travaux, l'ont décrite sous le nom de « typhlite tuberculeuse chronique et tuberculose cæcale »; cette dénomination a l'avantage de laisser à la lésion du cæcum son importance prépondérante. D'autres auteurs l'ont appelée « tuberculose iléo-cæcale chronique. » J'aime moins cette dénomination : elle fait la part trop belle à l'iléon; elle laisse trop supposer que la tuberculose envahit, à parties égales, l'iléon et le cæcum, ce qui n'est pas; elle tend à faire croire que la lésion débute par l'iléon pour gagner ensuite le cæcum, ce qui n'est pas toujours vrai, il s'en faut. En effet, dans cette variété de tuberculose, qu'il ne faut pas confondre avec la vulgaire tuberculose iléo-cæcale ulcéreuse, la lésion débute le plus souvent par le cæcum, dans les parages de la valvule de Bauhin; l'iléon est fréquemment indemne de tuberculose. C'est un fait facile à constater; vous n'avez qu'à vous reporter aux cas que je vous ai cités : l'iléon était sain chez notre femme de la salle Sainte-Jeanne et chez notre homme de la salle Saint-Christophe; l'iléon était sain chez les malades de M. Broca, de M. Marion, de Billroth, de Roux, etc.; dans ces différents cas, c'est par le cæcum que le mal avait débuté et la tuberculose avait respecté l'iléon. Parfois, il est vrai, les parois de l'iléon sont hypertrophiées, ce qui pourrait faire croire au premier abord à une lésion tuberculeuse de ce segment intestinal; mais en y regardant de près, on voit que c'est là une hypertrophie mécanique, compensatrice, qui est provoquée par un rétrécissement de la valvule de Bauhin ou de la cavité cæcale, hypertrophie qui ne doit pas être confondue avec une lésion tuberculeuse. Bref, ce n'est pas habituellement par l'iléon que débute la tuberculose hypertrophique, c'est par la partie du cæcum qui confine à la valvule iléo-cæcale (Hartmann, Broca); c'est là son lieu d'élection, c'est là que les lésions sont le plus accentuées, c'est là que les parois cæcales atteignent leur plus grande épaisseur, ainsi que vous l'avez constaté sur les pièces anatomiques que nous vous avons montrées. Voilà pourquoi la dénomination de *tuberculome hypertrophique du cæcum* me paraît répondre à la majorité des cas.

Parfois, cette tuberculose hypertrophique du cæcum, avec ou sans ulcérations, avec ou sans végétations, peut rester exactement confinée au cæcum, sans empiéter sur le côlon, comme chez notre malade de la salle Saint-Christophe; et alors la dénomination de tuberculome hypertrophique du cæcum est vraie au sens rigoureux du mot. Mais ce n'est pas là le fait habituel et, si nous reprenons une à une les observations que je vous ai citées, nous voyons que, le plus souvent, la tuberculose chronique du cæcum se propage dans le sens du courant intestinal et finit, à la longue, par atteindre le côlon ascendant et même une partie du côlon transverse. Ainsi, chez notre femme, la lésion, partie du cæcum, avait envahi le côlon ascendant et empiétait sur le côlon transverse; chez le petit malade de M. Broca, la lésion cæcale avait gagné le côlon dont la muqueuse était lésée et polypeuse sur une hauteur de 6 à 8 centimètres; chez le patient de M. Marion, la lésion, partie du cæcum, s'était propagée au côlon ascendant et au côlon transverse; dans le cas de M. Bouilly, la lésion cæcale avait empiété sur le côlon ascendant; dans celui de Gussenbauer, elle avait envahi le côlon; chez le malade de Roux, elle s'était généralisée au côlon ascendant et au côlon transverse. Donc, dans la grande majorité des cas, la tuberculose hypertrophique ne reste pas cantonnée au cæcum; elle finit, à la longue, par atteindre le côlon.

Cette distinction est importante; en effet, on pourrait croire s'engager dans une opération qui ne concerne que le cæcum, et on se trouve en face d'une lésion qui a gagné le côlon et le côlon transverse, si bien qu'au lieu de n'enlever que le cæcum, le chirurgien est obligé d'extirper 20, 25, 30 centimètres d'intestin, comme chez notre malade de la salle Sainte-Jeanne.

Revenons sur les lésions de ce tuberculome hypertrophique, et étudions successivement : 1° le cæcum; 2° les ganglions; 3° l'appendice iléo-cæcal.

Le cæcum forme une tumeur d'autant plus volumineuse qu'il est souvent entouré d'un manchon graisseux, qui fait corps avec lui. C'est une sorte de pérityphlite sclérolipomateuse, comparable à la périnéphrite sclérolipomateuse des reins calculeux et tuberculeux. Vous avez vu ce manchon lipomateux à l'examen des pièces anatomiques de nos deux malades. Il est signalé dans bon nombre de cas, et M. Hartmann et Pilliet (1) ont parfaitement décrit cette adipose péri-cæcale dans leur travail de 1891 : « Bien loin de déterminer, comme dans les autres variétés d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, un amincissement des tuniques à leur niveau, cette forme toute spéciale de tuberculose chronique, localisée au voisinage du cæcum, s'accompagne d'un épaississement des tuniques très marqué. De là, formation d'une tumeur, d'autant plus qu'il se dépose autour du cæcum une masse scléro-adipeuse, épaisse et résistante, qui, à l'ouverture du ventre, évoque l'idée d'un néoplasme. » Et, en effet, dans bien des cas, la tumeur cæcale tuberculeuse a été prise pour un cancer, pour un lymphosarcome, tant à cause de son apparence extérieure que de son aspect intérieur. Ainsi, quand on eut en mains la tumeur de la malade opérée par M. Bouilly, on crut à un cancer du cæcum; à un premier examen microscopique, Pilliet pensa à un lymphosarcome; ce n'est que plus tard, à un nouvel examen de cette tumeur, que Pilliet reconnut qu'il s'agissait là de cette tuberculose hypertrophique qu'il devait ensuite si bien décrire. Dans un cas rapporté par MM. Chavannaz et Carrière (2), on crut à un cancer du cæcum, même quand on eut la pièce sous les yeux; c'est à l'examen histologique qu'on reconnut la nature tuberculeuse de la tumeur. Il est probable que bon nombre de cas autrefois étiquetés cancer du cæcum étaient en réalité de la tuberculose hypertrophique.

A la coupe, on constate l'épaisseur énorme des parois du cæcum. Ces parois sont lardacées, fibroïdes, et crient sous le scalpel; elles avaient 2 centim. 1/2 chez notre femme, 3 centimètres chez notre homme, 1 centim. 1/2 dans le cas de M. Marion, 4 centimètres dans celui de Gussenbauer. Cette hypertrophie est due en partie à la transformation tuberculeuse fibroïde des parois.

La surface interne du cæcum présente des aspects variés, des saillies, des cycles en forme de piliers et de colonnes, comme chez l'un de nos malades; parfois, des végétations d'apparence polypeuse, papillomateuse, verruqueuse, ainsi qu'on en voit dans certaines tuberculoses végétantes du larynx; çà et là, des ulcérations. La valvule iléo-cæcale est tantôt ulcérée, détruite, tantôt indurée, rigide, avec son orifice très rétréci. Toutes ces lésions déterminent souvent des rétrécissements du calibre de l'intestin, qui siègent en deux points principaux : au niveau de la valvule et dans la cavité même du cæcum. Ce sont ces rétrécissements qui causent des symptômes de constipation et d'obstruction intestinale.

La tuberculose cæcale entraîne toujours des adénopathies. Les ganglions, plus ou moins nombreux et volumineux, indurés, caséeux, tuberculeux, occupent principalement l'angle iléo-cæcal; on en trouve aussi au mésentère, près du pancréas, à la région sus-claviculaire, à la région inguinale.

Les lésions de l'*appendice* vont nous occuper longuement. Chez les gens atteints de tuberculose chronique du cæcum, les parois de l'appendice sont presque toujours hypertrophiées, souvent tuberculisées, et cependant le malade n'a pas d'appendicite au sens clinique du mot; il a des lésions de l'appendice, mais ces lésions restent lettre morte, elles n'aboutissent pas à la formation du foyer toxi-infectieux canaliculaire provoquant l'explosion des symptômes et des accidents qui seuls méritent le nom d'appendicite.

Quand je reprends l'histoire de tous les malades atteints de tuberculose hypertrophique du cæcum, j'en vois un grand nombre chez lesquels on note, à l'examen de la pièce anatomique, des lésions hypertrophiques ou tuberculeuses de l'appendice, mais je n'en vois pas un seul chez lequel aient éclaté, à un moment donné, les symptômes ou les complications de l'appendicite. Je ne dis pas que la chose ne soit pas possible, mais je ne la constate dans aucune des observations que j'ai consultées. Je ne vois signalé nulle part aucun des accidents consécutifs à l'appendicite, ni les péritonites purulentes, ni les abcès à distance, ni l'empyème sous-phrénique, ni l'infection purulente du foie (foie appendiculaire), ni la pleurésie putride (pleurésie appendiculaire), ni les lésions toxiques suraiguës des reins, du foie et de l'estomac, y compris le *vomito negro*.

De sorte qu'un individu peut avoir pendant des années des lésions tuberculeuses du cæcum, son appendice peut participer à ces lésions et être englobé dans le foyer tuberculeux, et, malgré tout, l'appendicite n'éclate pas, les malades échappent à ses terribles complications; ils ont des lésions de l'appendice, mais ils n'ont pas de toxi-infection appendiculaire. Tel est le fait indéniable, pour si paradoxal qu'il paraisse au premier abord.

Ce qui est vrai pour la tuberculose hypertrophique est également vrai pour la tuberculose ulcéreuse iléo-cæcale. Ici aussi l'appendice est souvent atteint par la tuberculose; il y a des lésions de l'appendice, mais ces lésions ne sont pas de celles qui provoquent l'appendicite. L'appendicite tuberculeuse est exceptionnellement rare. Je vous rappelle le cas d'un de nos phtisiques, atteint de tuberculose ulcéreuse de l'intestin; l'appendice était énorme et déformé par des lésions tuberculeuses, mais ces lésions pariétales avaient laissé libre le canal appendiculaire, elles n'avaient pas abouti à la formation d'une cavité close canaliculaire; aussi notre homme n'eut-il jamais aucun symptôme d'appendicite et l'examen histologique et bactériologique confirma l'absence de tout foyer toxi-infectieux appendiculaire (1).

Autrement dit, tuberculose de l'appendice et appendicite sont des mots qui représentent des idées bien différentes. On aurait tort d'englober sous une même dénomination des choses dissemblables. La tuberculose des parois de l'appendice est assez fréquente, tandis que l'appendicite tuberculeuse, je le répète, est infiniment rare. D'une façon générale, les lésions de l'appendice (tuberculose, actinomycose, cancer) qui restent cantonnées aux parois de l'appendice ne créent pas l'appendicite; ces lésions peuvent avoir un retentissement péri-appendiculaire,

(1) Hartmann et Pilliet. Variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1891, p. 471.)
Pilliet. Typhlite tuberculeuse chronique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1891, p. 636.)

(2) Chavannaz et Carrière. Tuberculose du cæcum; ablation par le procédé de Bloch; mort vingt-huit heures après le second temps de l'intervention; examen anatomo-pathologique. (*Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 15 mars 1897, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 juin 1897, p. 271.)

(1) Apert. Tuberculose de l'intestin et de l'appendice; lésions considérables de l'appendice; pas de cavité close; aucun symptôme d'appendicite. (*Presse méd.*, 14 nov. 1898.)

retentissement de voisinage (fausses membranes, adhérences, abcès, adénopathies), mais elles sont incapables d'infecter et d'intoxiquer l'économie comme peut le faire le foyer de l'appendicite qui, lui, ne l'oubliez pas, *est un foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale*. Ces quelques mots résument, ainsi que je l'ai démontré depuis longtemps, toute l'histoire de l'appendicite. C'est dans ce foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale, que s'exalte la virulence et que s'élabore la toxine; c'est de ce foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale, que partent les agents infectieux et toxiques qui suivent différents chemins, sans qu'il soit nécessaire, comme on le croyait il y a quelques années, que l'appendice soit perforé. Tantôt ces agents migrateurs traversent les parois de l'appendice (1) et provoquent ainsi toutes les variétés de péritonite; tantôt ils suivent les veines appendiculaires et les lymphatiques, et, en fin de compte, ils créent les différentes modalités de la toxi-infection appendiculaire, depuis ses formes légères jusqu'à ses formes les plus terribles.

Vous comprenez maintenant pourquoi certaines lésions pariétales de l'appendice peuvent rester silencieuses et presque ignorées et combien nous sommes loin de la conception erronée qui voudrait assimiler l'appendicite à une folliculite! En réalité, l'appendicite n'éclate, avec son cortège de symptômes et de complications, que le jour où s'est formé (quels qu'en soient la cause et le mécanisme) un foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale, véritable bouillon de culture où s'exalte la virulence et où se fabriquent les toxines. Et ce qui est certain, c'est que les malades atteints de tuberculome cæcal ou cæco-appendiculaire sont indemnes de ce foyer toxi-infectieux : *ils ne succombent pas à l'appendicite*.

Après cette digression qui ne manque pas d'intérêt, puisqu'elle allège le pronostic déjà bien grave du tuberculome hypertrophique du cæcum, jetons un coup d'œil sur l'évolution de la maladie. Cette tuberculose cæcale est souvent décrite sous le nom de *primitive*, ce qui indique qu'elle survient chez des gens qui sont indemnes de tuberculose pulmonaire. C'est habituellement vrai, et M. Benoit, dans sa statistique, ne trouve la tuberculose pulmonaire que dans un sixième des cas. Je dirai même que la tuberculose pulmonaire peut fort bien n'avoir pas précédé la tuberculose du cæcum : elle peut au contraire lui être consécutive, ainsi que nous l'avons constaté chez notre homme de la salle Saint-Christophe. Toutefois, en y regardant de près, on voit que la tuberculose hypertrophique du cæcum n'est pas toujours aussi complètement primitive qu'on veut bien le dire; le patient, il est vrai, peut n'avoir pas eu de tuberculose pulmonaire, mais il peut avoir eu des localisations tuberculeuses en d'autres régions, telles que tuberculose larvée des amygdales, adénopathies cervicales, pleurésie, coxalgie, etc., autant de localisations guéries en apparence, le tuberculome du cæcum arrivant à un moment donné comme une nouvelle localisation de l'infection. Ainsi notre femme, vivant dans un milieu infecté par la tuberculose, avait eu pendant deux ans des adénopathies cervicales.

La première phase de la tuberculose hypertrophique cæcale est assez obscure; elle se révèle surtout par deux symptômes : la diarrhée et les douleurs abdominales. La diarrhée n'est pas toujours précédée de coliques; elle n'apparaît pas, il s'en faut, à heures déterminées, à certaine distance des repas; elle augmente d'intensité avec les progrès de la lésion; elle alterne parfois avec des phases de constipation. L'intestin a peu de tendance à saigner; aussi le melæna est-il beaucoup plus rare ici que dans l'entérite tuberculeuse ulcéreuse. Les douleurs de ventre sont sourdes ou aiguës, continues ou paroxystiques; elles sont peu vives, comme chez notre homme, ou elles éclatent par accès extrêmement douloureux, comme chez notre femme; elles peuvent irradier à tout l'abdomen, mais se localisent de préférence à la fosse iliaque droite.

Bien que pareille localisation soit celle de l'appendicite, il s'en faut que toute douleur de la fosse iliaque soit un indice d'appendicite; gardez-vous de pareille exagération. La douleur de l'appendicite fait partie d'un syndrome dont la valeur est grande : en quelques heures, la douleur qui a pu, tout d'abord, apparaître en d'autres régions, finit par se localiser et par acquérir son maximum d'intensité à la région appendiculaire; elle est exaspérée par la pression; dans la même région on constate de la défense musculaire et de l'hyperesthésie; des nausées, des vomissements peuvent suivre de près l'apparition de la douleur; la fièvre est habituelle. A supposer même que l'attaque appendiculaire en reste là, l'entrée en scène de l'appendicite avec son cortège de symptômes est significative. Cette attaque appendiculaire n'est pas comparable à l'installation beaucoup plus lente, plus ébauchée, plus dissociée, des symptômes qui peu à peu révèlent la tuberculose du cæcum. Je n'insiste pas sur ce diagnostic différentiel de l'appendicite, que j'ai eu si souvent l'occasion de traiter devant vous.

En résumé, état douloureux de l'abdomen et diarrhée à longue portée, douleur à la pression dominant à la fosse iliaque droite, troubles gastro-intestinaux, tels sont les signes habituels de la première phase du tuberculome cæcal; pendant six mois, un an et plus encore, rien de précis n'apparaît; le patient peut conserver son appétit et ne pas maigrir, mais « il a mal au côté droit du bas-ventre ». Parfois, cependant, survient un épisode intercurrent : la sténose de la valvule de Bauhin ou le rétrécissement de la cavité du cæcum déterminent des phénomènes de constipation prolongée pouvant aller jusqu'aux symptômes de l'occlusion intestinale.

A un moment donné, on perçoit à l'exploration de la fosse iliaque droite un empâtement, une induration, une tumeur. Parfois même la perception du néoplasme n'est possible que sous le chloroforme. Le siège de la tumeur, ses limites, ses caractères, tout semble indiquer qu'il s'agit d'une tumeur cæcale ou péri-cæcale. Il faut alors faire un diagnostic pathogénique, ce qui est loin d'être facile. C'est ce diagnostic différentiel des *tumeurs de la fosse iliaque droite* que nous allons discuter, tout en nous confinant au diagnostic des tumeurs nées sur place, sans nous occuper des tumeurs venues de régions voisines. Afin d'être bien édifiés sur les difficultés de ce diagnostic, veuillez écouter d'abord l'observation suivante :

Un homme de quarante-sept ans entre, le 28 décembre 1897, dans notre salle Saint-Christophe, n° 7. Il vient, dit-il, pour une très grande faiblesse et pour une diarrhée qui date de deux ans. La faiblesse est telle qu'il ne peut faire cent mètres sans s'arrêter plusieurs fois. Il a quatre ou cinq selles par jour : dès qu'il prend un aliment, surtout du lait, il éprouve aussitôt des besoins pressants et la diarrhée apparaît. Aussi a-t-il rationné son alimentation. Pendant longtemps, l'état général est resté assez bon, mais, depuis quelques mois, l'amaigrissement est apparu, et actuellement cet homme a l'apparence cachectique d'un tuberculeux avancé.

A plusieurs reprises, il a éprouvé des douleurs à la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné, mais non douloureux. A l'examen de la fosse iliaque droite, on perçoit une tumeur dure, non mobilisable, et allongée comme un gros boudin. On peut d'autant mieux l'explorer qu'on ne provoque ni douleur ni défense musculaire. Cette tumeur paraît appartenir au cæcum; elle est mate à la percussion; elle se prolonge en haut dans la direction du côlon; elle est nettement séparée de la paroi osseuse de la fosse iliaque avec laquelle elle n'a aucun rapport. A l'aine droite existent quelques ganglions indolores.

Le malade n'a aucun symptôme ni aucun signe de tuberculose pulmonaire. Tous les appareils sont sains. La localisation et la forme de la tumeur, les troubles intestinaux qui n'ont pas cessé depuis le début de la maladie, l'amaigrissement progressif, tout fait croire à une tuberculose hypertrophique du cæcum. Les poumons étant indemnes, cet homme me paraît être dans de bonnes conditions pour une intervention chirurgicale, et je prie M. Marion de vouloir bien se charger de l'opération.

L'opération est faite le 6 janvier. M. Marion pratique à la région iliaque droite une incision de 15 centimètres et la tumeur est mise à nu. J'éprouve aussitôt quelque étonnement; au lieu de la tumeur cæcale et irrégulière que j'attendais, nous sommes surpris d'apercevoir une tumeur d'apparence globuleuse, grisâtre, régulièrement lisse, sans bosselures ni encoches. Au toucher, elle donne l'impression d'une poche renfermant un liquide sous pression. Après avoir exploré les rapports de cette tumeur et après avoir constaté que le cæcum rejeté sur la gauche en est complètement indépendant, l'opérateur incise la tumeur, et aussitôt jaillit une grande quantité de liquide séro-purulent dans lequel nagent des vésicules hydatiques. On peut évaluer à 1 litre environ le contenu de la poche, qui n'était autre qu'un kyste hydatique suppuré. En introduisant la main dans la cavité pour la débarrasser des dernières vésicules, M. Marion constate que ce kyste s'est développé dans le muscle iliaque. L'opération se termine par la fixation des parois du kyste à la peau et un drain est laissé dans la poche. Les suites opératoires ont été fort simples : la cicatrisation était complète en trois semaines. Dès le lendemain de l'opération les troubles intestinaux avaient disparu; la diarrhée qui durait depuis deux ans ne revint plus, l'amélioration fut rapide et, six semaines plus tard, le malade quittait l'hôpital, ayant engraissé de 7 kilogrammes. Voici comment un ***kyste hydatique*** de la fosse iliaque droite peut simuler le tuberculome hypertrophique du cæcum.

Le cas que je viens de vous rapporter, pour si intéressant qu'il soit, est, en somme, une rareté, mais j'ai à vous parler maintenant de faits plus fréquents qui sont d'un grand enseignement. En août 1898, je voyais en consultation, avec M. Toledo, une jeune Cubaine atteinte depuis plusieurs mois de troubles intestinaux. La jeune fille se plaignait de douleurs abdominales, principalement localisées à la fosse iliaque droite; à différentes reprises, deux fois notamment, les crises douloureuses, accompagnées de vomissements, avaient pris une notable intensité et avaient éveillé l'idée d'appendicite. La diarrhée était fréquente et, dans l'intervalle des crises douloureuses, elle était même le symptôme dominant; on n'avait jamais constaté de melæna. Les digestions étaient pénibles et l'alimentation était insuffisante. Quand je vis la malade, je la trouvai très pâle, très amaigrie et affaiblie. Elle n'avait pas de fièvre, mais elle gardait souvent le lit, parce que la marche et les mouvements réveillaient volontiers les douleurs abdominales.

A l'exploration du ventre, qui était excavé et fort émacié, je constatai, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une noix; cette tumeur était indurée, mobile et très douloureuse; par sa situation, elle paraissait faire partie du cæcum. Le père de cette enfant était mort tuberculeux et, bien qu'elle ne présentât elle-même aucun signe de tuberculose pulmonaire, elle avait les apparences d'une petite phtisique. Je pensai à la possibilité d'une tuber-

(1) G. Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1896-1897), 16e leçon, p. 344. Paris, 1897.

culose chronique du cæcum, et je conseillai à la famille de faire appeler M. Gérard-Marchant. Notre collègue examina la malade, parla de tuberculose cæcale et pratiqua l'opération, dont voici le compte rendu, donné par lui à la Société de chirurgie de Paris (1) : « Le péritoine ouvert, le cæcum découvert, ce qui frappait, c'était l'existence, sur le cæcum, près de sa circonférence interne, dans le voisinage de l'abouchement de l'intestin grêle (c'est-à-dire là où l'anatomie normale révèle des ganglions), de deux masses ganglionnaires, dont l'une était plus volumineuse que l'autre, et juxtaposées. Un de ces ganglions présentait, près de sa surface, un point jaunâtre; nulle part d'adhérences, et je pus facilement énucléer ces ganglions sans intéresser les tuniques du cæcum. Bien que l'appendice parût sain, il fut réséqué. »

Ganglions et appendice ont été examinés dans mon laboratoire; l'appendice ne présentait aucune lésion; les ganglions étaient caséeux. La planche ci-dessous (*fig. 4*) représente cette *tu-*

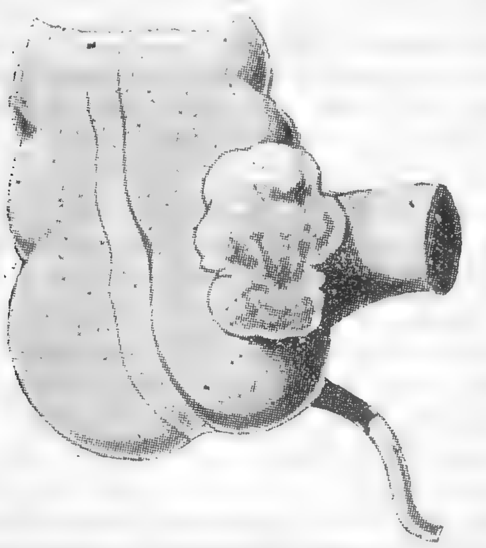


Fig. 4.

meur ganglionnaire pré-cæcale. L'opération fut suivie d'une amélioration rapide et, un an plus tard, on recevait les meilleures nouvelles de la santé de cette enfant.

Voici deux autres observations d'adénites pré-cæcales rapportées par M. Gérard-Marchant : le 14 novembre 1899, notre collègue opéra une jeune fille qui lui avait été confiée par M. Forest de Faye. Cette jeune fille avait, tous les deux ou trois mois environ, dans la fosse iliaque droite, une douleur vive, sans fièvre, sans vomissements, qui se calmait par un repos de quelques heures. Dans l'intervalle de ces petites crises, il n'y avait aucune souffrance.

La première grande crise eut lieu en juillet 1899, avec fièvre vive, vomissements qui persistèrent quatre jours et douleur violente au lieu d'élection. Cette crise dura quinze jours et céda à la glace, à l'opium et à la diète absolue. Néanmoins, la malade garda toujours une sensation douloureuse à la fosse iliaque droite. La deuxième grande crise survint dans la nuit du 2 novembre, avec nausées, lipothymies, angoisse extrême, mais sans fièvre. Dix jours plus tard, M. Gérard-Marchant constata une tuméfaction bien nette dans la région cæcale; il crut à une appendicite, et, à l'opération, il fut surpris de trouver un appendice d'apparence normale; mais, à la face antérieure du cæcum, était un gros ganglion suppuré, ayant contracté avec le cæcum de telles adhérences qu'il fallut renoncer à l'extirpation. Cette adénite suppurée fut incisée et traitée par le grattage et la thermocautérisation; puis le foyer septique fut isolé de la grande cavité péritonéale, par une suture cæcale à la lèvre interne de l'incision du péritoine. Il n'est pas sans intérêt de savoir que cette jeune fille avait une sœur atteinte de coxalgie et un frère phtisique. L'opération fut suivie de guérison. L'examen histologique de l'appendice démontra l'existence de folliculite des parois, fait banal; mais il n'y avait pas d'appendicite au sens vrai du mot.

Le dernier cas relaté par M. Gérard-Marchant concerne une petite malade chez laquelle on avait diagnostiqué une soi-disant appendicite, avec douleurs constantes et persistantes au niveau du cæcum et amaigrissement rapide. L'intervention révéla l'intégrité de l'appendice qui fut cependant réséqué, mais l'opérateur trouva une quantité de petits ganglions, hyperplasiés, indurés, qui n'étaient pas seulement limités au cæcum et qui existaient sur le méso-appendice, sur le grand épiploon et sur le feuillet droit du mésentère. On ne toucha à aucun de ces ganglions; le ventre fut suturé et la malade se rétablit sous l'influence d'un traitement général.

Dans les considérations dont il fait suivre ces observations, M. Gérard-Marchant pense, non sans raison, que ces adénopathies pré-cæcales peuvent être consécutives à des lésions préexistantes, tuberculeuses ou infectieuses, du cæcum ou de la valvule iléo-cæcale. C'est là un fait des plus intéressants que M. Gérard-Marchant a le mérite d'avoir bien mis en relief. On peut même admettre, à mon sens, qu'il est des adénopathies pré-cæcales qui deviennent la lésion principale, alors que la lésion cæcale ou iléo-cæcale qui en est l'origine s'est immobilisée dans son évolution. L'histoire des adénopathies scrofulo-tuberculeuses cervicales et médiastines nous fournit des exemples semblables. Il suffit, parfois, qu'un organe soit atteint d'une lésion tuberculeuse, en apparence insignifiante, pour qu'une explosion de tuberculose ganglionnaire atteigne les ganglions lymphatiques correspondants, voisins ou éloignés. Certaines végétations adénoïdes, certaines lésions amygdaliennes que j'ai étudiées autrefois sous le nom de *tuberculose larvée des amygdales* (1), peuvent susciter des adénopathies scrofulo-tuberculeuses cervicales qui, par leur importance, attirent sur elles l'attention, tandis que la lésion génératrice s'immobilise dans son évolution ou passe presque inaperçue.

Mêmes réflexions me paraissent applicables à la forme de tuberculose cæcale que nous étudions. Nous avons vu que la forme classique de la tuberculose chronique et hypertrophique du cæcum est toujours accompagnée d'adénopathies qui peuvent s'étendre au loin, bien que leur siège de prédilection soit la face antérieure du cæcum et l'angle iléo-cæcal. Or, à côté de la forme classique du tuberculome hypertrophique du cæcum, qui se traduit par les symptômes que nous avons énumérés, il est permis de se demander s'il n'existe pas une tuberculose cæcale *atténuée* et comme *larvée*, se démasquant, non pas par les symptômes de la forme classique, mais par des adénopathies douloureuses, caséeuses, suppurées de la fosse iliaque droite, atteignant surtout les ganglions de la face antérieure du cæcum et de l'angle iléo-cæcal.

Ces adénopathies, plus ou moins appréciables à la palpation, suivant qu'elles sont, ou non, agglomérées sous forme de tumeur, occupent la région cæco-appendiculaire, région qui est également commune aux lésions chroniques de l'appendicite et aux lésions du cæcum. De plus, elles empruntent aux organes du voisinage (péritoine et intestin) des symptômes qui rendent le diagnostic fort hésitant : elles sont accompagnées de douleurs permanentes ou paroxystiques, un peu à la façon de certaines appendicites chroniques; elles suscitent des crises diarrhéiques qui font dévier l'attention sur l'intestin, et elles forment à la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse à la façon du tuberculome hypertrophique du cæcum. En sorte que voilà trois genres de lésions : tuberculome cæcal, appendicite chronique et adénopathie pré-cæcale, qui occupent la même région et qui ont des symptômes communs. Vous conviendrez que le diagnostic différentiel entre ces trois ordres de lésions est extrêmement difficile, et le plus souvent ce n'est qu'à l'opération qu'on peut préciser ce diagnostic. Ajoutons du reste que, chez pareils malades, ce diagnostic différentiel n'a qu'une importance relative, car, dans les trois hypothèses, l'intervention chirurgicale s'impose.

Il est un autre diagnostic différentiel dont je dois vous parler, c'est le diagnostic entre le tuberculome hypertrophique du cæcum et la tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle, occupant la région iliaque droite. M. Bernay (1), dans sa thèse, en étudiant les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle, classe ces sténoses en trois groupes, suivant que le rétrécissement de l'intestin tuberculeux est fibreux, cicatriciel ou hypertrophique. Les rétrécissements tuberculeux fibreux et cicatriciels occupent presque toujours les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle, tandis que le rétrécissement tuberculeux hypertrophique se rencontre principalement dans le quart inférieur de cet intestin. Cette dernière forme est beaucoup plus rare, puisqu'elle n'existait que 8 fois sur 70 cas de rétrécissement tuberculeux; encore même, ne se propage-t-elle pas toujours au cæcum.

Un cas très net de cette tuberculose hypertrophique sténosante de l'iléon, formant tumeur à la fosse iliaque droite, a été publié par M. Tuffier (2). Il s'agit d'une femme non tuberculeuse, non syphilitique, et atteinte depuis deux ans de coliques apparaissant quatre ou cinq heures après le repas et se terminant par des selles liquides sans trace de melæna. Bien que cette femme eût bon appétit, elle mangeait fort peu dans la crainte des douleurs intestinales, et elle avait maigri considérablement. A l'exploration de l'abdomen, on constate à la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une petite mandarine; cette tumeur n'est pas douloureuse, elle est mobile et de consistance rénitente. On pose le diagnostic de tuberculose sténosante de l'intestin grêle, et M. Tuffier pratique l'opération.

On trouve, en effet, une tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle. On résèque 35 centimètres d'intestin, et, quelques semaines plus tard, la malade était guérie et n'éprouvait plus les symptômes qui avaient nécessité l'intervention. A l'examen de la pièce anatomique, on reconnut que la tuberculose était à la fois ulcéreuse, hypertrophique et sténosante; la sténose était le résultat d'une véritable entérite fongueuse. Les préparations histologiques démontraient une hypertrophie considérable des différentes couches de l'intestin, principalement de la sous-muqueuse. A la partie profonde de cette couche sous-muqueuse, étaient de volumineux follicules tuberculeux avec cellules géantes et bacilles tuberculeux.

En somme, la *tuberculose hypertrophique de l'iléon*, occupant la fosse iliaque droite, peut former une tumeur qui, vous le voyez, n'est pas sans analogie avec le tuberculome hypertrophique du cæcum.

Occupons-nous maintenant des tumeurs de la fosse iliaque droite consécutives à une *ancienne appendicite*. Je ne parle pas ici des collections purulentes, pérityphlite, abcès iliaque, qui font partie d'un processus appendiculaire aboutissant à la suppuration; je fais allusion à ces

(1) Cette observation et les deux suivantes ont été, en effet, communiquées par M. Gérard-Marchant à la Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 24 janvier 1900 (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 38).

(1) G. Dieulafoy. Tuberculose larvée des amygdales. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 30 avril 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 199.)

(1) Ch. Bernay. Les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. (*Thèse de Lyon*, 1899.)

(2) Tuffier. Rétrécissement tuberculeux à forme hypertrophique de l'intestin grêle. (*Presse méd.*, 21 février 1900.)

amas fibroïdes, à évolution lente et progressive, qui constituent un chapitre encore peu étudié de l'appendicite chronique.

Dans sa migration extra-appendiculaire, l'infection, qui peut rester cantonnée à la fosse iliaque droite, n'aboutit pas toujours, je le répète, à la formation de pus (pérityphlite suppurée); elle aboutit parfois à la formation de fausses membranes et d'adhérences exubérantes qui prennent l'aspect et la consistance de tissu fibroïde et lardacé. Ce processus peut gagner le mésentère et s'étaler au loin (1). « Des tractus fibreux, durs, résistants, irrégulièrement distribués, rattachent l'appendice aux organes voisins, cæcum, iléon, mésentère, péritoine iliaque (2). » Des adhérences épaisses « peuvent couder la terminaison de l'intestin grêle à son abouchement dans le cæcum et comprimer la valvule iléo-cæcale. Parfois le cæcum, enserré dans le tissu inflammatoire, est méconnaissable, la portion du gros intestin étant remplacée par une masse conjonctive et fibreuse où se fondent l'iléon et le côlon ascendant (3) ». A la palpation de la fosse iliaque droite, on a parfois la sensation d'une tumeur péri-cæcale ou iléo-cæcale.

Ce processus fibroïde extra-appendiculaire est lent dans son évolution, et ses symptômes rappellent beaucoup ceux du tuberculome hypertrophique du cæcum. Le malade se plaint de pesanteur, de tiraillements, de douleurs à la fosse iliaque droite. Ces douleurs consistent en un simple endolorissement ou éclatent sous forme de crises aiguës qui rappellent un peu l'appendicite et peuvent n'être dues qu'à des brides et à des adhérences. Ici comme ailleurs (péricholécystite fibreuse), les adhérences peuvent être l'origine de crises extrêmement douloureuses. On constate des troubles gastriques et intestinaux : dyspepsie, anorexie, vomissements. La diarrhée est fréquente; la constipation peut être opiniâtre et accompagnée de symptômes d'occlusion intestinale. Le malade maigrit. A l'inspection de la fosse iliaque droite, on constate profondément une induration, une tumeur douloureuse.

Cette tumeur a le siège et les attributs des tumeurs cæcales ou péri-cæcales. Si le début de la maladie a été nettement caractérisé par une ou plusieurs crises d'appendicite, on pense avec raison aux lésions chroniques de l'appendicite et le diagnostic est fait. Mais si ce guide fait défaut, on n'arrive qu'à un diagnostic approximatif; on croit au tuberculome cæcal, au cancer du cæcum et on conseille en tout cas l'opération. Le chirurgien, arrivé sur la tumeur, constate des lésions variées : masse informe dans laquelle se fusionnent l'iléon et le côlon ascendant, coudure de l'iléon à son entrée dans le cæcum, rétrécissement de la valvule iléo-cæcale, infiltration hypertrophique des parois intestinales, magma caséeux, collection purulente, brides, adhérences, gros ganglions, ancienne appendicite. L'opération est souvent suivie de succès. Voilà comment des lésions fibroïdes chroniques consécutives à l'appendicite peuvent former une tumeur à la fosse iliaque droite. Je ne reproduis pas ici les cas qui ont été publiés (Tuffier, Demoulin); plusieurs sont réunis dans le travail de MM. Gérard-Marchant et Demoulin.

Outre les tumeurs cæcales, iléo-cæcales et péri-cæcales que nous avons étudiées jusqu'ici, tumeurs qui sont dues au tuberculome hypertrophique du cæcum et de l'iléon, aux adénopathies pré-cæcales et aux lésions fibroïdes chroniques suite d'appendicite, il est d'autres tumeurs de la fosse iliaque droite, beaucoup plus rares il est vrai, dont la cause nous échappe; on ne trouve ici ni tuberculose, ni appendicite, et faute de mieux la tumeur iléo-cæcale est dite « purement inflammatoire ». Dans cet ordre d'idées, MM. Gérard-Marchant et Demoulin dans leur publication citent les cas de M. Hartmann, de M. Boiffin, de M. Julliard; mais certaines de ces observations laissent quelque doute sur l'origine « purement inflammatoire » des lésions. Ainsi, dans le cas de M. Boiffin, l'examen de la tumeur n'a pas été fait; rien ne dit alors qu'il ne s'agissait pas là de tuberculome. Dans le cas de M. Julliard « l'appendice était déformé et presque méconnaissable », ce qui peut laisser supposer que la tumeur dite inflammatoire avait pour origine une infection appendiculaire.

M. Gérard-Marchant a cité un cas probant de ces tumeurs dites inflammatoires. Il s'agit d'une tumeur latérale du cæcum, qui avait le volume d'une noix verte; l'appendice était sain. L'examen histologique démontra que ce n'était ni un néoplasme, ni de la tuberculose, ni du lymphadénome, mais simplement un épaississement inflammatoire comblant la tunique sous-muqueuse.

M. Schwartz a communiqué le cas suivant (1) : Une jeune femme était atteinte d'une tumeur de la fosse iliaque droite. Cette tumeur, depuis longtemps douloureuse, était dure et relativement mobile. L'opération est pratiquée et on enlève une tumeur qui a le volume du poing et qui est constituée par le cæcum et par la portion terminale de l'iléon. En incisant avec des ciseaux la pièce anatomique, on est frappé de la résistance des tissus; le cæcum est tellement hypertrophié que sa paroi mesure 2 à 3 centimètres; la valvule iléo-cæcale est épaissie, mais non rétrécie; la muqueuse est partout normale, sans trace d'ulcération. Cette tumeur n'était, paraît-il, ni tuberculeuse, ni cancéreuse, ni d'origine appendiculaire. Dans quelle catégorie la classer? L'examen histologique fait par M. Cornil démontra une hypertrophie considérable de la musculature de l'intestin.

L'actinomycose appendiculaire et appendiculo-cæcale peut déterminer à la fosse iliaque droite une tumeur dont je vais vous parler. J'ai eu l'occasion d'en observer récemment un cas avec MM. Widal et Segond. Il s'agit d'un malade qui depuis un an avait de loin en loin des crises très douloureuses rappelant un peu l'appendicite à répétition. Les crises débutaient par une pneumatose gastro-intestinale des plus pénibles, avec tympanisme et constipation opiniâtre. Les douleurs, bien que généralisées à tout le ventre, se fixaient de préférence à la région iliaque droite. Malgré la vivacité de ces douleurs, il n'y avait ni vomissements, ni fièvre. La crise durait quelques jours et se terminait sans laisser après elle aucun reliquat, aucun endolorissement de la région cæco-appendiculaire. Dans l'intervalle de ces épisodes aigus la santé restait bonne.

Quoique ces crises douloureuses, principalement localisées à la fosse iliaque droite, ne fussent pas sans analogie avec l'appendicite, elles en différaient néanmoins par plusieurs côtés. Ainsi, il n'est pas d'usage que l'appendicite s'annonce par une pneumatose intense gastro-intestinale; de plus, on ne voit guère une violente crise d'appendicite n'être accompagnée ni de fièvre ni de vomissements; enfin des crises très vives d'appendicite laissent après elles, pendant quelque temps, un endolorissement de la fosse iliaque droite, facile à réveiller par la pression. Or, rien de tout cela n'existait chez notre malade; aussi n'étais-je pas disposé à admettre chez lui l'appendicite. J'avais pensé à des crises de typhlocolite, mais ce diagnostic devait être abandonné, car, en pareil cas, ces crises sont suivies de l'expulsion de mucosités, de membranes, de sable intestinal. Dès lors, on pouvait se livrer à toutes les hypothèses et penser à une adénite pré-cæcale, à un début de tuberculome ou de cancer; j'avoue que je n'avais pas songé à l'actinomycose.

Cependant une tumeur s'était formée à la région iléo-cæcale. Cette tumeur, dure, allongée, mobile et sensible à la pression, n'éclairait pas le diagnostic; on aurait dit un cancer. L'état général restait bon; toutefois, l'intervention chirurgicale s'imposait, et d'un commun accord l'opération fut décidée. Elle fut pratiquée par M. Segond, qui enleva un appendice énorme entouré de membranes et d'adhérences sans la moindre suppuration, sans trace de péritonite. Les parois de l'appendice étaient très épaisses, dures et comme lardacées, la muqueuse était saine; pareille lésion ne méritait pas le nom d'appendicite au vrai sens du mot; c'était de l'actinomycose appendiculaire, ainsi que le constata M. Widal à l'examen histologique.

Cette actinomycose appendiculaire ou appendiculo-cæcale a été bien étudiée ces derniers temps (1), notamment par MM. Poncet et Bérard. Dans une première phase, qui dure une ou deux années, cette localisation actinomycosique rappelle assez bien les symptômes de l'appendicite à répétition; le malade a des douleurs continues ou paroxystiques qui se localisent surtout à la fosse iliaque droite; il a des crises de tympanisme gastro-intestinal, de la constipation, plus souvent de la diarrhée, parfois des selles sanguinolentes et du ténesme. Plus tard, on commence à sentir à la région cæco-appendiculaire une tuméfaction ligneuse, une induration donnant la sensation d'un fibrome profond à contours mal limités. Pendant des mois, cet état peut rester stationnaire, mais vient un moment où l'actinomycose prend contact avec le péritoine, avec la paroi qu'elle infiltre à la façon d'un plastron, et alors survient la phase de ramollissement, d'ulcération et de fistules.

Il faut convenir qu'aux premières périodes de la maladie, le diagnostic est des plus difficiles; on n'a pour se guider que deux symptômes cardinaux : la localisation des douleurs et plus tard l'apparition de la tumeur; on pense alors à des lésions appendiculaires chroniques ou à un début de tuberculome cæcal, ou à autre chose, mais rien encore ne permet d'affirmer l'existence de l'actinomycose. Peut-être, au cas de diarrhée chronique, pourra-t-on constater le parasite dans les selles.

Terminons cette étude de diagnostic différentiel par le diagnostic du tuberculome du cæcum et du cancer iléo-cæcal. La première phase du cancer du cæcum est généralement assez lente; elle est annoncée par quelques symptômes, tels que douleurs à la fosse iliaque droite, diarrhée ou constipation, hémorrhagies intestinales, melæna, troubles dyspeptiques, anorexie, amaigrissement, symptômes communs, ou peu s'en faut, au tuberculome et au cancer du cæcum. Jusque-là pas moyen d'affirmer le diagnostic. A un moment donné, une induration profonde, une tumeur se développe à la région cæcale. Cette tumeur n'est pas toujours facile à sentir et on gagne à faire l'exploration sous le chloroforme, ce qui supprime la douleur et la tension musculaire.

La tumeur est fort variable de forme et de dimensions; elle est arrondie ou allongée, irrégulière, mobile ou immobilisée par des adhé-

(1) Karewski. Sur la péritonite adhésive diffuse, suite d'appendicite. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 230.)

(2) Tuffier et Marchand. Les lésions appendiculaires dans les autopsies banales. (*Presse méd.*, 10 sept. 1902.)

(3) Gérard-Marchant et Demoulin. Tumeurs et rétrécissements inflammatoires de la région pylorique de l'estomac et du segment iléo-cæcal de l'intestin. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, sept. 1899.)

(1) Schwartz. Iléo-typhlite hypertrophique. (*Treizième Congrès international des sciences médicales*, section de chirurgie générale, Paris, 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 306.)

(1) A. Poncet et L. Bérard. Traité clinique de l'actinomycose humaine; pseudo-actinomycose et botryomycose. Paris, 1898, p. 274.
Hinglais. Essai sur l'actinomycose appendiculo-cæcale (appendicite et typhlite actinomycosiques). (*Thèse de Lyon*, 1897.)
L. Lebreton. De l'actinomycose dans le département de la Seine (juin 1902). (*Thèse de Paris*, 1902.)
Thévenot. Actinomycose appendiculaire. (*Gaz. des hôpit.*, 12 août 1902.)

rences. Parfois les ganglions inguinaux sont hypertrophiés. Dans quelques cas surviennent des signes d'occlusion intestinale. Rien encore ne permet (le plus souvent du moins) d'affirmer le tuberculome ou le cancer. Cependant l'évolution plus rapide de la maladie et la cachexie plus précoce sont en faveur du cancer; par contre, un sérodiagnostic positif permettrait de conclure au tuberculome.

Et maintenant, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les tumeurs de la fosse iliaque droite, tuberculome hypertrophique du cæcum, tuberculome hypertrophique de l'iléon, cancer iléo-cæcal, adénopathies pré-cæcales, tumeurs iléo-cæcales dites inflammatoires, lésions fibroïdes consécutives à l'appendicite, actinomycose appendiculo-cæcale, etc., nous voyons que ce diagnostic différentiel est souvent entouré de très grandes difficultés.

Il est possible néanmoins, dans quelques cas, d'arriver au diagnostic, surtout quand on peut, par un examen approfondi ou par des renseignements précis, remonter au début de la maladie et en reconstituer l'évolution. Tel individu, par exemple, a eu il y a six mois, un an, et plus encore, un ensemble de symptômes qui ne laisse aucun doute sur une crise d'appendicite. Depuis cette crise d'appendicite, l'attention de votre malade a été appelée vers la fosse iliaque droite : il y porte la main, il y éprouve une sensation de gêne et de tiraillements, il est habituellement constipé; parfois ont apparu des crises de douleurs intestinales généralisées, qui ont pu faire croire à tort à une entérocolite; ou bien sont survenus des troubles dyspeptiques (1) (dyspepsie appendiculaire) qui ont appelé indûment sur l'estomac toute l'attention, ou bien encore ce sont des troubles cardiaques, ainsi que je l'ai constaté (cœur appendiculaire), qui ont pu faire dévier le diagnostic en portant toute l'attention sur le cœur. En réalité, c'est de la lésion appendiculaire chronique que vient tout le mal avec ses réflexes multiples. Peu à peu les lésions fibroïdes extra-appendiculaires ont gagné du terrain, des adhérences épaisses et des amas inflammatoires se sont formés, les douleurs sont devenues permanentes, le malade a maigri, et à l'examen, surtout sous le chloroforme, on constate une induration, une tumeur sur la nature de laquelle il faut se prononcer. Une séméiologie bien conduite peut arriver à reconstituer l'entrée en scène et l'évolution de la maladie : il s'agit d'appendicite chronique; l'opération peut supprimer tous les accidents.

Voici un autre individu chez lequel le mal a également débuté par la fosse iliaque droite; mais nous ne trouvons pas ici, comme entrée en scène, un ensemble de symptômes qui permettent de penser à une appendicite. Les douleurs ont été irrégulières ou tardives dans leur apparition, il y a eu des alternatives de diarrhée et de constipation, les déjections ont été souvent sanguinolentes, l'amaigrissement a été précoce, la tumeur de la fosse iliaque s'est accrue rapidement, des ganglions ont apparu à la région inguinale, le sérodiagnostic est négatif : tout permet de diagnostiquer le cancer.

Chez un troisième malade, la diarrhée et les douleurs ont été dès le début les troubles dominants, mais l'évolution de la maladie a été plus lente que dans le cas précédent, la perte de l'appétit a été moins précoce, l'amaigrissement a été beaucoup moins rapide, l'accroissement de la tumeur iliaque s'est fait plus lentement, le sérodiagnostic a été positif : il s'agit d'un tuberculome hypertrophique du cæcum.

Quant au diagnostic différentiel des autres variétés de tumeurs de la fosse iliaque droite, adénite pré-cæcale, tumeurs dites inflammatoires, actinomycose appendiculo-cæcale, etc., il n'est souvent possible de l'établir qu'au moment de l'opération.

Le pronostic du tuberculome hypertrophique du cæcum s'est complètement modifié depuis quelques années. Autrefois, un individu atteint de cette tuberculose cæcale était considéré comme atteint d'une maladie mortelle; aujourd'hui, il est considéré comme atteint d'une maladie opérable et souvent curable. Toutefois, la guérison ne peut être obtenue qu'à certaines conditions. Il est nécessaire d'opérer en temps voulu : il ne faut pas attendre que le sujet soit déjà cachectisé; aussi, dès que la maladie est reconnue ou même soupçonnée, sachons ne pas perdre un temps précieux : il faut agir. La coexistence de la tuberculose pulmonaire aggrave d'autant plus le pronostic, que cette complication est une contre-indication opératoire; mais n'oublions pas que la tuberculose pulmonaire est rarement la source de la tuberculose du cæcum; elle en est quelquefois la conséquence, ce qui est une raison de plus pour ne pas différer outre mesure l'intervention chirurgicale. Faite en temps opportun, l'opération donne de nombreux succès; le cas de notre femme en est un remarquable exemple.

(1) Longuet. La dyspepsie appendiculaire et son traitement chirurgical. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 185-188.)

CHIRURGIE PRATIQUE

La percussion et l'auscultation osseuses combinées comme moyen de diagnostic et de localisation des fractures.

Si la découverte des rayons de Röntgen a facilité dans un grand nombre de cas le diagnostic des fractures, il n'en reste pas moins que la radiographie nécessite une installation spéciale et des appareils de maniement délicat, qui en rendent l'application difficile, sinon impossible, dans de multiples circonstances, notamment dans la pratique rurale et en chirurgie d'armée. Aussi est-ce en se basant sur les signes classiques — crépitation, mobilité anormale, déformation, douleurs — que l'on est le plus souvent amené à admettre l'existence d'une fracture. Mais ces signes, quelle qu'en soit la valeur, peuvent se trouver en défaut, quand, par exemple, la sensibilité du patient ou la présence d'une hémorrhagie locale mettent obstacle à l'exécution d'un examen détaillé.

C'est précisément dans ces cas particulièrement embarrassants que le procédé récemment préconisé par un confrère hongrois, M. le docteur J. Plesch (de Rájecz), serait à même de rendre les meilleurs services : ce procédé, qui n'exige aucun instrument spécial et n'occasionne aucune souffrance au blessé, est basé sur la propagation du son par le tissu osseux.

Quand on percute l'épiphyse supérieure d'un os sain, tout en auscultant l'épiphyse opposée, on perçoit un son clair, dont les qualités acoustiques dépendent de la longueur, de l'épaisseur et de la densité de l'os en question, ainsi que de l'état des tissus voisins; et chez un individu normal, la percussion du même os, des deux côtés du corps, fournit à l'auscultation des résultats identiques.

Lorsque, au contraire, il y a fracture incomplète, le son n'étant plus transmis par un tissu homogène, la propagation des vibrations se trouvera altérée; suivant l'étendue de la fissure, le son produit par la percussion pourra même être accompagné de bruits plus ou moins métalliques.

Enfin, en cas de fracture totale, l'oreille ne percevra plus du tout le son; il arrivera seulement, si les fragments osseux sont en contact, qu'on entende une crépitation, provoquée par l'ébranlement dû à la percussion.

Comme moyen de contrôle, notre confrère recommande de toujours répéter la manœuvre sur l'os homologue du côté opposé.

La même méthode permet de facilement localiser le siège de la fracture : il suffit, tout en auscultant, de rapprocher peu à peu le stéthoscope de l'extrémité percutée, jusqu'à ce que l'on obtienne le son clair normal; on est alors au niveau du trait de fracture.

Les épiphyses étant d'ordinaire placées directement sous la peau constituent des points d'élection pour pratiquer la percussion; dans le cas où une lésion quelconque (inflammation, hémorrhagie) empêcherait d'utiliser l'épiphyse de l'os atteint, on pourrait percuter un os voisin, les articulations transmettant assez bien le son. Comme instruments d'auscultation, les plus appropriés seraient les stéthoscopes binauriculaires et le phonendoscope.

Ajoutons que M. Plesch, qui a vérifié, par des expériences sur le cadavre, l'exactitude de ce procédé de diagnostic dans les fractures d'os longs, de côtes et de la voûte crânienne, est également parvenu à localiser par le même moyen d'autres lésions osseuses, telles que la carie costale et l'ostéomyélite du péroné.

BULLETIN

L'unification internationale de la formule des médicaments héroïques.

Depuis une dizaine d'années, nous avons à maintes reprises montré combien était infructueuse la voie dans laquelle se sont généralement engagés les Congrès internationaux des sciences médicales; de ces réunions, il ne reste à peu près rien au point de vue scientifique ou pratique : leur but est vain et leur œuvre stérile.

Il y a deux ans, à l'occasion du dernier Congrès international de médecine, nous avons indiqué dans quel sens devrait être dirigée désormais la tâche de ces réunions périodiques, générales ou spéciales, pour arriver à aplanir les difficultés inhérentes à la coopération scientifique internationale (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 262); nous n'y reviendrons pas aujourd'hui, laissant aux lecteurs le soin de considérer les divers exemples que nous avons apportés comme stimulants des travaux à accomplir.

De pareils projets ne sont pas, d'ailleurs, irréalisables, et il suffit de jeter les yeux sur une profession qui touche de près à la médecine pour en rencontrer une preuve très démonstrative : elle nous est fournie par le Congrès international de pharmacie. Ce fut en 1865, à la première réunion des pharmaciens à Brunswick, que fut émise l'idée d'une unification internationale des remèdes actifs, dont l'opportunité se trouve signalée aussi dans la préface que J.-B. Dumas écrivit pour l'édition de 1866 de la *Pharmacopée française;* et c'est à Bruxelles, après avoir été étudiée pratiquement par tous les Congrès internationaux de pharmacie, qu'elle vient d'aboutir à un arrangement international signé le 20 septembre dernier par les délégués de dix-sept pays. Il ne faut pas oublier que le mérite du succès revient aussi à M. le docteur Rommelaere, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles, qui, à la suite d'un rapport dans lequel la question était on ne peut mieux exposée (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 159-160), amena l'Académie de médecine de Belgique à demander au gouvernement belge d'entreprendre des négociations avec les gouvernements étrangers en vue d'établir, non pas une pharmacopée internationale universelle — projet primitif et par trop grandiose —, mais l'unification de la formule des médicaments héroïques.

Le Congrès international de pharmacie de 1900, ayant été instruit de l'acceptation du gouvernement belge et des démarches que celui-ci avait déjà faites auprès des gouvernements des pays étrangers sur leur adhésion éventuelle à une Conférence internationale pour le but en question, confirma le vœu émis par l'Académie de médecine de Belgique.

Vingt gouvernements (Allemagne, Angleterre, Autriche-Hongrie, Bulgarie, Danemark, Es-

pagne, Etats-Unis d'Amérique, France, grand-duché de Luxembourg, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Russie, Serbie, Suède-Norvège, Suisse, Turquie) ayant accueilli favorablement l'invitation de la Belgique, la réunion de la Conférence a eu lieu à Bruxelles du 15 au 20 septembre 1902. Trois de ces pays (Grèce, Portugal, Turquie), pour des raisons particulières, n'ont pas envoyé de délégués à ladite Conférence et par suite n'ont pas participé à la rédaction et à la signature de l'arrangement international, mais il est à supposer qu'ayant adhéré à l'idée, ils tiendront à apposer un jour ou l'autre leur signature au bas du protocole final. L'Allemagne a bien envoyé trois délégués qui ont participé aux travaux de la Conférence, mais ces délégués ont déclaré que le gouvernement impérial, tout en étant entièrement favorable à l'œuvre en question, ne leur avait pas donné des instructions les autorisant à signer le protocole. Quoi qu'il en soit, les délégués de dix-sept pays (Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, France, Grande-Bretagne, Hongrie, Indes orientales britanniques, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Russie, Suède et Suisse), à la suite de délibérations qui ont duré cinq jours, ont arrêté et signé un projet d'arrangement international pour l'unification de la formule des médicaments héroïques, qu'ils s'engagent à recommander le plus tôt possible à l'approbation de leurs gouvernements respectifs. Ce projet, ou plutôt cet avant-projet d'arrangement, pour employer le terme officiel, ne comprend que trois articles, ainsi conçus :

« *Article premier.* — Il y a lieu de désigner les substances médicamenteuses énumérées ci-après (1) sous les dénominations latines suivantes et de les préparer conformément aux prescriptions mises en regard.

» *Art. 2.* — En principe, il y a lieu à l'avenir : *a*) de ne pas donner la forme de vin médicinal à un médicament héroïque; *b*) de préparer les teintures des drogues héroïques à 10 pour cent et par percolation; *c*) de préparer les extraits fluides des drogues héroïques à 100 pour cent.

» *Art. 3.* — Il y a lieu d'adopter un compte-gouttes normal dont le diamètre extérieur du tube d'écoulement soit exactement de 3 millimètres, c'est-à-dire qui, à la température de 15 degrés centigrades et avec de l'eau distillée, donne 20 gouttes par gramme. »

Il est à espérer que les gouvernements sus-indiqués ratifieront sous peu les quelques propositions pratiques adoptées par leurs délégués, et si l'Allemagne n'appose pas sa signature au bas de l'instrument diplomatique, il est cependant à peu près certain qu'elle mettra en usage les dénominations et les formules votées à la Conférence de Bruxelles, sans quoi elle se fût abstenue d'y prendre part.

Ainsi donc, en comptant dans l'ensemble tous les pays adhérents au principe d'une unification internationale, il est légitime de dire que dans un avenir qui n'est pas très éloigné, les médecins seront assurés que toute prescription d'un des 41 médicaments héroïques désignés dans la nouvelle nomenclature sera exécutée dans l'Europe entière, les Etats-Unis d'Amérique et les Indes orientales britanniques d'après la même formule, et que le titre de la préparation officinale sera le même partout, tandis qu'aujourd'hui l'écart considérable entre l'activité d'un médicament connu sous la même dénomination, suivant que ce médicament est préparé à Paris, à Berlin, à Bruxelles, à Londres ou ailleurs, crée un véritable danger (2).

Telle est l'œuvre, scientifique et pratique, de la Conférence internationale de Bruxelles. Elle est le résultat des études provoquées et poursuivies par un Congrès international. Ce qu'ont fait les pharmaciens, aidés finalement par un certain nombre de médecins, le Corps médical est apte à le faire aussi, mais pour cela il faut, comme nous l'avons montré ici même il y a deux ans, qu'il renonce à suivre pour les Congrès internationaux un système où la réclame personnelle, qui prend un essor plus grand à chaque nouvelle réunion, obstrue la voie à la réalisation de réformes nécessaires.

(1) Le tableau en question comprend 41 médicaments; nous le publierons *in extenso* dans les Annexes de notre prochain numéro.

(2) Voir à ce sujet le tableau publié *in Semaine Médicale*, 1899, p. 160.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre 1902.

Rupture spontanée de l'utérus, survenue pendant le travail et opérée avec succès.

M. Richelot lit, à l'occasion d'une observation de M. Lafourcade (de Bayonne), un rapport dont voici le résumé :

Une femme de quarante-deux ans, multipare, est prise le 3 mai dernier des douleurs de l'enfantement. Le travail traîne en longueur, la patiente éprouve une sensation de déchirure dans le ventre, avec douleur atroce, et bientôt les contractions utérines cessent complètement. On diagnostique une rupture de l'utérus et on pratique immédiatement une laparotomie.

Après l'incision de la paroi abdominale, on trouve le fœtus au milieu des anses intestinales; on l'extrait, puis on attire la matrice au dehors et on la sectionne au ras du vagin. On fait ensuite la toilette du péritoine et on referme le ventre. Au bout de trois semaines, la malade était rétablie.

La rupture occupait le bord gauche de l'utérus et présentait une partie verticale longue de 12 à 13 centimètres, entre les deux feuillets du ligament large, et une partie transversale de 5 à 6 centimètres, se prolongeant sur la face antérieure, au-dessus de l'isthme. Le tissu utérin examiné au microscope présentait ses caractères normaux, sauf en quelques points où l'on constata de petits nodules de cellules embryonnaires, pouvant être attribués à un léger processus de myosite interstitielle.

C'est bien peu, dit en terminant le rapporteur, pour expliquer un accident formidable chez une femme dont la santé n'avait laissé jusque-là rien à désirer, et qui avait déjà eu quatre accouchements normaux.

La diphtérie à l'hôpital Bretonneau.

M. Josias communique, en son nom et au nom de M. Tollemer, la statistique des cas de diphtérie observés à l'hôpital Bretonneau, du 12 mars 1901 — jour de l'ouverture du pavillon Bouchut — au 1er mars 1902. Le nombre des enfants atteints de diphtérie vraie, à bacille de Klebs-Lœffler, soignés pendant cette période, a été de 580, sur lesquels 76 sont morts, soit une mortalité globale de 13 %; cette proportion n'est plus que de 10 %, si l'on élimine 18 enfants dont la mort est survenue moins de vingt-quatre heures après leur entrée à l'hôpital.

Sur les 58 enfants qui ont succombé plus de vingt-quatre heures après leur admission, 29 ont été emportés par une bronchopneumonie. Cette affection peut donc être considérée comme la cause principale de la mort. La première chose à faire, étant donnée la très grande contagiosité de cette maladie, est d'isoler le plus tôt possible les enfants qui en sont atteints.

Quant au traitement, il doit être institué également à une époque aussi rapprochée que possible du début : à l'hôpital Bretonneau, chaque enfant reçoit, le jour même de son entrée, sous la peau de l'abdomen, une injection de 10 à 30 c.c. de sérum antidiphtérique, suivant son âge et la gravité de son état.

M. Laveran lit sur l'assainissement de la Corse une note, au cours de laquelle il déclare avoir trouvé des *Anopheles* dans toutes les localités malariques de cette île : sur 182 culicidés capturés dans des locaux habités et insalubres, il a compté 157 *Anopheles* contre 25 *Culex*, soit une proportion de 86 % des premiers, qui appartenaient à l'espèce *A. maculipennis*.

M. Moty (médecin militaire) relate l'observation d'un jeune soldat, atteint depuis un an de stupeur lypémaniaque, et chez lequel deux ponctions rachidiennes, pratiquées à quatre jours d'intervalle, ont été suivies de la disparition des troubles psychiques.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er septembre 1902.

Sur la difficulté d'isoler le Bacterium coli normal dans la dysenterie coloniale.

M. Lesage. — On a signalé la rareté du colibacille normal dans les selles des individus atteints de dysenterie coloniale. C'est là un fait exact, au moins pour certaines périodes de la maladie : c'est ainsi qu'à la première période, je n'ai constaté du *Bacterium coli* normal (coagulation rapide du lait, odeur particulière des cultures) que 6 fois sur 26 et, à la seconde, que 18 fois sur 63, le microbe se trouvant dans les autres cas à l'état de *paracoli*; à la troisième période, au contraire, j'ai toujours trouvé le colibacille normal.

En recherchant les causes de cette transformation du *B. coli* en *paracoli*, j'ai pu me convaincre que les cultures paracoliennes paraissant pures renferment en réalité, outre le *paracoli*, une pasteurellose, qu'on peut isoler soit au moyen des cultures sur plaque de Petri, soit par l'inoculation au cobaye ; une culture mixte étant en effet injectée dans le péritoine de cet animal, la pasteurellose passe d'abord seule dans le sang. Or, le *paracoli* séparé d'avec la pasteurellose et cultivé à l'état de pureté ne tarde pas, après quelques passages sur pomme de terre, à récupérer tous les caractères du colibacille normal; remis en contact avec la pasteurellose (soit sur gélose, soit dans le péritoine du cobaye), il se retransforme en *paracoli*.

Il ne faut donc pas attribuer au colibacille normal, passagèrement devenu *paracoli*, des caractères qui n'appartiennent pas en propre à ce microorganisme, mais relèvent de la pasteurellose sous-jacente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er octobre 1902.

Recherches sur l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

M. Le Dentu. — Je dois vous présenter un rapport sur un travail de M. H. Girard (médecin de la marine), relatif à l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. Notre confrère a étudié minutieusement les effets de cet anesthésique chez l'homme et les animaux, et ses observations confirment entièrement celles qui ont été publiées antérieurement sur ce sujet. Malgré l'optimisme de quelques expérimentateurs, il est certain que le chlorure d'éthyle, administré à doses élevées, peut entraîner des accidents mortels, que M. Girard a pu facilement déterminer chez les animaux ; toutefois, on peut dire que, par comparaison avec les autres agents anesthésiques, celui-là doit être considéré comme jouissant d'une innocuité relative. Il paraît s'appliquer avantageusement à l'anesthésie mixte, car tout danger de syncope au début de la narcose semble écarté avec lui.

M. Guinard. — Je ne puis qu'appuyer entièrement ce qui vient d'être dit au sujet des avantages de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle, employé seul pour les courtes interventions ou suivi de l'administration du chloroforme pour les opérations plus longues.

M. Bazy. — J'ai également utilisé le chlorure d'éthyle avec une entière satisfaction, et j'ai été surtout frappé de la facilité avec laquelle les malades supportent cet agent anesthésique.

M. Berger. — Je me suis fait anesthésier une fois par M. Richet avec le chlorure d'éthyle, et l'anesthésie a été obtenue avec une grande rapidité; mais je dois dire qu'on n'a pas jugé à propos de la prolonger, et, dans un cas où j'ai vu donner cet anesthésique à un malade, celui-ci a présenté une agitation extrême.

M. Le Dentu. — Les résultats observés varient essentiellement suivant la technique employée; il faut avant tout éviter d'administrer un mélange d'air et de chlorure d'éthyle; d'autre part, il ne faut chercher à obtenir avec

ce produit qu'une narcose de courte durée, et lui faire succéder l'emploi du chloroforme lorsque l'anesthésie doit être prolongée.

Trois opérations pour grossesse extra-utérine.

M. Picqué. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur 3 observations de grossesse extra-utérine qui nous ont été communiquées par M. Chevalier. Dans le premier cas, il s'agit d'une rupture de grossesse extra-utérine, avec inondation péritonéale; l'intervention que notre confrère a pratiquée d'urgence a été suivie d'une guérison parfaite. Pour le deuxième fait, on avait cru à des accidents d'origine appendiculaire, et M. Chevalier fit l'incision de McBurney, qui lui permit de constater que l'appendice était sain; en revanche, il existait une hématocèle consécutive à une rupture de grossesse extra-utérine; la guérison a été obtenue sans incident. La troisième malade de notre confrère, également atteinte de rupture de grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale, a été opérée avec le même succès. Dans les trois cas, M. Chevalier a trouvé un embryon.

M. Picqué fait un rapport sur une observation adressée par M. Fontoynont (de Tananarive), et relative à un enfoncement du crâne, sans fracture, chez un enfant de quatre ans, suivi d'épilepsie jacksonienne immédiate et traité avec succès par la trépanation.

M. Ardouin (de Cherbourg) lit une observation de cholédocotomie suivie de succès.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 4 octobre 1902.

La sérothérapie de la scarlatine.

J'ai tenu à compléter les renseignements sommaires contenus dans mon télégramme du 30 septembre dernier, relatif à la découverte d'un sérum antiscarlatineux par M. le docteur Moser, assistant de M. le docteur Escherich, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Vienne (Voir *Semaine Médicale*, 1902, Annexes, p. CLVIII).

M. Moser étant absent, je me suis adressé à M. le professeur Paltauf, directeur de l'Institut sérothérapique de l'Etat, qui a dirigé M. Moser dans ses recherches, et à M. le professeur Escherich, dans le service duquel le nouveau sérum a été expérimenté. Voici les quelques indications que j'ai pu recueillir :

Partant de l'opinion — soutenue par divers auteurs, et notamment par M. Denys (de Louvain) — que les streptocoques trouvés dans les différentes maladies constituent autant d'espèces distinctes, M. Moser a cherché à immuniser des animaux au moyen de cultures de streptocoques provenant exclusivement d'enfants scarlatineux. Comme il n'y a pas de parallélisme entre la virulence des streptocoques chez l'homme et leur virulence chez les animaux, il a renoncé à exalter la virulence de ces microorganismes par le passage sur un animal, de façon à éviter les changements biologiques que l'on peut ainsi provoquer. Il immunisa donc des chevaux en leur injectant des cultures vivantes, sur bouillon, de sang de scarlatineux, et obtint de la sorte un sérum auquel il se croit autorisé à attribuer une action spécifique contre la scarlatine.

L'injection de ce sérum n'a été faite que dans des cas à pronostic grave. Parmi les malades inoculés dès le premier ou le second jour, la mortalité a été nulle; ceux qui n'ont été soumis au nouveau traitement que le troisième jour ont eu une mortalité de 14.29 %; lorsque les injections furent commencées le quatrième jour, la mortalité atteignit 23.08 %; elle s'éleva à 40 % pour les cas traités le cinquième jour et à 50 % chez les malades injectés le neuvième jour. La marche clinique de l'affection plaide aussi en faveur de l'action spécifique du sérum : la température et la fréquence du pouls subissent en effet, dès le début de la période exanthématique, un abaissement considérable, quasi critique, de sorte que la courbe thermique, pour les cas traités par le sérum, est bien différente des tracés ordinaires; l'exanthème disparaît bientôt, l'état général s'améliore vite, les troubles nerveux disparaissent. Par contre, les suppurations qui compliquent souvent la scarlatine, de même que la néphrite, ne sont pas toujours évitées; seulement, chez les malades injectés, ces complications sont plus rares et moins graves. Les expériences faites avec d'autres sérums, notamment avec celui de Marmorek, ont fourni des résultats absolument négatifs. Les injections prophylactiques de sérum de Moser ont eu, dans les cas où la maladie n'a pu être prévenue, une action très favorable sur la marche de l'affection.

M. Escherich, auquel je dois les informations présentes, confirme les bons effets du sérum. L'amélioration des symptômes cliniques commence, d'après ses observations, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, et se manifeste surtout du côté des phénomènes toxiques; toutefois il y a des cas réfractaires, ainsi que des malades chez lesquels il faut répéter l'injection. Les succès obtenus par le sérum de Moser, l'inefficacité des sérums provenant d'autres streptocoques, paraissent prouver qu'il s'agit ici d'une action antitoxique. De ce fait on peut, selon M. Escherich, tirer la conclusion que l'agent pathogène de la scarlatine se trouve parmi les streptocoques employés pour l'immunisation.

D'après M. Paltauf, le sérum de Moser a une action agglutinante sur les streptocoques scarlatineux, action qui n'est exercée par aucun autre sérum antistreptococcique. Ajoutons que M. Paltauf nous a rappelé une expérience déjà ancienne de M. Freund, d'où l'on peut tirer une preuve de l'action antitoxique du sérum de Moser : M. Freund a constaté, il y a plusieurs années, que le contenu intestinal et les déjections des scarlatineux sont toxiques pour la souris, tandis que les déjections normales sont dépourvues de toxicité; or, ce poison scarlatineux, qui se trouve dans l'extrait aqueux du précipité des selles obtenu par le chlorure de zinc, est neutralisé par le sérum de Moser: des souris qui ont reçu de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 centigr. de ce toxique, additionné de 1 c.c. de sérum, sont restées vivantes et saines; au contraire, celles auxquelles on a injecté 0 gr. 02 centigr. de poison pur ont présenté des phénomènes morbides, et celles qui en ont reçu de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigrammes sont mortes de cinq à dix-huit heures après l'injection.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur le traitement de l'hémiplégie par l'éducation des voies nerveuses de la motilité, par M. P. Lazarus.

Il n'y a pas longtemps que l'on croyait encore la zone motrice de l'écorce cérébrale reliée à la moelle épinière par l'unique voie du faisceau pyramidal. Mais cette conception, qui devait logiquement faire considérer la paralysie fonctionnelle produite par une lésion du faisceau pyramidal comme irréparable, ne concorde ni avec l'observation clinique, ni avec l'expérience. C'est ainsi que M. Lazarus, ayant examiné le cerveau de trois hémiplégiques chez lesquels la paralysie initiale de la jambe avait presque entièrement disparu, a constaté cependant dans ces trois cas une destruction complète de la capsule interne avec ramollissement des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et du lobule paracentral. De même, on peut extirper un centre moteur cortical sans qu'il en résulte pour cela une paralysie durable du membre correspondant. Il faut donc que les différentes parties de l'encéphale aient la faculté de se suppléer entre elles jusqu'à un certain point, de sorte que les fonctions des parties détruites soient assurées par d'autres, restées intactes.

Les recherches anatomiques modernes ont démontré d'ailleurs que les centres moteurs corticaux sont en communication non seulement avec la moelle épinière, mais aussi avec l'autre hémisphère et avec les masses grises sous-corticales; la transmission de l'excitation cérébrale peut donc se faire soit directement, par la voie du faisceau pyramidal, soit indirectement, par étapes. D'après les recherches de Probst, les fibres du faisceau pyramidal de l'un des hémisphères pénètrent, en outre, dans les deux cordons latéraux et dans le faisceau antérieur du même côté, de sorte que, si l'une des pyramides est détruite, la communication n'est pas complètement interrompue pour cela : elle se fait soit par le faisceau pyramidal direct, soit par la commissure blanche antérieure. On a, enfin, établi expérimentalement qu'il est possible d'exalter par l'éducation les fonctions des masses grises sous-corticales de façon qu'elles suppléent en partie aux régions de l'écorce extirpées; la communication se fait alors par l'intermédiaire du noyau rouge et du faisceau pré-pyramidal.

Mais, pour tirer parti de ces différentes ressources, il est nécessaire de développer ces fonctions par une éducation méthodique. On commence par inviter le malade à exécuter un mouvement simple et habituel, tel que celui de donner la main, et, pour rendre l'exécution de ce mouvement plus facile, on soutient le bras afin de compenser l'effet de la pesanteur. On répète cet exercice jusqu'à ce que l'on constate chez le patient un effort puissant de la volonté, se manifestant par une contraction des muscles de la face.

Les premières tentatives n'ont souvent qu'un effet minime, mais peu à peu le résultat s'accentue avec la répétition des exercices; il faut cependant se garder de fatiguer le malade, surtout au début. On pourra aussi instituer des exercices d'imitation des mouvements, c'est-à-dire faire l'éducation des voies reliant les centres optiques aux centres moteurs. Il est de toute importance que les mouvements soient exécutés d'une façon méthodique et au commandement. Par des mouvements passifs du membre paralysé, exécutés les yeux fermés, on développe chez le patient la sensation du mouvement et le sens de l'espace; il se rend compte de la force qu'il possède encore dans le membre affecté. Peu à peu, on diminue l'appui du membre, de façon à rendre l'effort dans l'accomplissement du mouvement de plus en plus considérable.

Le premier mécanisme de la motilité rétabli, il s'agit d'éduquer la coordination des mouvements. L'acte de préhension le plus simple se compose d'au moins trois combinaisons musculaires différentes : l'abduction du bras, l'extension du coude, la flexion des doigts et l'opposition du pouce. On commence par habituer le malade à exécuter ces différents mouvements dans un certain ordre et avec une énergie donnée. On arrive ainsi, après des mois d'exercices patients, à rééduquer la coordination des mouvements et à apprendre au sujet à exécuter correctement les divers mouvements les plus nécessaires dans la vie de tous les jours.

La rééducation de la jambe se fait de la même manière.

M. Lazarus a traité de cette façon 20 malades qui tous ont appris à marcher, bien que parmi eux se trouvassent des hémiplégiques ayant passé plusieurs mois au lit; de même, tous ces sujets sont arrivés à pouvoir s'habiller, se déshabiller, se peigner et manger. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 3-4.) — A. J.

Recherches sur la tuberculose par ingestion chez les bovidés, par M. Max Schottelius.

Afin de savoir s'il est possible de conférer la tuberculose à des bovidés en leur faisant ingérer des crachats de phtisiques, l'auteur du présent mémoire a entrepris, à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Fribourg-en-Brisgau, une série d'expériences sur une vache très vigoureuse et appartenant à une race chez laquelle la pommelière est inconnue, ainsi que sur deux veaux âgés de six semaines et très bien portants. Une autre vache et un jeune veau ont servi de témoins. Chacun des animaux de la première série a reçu, pendant trois mois, vingt-quatre fois des crachats provenant de sujets atteints de tuberculose grave. Ces crachats étaient mélangés à l'alimentation, à la dose de 50 grammes environ pour chaque animal.

On ne constata, au cours des expériences en question, rien d'anormal; mais, les animaux une fois sacrifiés, l'autopsie, pratiquée par MM. Schlegel et Merz, montra l'existence, chez la vache infectée, d'une entérite tuberculeuse avec tuméfaction considérable des ganglions mésentériques et caséification des ganglions médiastinaux et bronchiques; il existait, en outre, une pneumonie caséeuse de nature tuber-

culeuse et des tubercules miliaires isolés dans la plèvre. Chez les deux veaux alimentés avec des crachats de phtisiques, on trouva les ganglions sous-maxillaires fortement tuméfiés et caséifiés et quelques ganglions mésentériques tuberculeux. L'examen microscopique décela, chez ces trois animaux, la présence de bacilles de Koch dans les parties malades. Par contre, tous les organes et, en particulier, les ganglions lymphatiques des animaux témoins étaient absolument normaux.

En se basant sur ces faits, M. Schottelius estime que la tuberculose humaine est transmissible aux bovidés (1), d'où il croit pouvoir conclure à l'identité de la tuberculose de l'homme et de la pommelière. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 septembre 1902.) — L. CH.

Contribution à la pathologie du ligament rond, par MM. E. Lichtenstern et E. Herrmann.

L'observation que relatent MM. Lichtenstern et Herrmann ne semble pas avoir encore d'analogue dans la pathologie du ligament rond.

Une femme de vingt-trois ans avait accouché sans incidents ni accidents un an auparavant, quand, après un effort, elle vit apparaître dans la région inguinale droite une petite tumeur, des dimensions d'une noisette. Au bout de quatre jours, cette tumeur étant devenue plus volumineuse et plus douloureuse, la malade entra à l'hôpital. On constatait alors la présence d'une tuméfaction inguinale droite, lisse, solide, non transparente, grosse comme le poing, sensible à la pression, de forme cylindrique, et s'étendant de la grande lèvre à l'orifice inguinal interne du même côté, dans lequel elle semblait s'engager pour se perdre ensuite dans l'abdomen; la peau qui la recouvrait était normale, à part quelques varicosités qui se rencontraient également sur le reste de la paroi abdominale. Les parties génitales étaient saines, mais au toucher le ligament rond du côté droit paraissait un peu épaissi. On crut qu'il s'agissait d'une hernie épiploïque étranglée.

A l'opération, tout en disséquant la tumeur, on découvrit et l'on creva vers son extrémité externe un petit kyste et vers son extrémité interne un petit abcès contenant quelques gouttes de pus épais. La tumeur se prolongeant à travers l'anneau inguinal interne, on fendit ce dernier et l'on pénétra ainsi dans l'abdomen : on s'aperçut alors que la masse disséquée n'était autre que la portion inguinale du ligament rond fortement épaissie; les annexes des deux côtés étaient saines. Le ligament rond droit fut réséqué au ras de l'utérus; l'appendice, bien qu'il parût normal, fut également enlevé.

La portion tuméfiée du ligament rond avait 8 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Elle était essentiellement formée de tissu conjonctif, mais contenait de très nombreux vaisseaux sanguins. Il est donc à supposer que, sous l'influence de la grossesse, ces vaisseaux étaient devenus plus ou moins variqueux, comme ceux de la paroi abdominale, et qu'un d'eux s'était rompu ultérieurement, déterminant un petit hématome, lequel à son tour, pour une cause ou une autre, avait fini par suppurer. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril 1902, fasc. suppl.) — R. DE B.

Sur l'importance du traumatisme comme facteur étiologique de la nécrose graisseuse diffuse, par M. C. Roosen-Runge.

Les travaux de ces dernières années ont totalement modifié notre manière de concevoir l'origine et la nature de la nécrose graisseuse. Cette affection, que l'on considéra tout d'abord comme une maladie spéciale, indépendante de toute autre altération organique, a été de plus en plus subordonnée à une lésion primitive du pancréas. Non seulement on a vu la nécrose graisseuse se produire à la suite d'altérations pancréatiques expérimentales, mais encore on a recueilli tout une série de faits cliniques où elle accompagnait une lésion du pancréas.

C'est ainsi que M. Roosen-Runge a observé à l'hôpital de Hambourg 4 cas de nécrose graisseuse, où l'autopsie révéla une altération pancréatique. Dans le premier, une balle de revolver avait perforé la queue du pancréas. Dans le second, cet organe formait le fond d'une cavité constituée par l'estomac et le côlon transverse et recouverte par l'épiploon; la glande, friable, de contenu brun noirâtre, semée d'îlots plus clairs, avait entièrement perdu sa structure histologique; seuls le canal pancréatique et les vaisseaux n'étaient pas altérés. Le troisième malade offrait une lésion analogue. Il existait enfin chez le quatrième une déchirure de la glande et du canal pancréatique.

L'affection était dans les 4 cas consécutive à un traumatisme : coup de feu dans le premier, écrasement sous une roue de char dans le quatrième; pour les deux autres, la violence (coup de pied dans l'abdomen, chute dans un escalier) avait précédé de quelques semaines le début de la maladie.

Ces 4 faits, ajoutés à plusieurs autres publiés précédemment, tendent à démontrer l'importance du traumatisme dans la genèse de la nécrose graisseuse. Cette question a un haut intérêt pratique, en ce qui concerne l'indemnité à accorder en cas d'accident. Si l'on se range, en effet, à l'ancienne manière de voir, qui considérait la nécrose graisseuse comme une affection primitive indépendante, on refusera d'admettre un rapport entre l'accident et la maladie ayant causé la mort; si l'on reconnaît, au contraire, la lésion pancréatique comme cause de la nécrose graisseuse, la question d'indemnité devra être jugée différemment, même dans le cas où la lésion pancréatique seule aurait été vraisemblablement insuffisante à entraîner le décès. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 5-6.) — A. J.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Formes et étiologie de la pancréatite chronique interstitielle, par M. E. L. Opie.

L'inflammation chronique du pancréas, étant assez rare et ne se traduisant guère par des symptômes cliniques propres et faciles à reconnaître, a été jusqu'à présent fort peu étudiée. Les lésions pancréatiques méritent, cependant, d'être connues, ne serait-ce qu'en raison des rapports qui les unissent au diabète, d'une part, à la nécrose généralisée du tissu adipeux, d'autre part.

Ces altérations et, en particulier, la pancréatite chronique, sont rarement primitives; le plus souvent, elles sont liées à des lésions d'autres organes, notamment de la partie avoisinante du tube digestif, ainsi que du foie et des voies biliaires. Les agents irritants peuvent atteindre la glande par l'intermédiaire du canal pancréatique ou des vaisseaux sanguins et lymphatiques. L'occlusion du canal de Wirsung provoque, par la rétention des sécrétions, des lésions inflammatoires chroniques des cellules glandulaires avec prolifération du tissu conjonctif. En raison de son ouverture commune avec le conduit cholédoque dans la deuxième portion du duodénum, ce canal est exposé à l'invasion de bactéries provenant de l'intestin et des voies biliaires dans les cas d'angiocholite infectieuse. D'autre part, des lésions vasculaires, telles que l'artériosclérose ou la congestion veineuse, en influençant la nutrition du parenchyme glandulaire, aboutissent d'autant plus facilement à la pancréatite chronique qu'elles sont elles-mêmes surtout d'origine toxique (syphilis, tuberculose, alcoolisme).

Sur 29 cas de pancréatite chronique interstitielle observés au Johns Hopkins Hospital, à Baltimore, et qui ont servi de base au présent mémoire, 17 concernent des hommes et 12 des femmes. Pour ce qui est de l'influence de l'âge, la plupart de ces cas (24 sur 29, c'est-à-dire plus des trois quarts) ont été rencontrés entre quarante et soixante ans. Comme mécanisme pathogénique, on a noté, dans 10 observations, une occlusion partielle ou complète des conduits excréteurs de la glande; dans un fait, la prolifération du tissu interstitiel du pancréas semblait reconnaître pour cause une occlusion complète de la veine porte, et dans un autre cas elle était associée à l'hémochromatose décrite par von Recklinghausen. Enfin, chez 17 sujets, la pathogénie du processus morbide paraissait assez obscure.

Au point de vue histologique, on peut distinguer deux types d'inflammation chronique du pancréas, à savoir la phlegmasie *interlobulaire*, caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif entre les lobules, lesquels ne sont envahis que d'une manière secondaire, les îlots de Langerhans étant respectés tant que le processus sclérogène n'a pas atteint un degré très avancé, et l'inflammation *interacinaire*, diffuse et intéressant d'emblée les lobules et les acini, ainsi que les îlots de Langerhans. Cette seconde forme s'accompagne habituellement de diabète, pour peu que les lésions soient prononcées, tandis que dans la variété interlobulaire de pancréatite le diabète ne survient que lorsque le processus est déjà très avancé et commence à s'étendre aux lobules eux-mêmes.

La cause la plus fréquente de la pancréatite chronique est constituée par l'obstruction du canal de Wirsung, soit qu'il existe des concrétions dans ce canal même ou dans la portion terminale du cholédoque, soit qu'il s'agisse d'un cancer ayant envahi le pancréas ou, tout au moins, comprimant ce viscère.

La pancréatite par infection ascendante provenant du duodénum donne généralement lieu à des vomissements rebelles qui n'ont, cependant, rien de caractéristique, car ils coexistent avec d'autres troubles gastro-intestinaux, l'infection ayant pour point de départ soit le tube digestif, soit les voies biliaires.

Enfin, parmi les facteurs d'origine toxique, l'alcoolisme tient incontestablement la première place; aussi trouve-t-on, dans 8 cas sur 29, la pancréatite chronique associée à la cirrhose atrophique du foie. M. Opie serait même porté à croire que le diabète survenant au cours des affections hépatiques serait précisément dû à la coexistence de lésions chroniques du pancréas. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai 1902.) — L. CH.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'occlusion temporaire des artères carotides, par M. George Crile.

Afin d'éviter les hémorrhagies et la chute du sang dans les voies respiratoires, on a conseillé, depuis longtemps déjà, dans les opérations portant sur la bouche et ses annexes, de faire à titre préventif la ligature des carotides. Mais, en présence des accidents, souvent mortels, consécutifs à ces ligatures, on en vint à proposer l'occlusion temporaire des vaisseaux en question. Les opinions étant partagées sur la valeur de ce dernier procédé, M. Crile en a repris l'étude expérimentale et clinique.

Pour obtenir l'occlusion temporaire des carotides, l'auteur s'est servi d'un clamp spécial à mors plats recouverts de caoutchouc, qu'il mettait en place, soit en profitant de l'incision opératoire, soit en en faisant une nouvelle à l'endroit choisi pour exercer la compression. Les interventions ainsi exécutées sur le chien donnèrent d'excellents résultats : quand l'opération était absolument aseptique, le cours du sang se rétablissait même après quarante-huit heures de compression, et l'étude histologique des vaisseaux comprimés ne laissait voir que de simples éraillures de la tunique endothéliale, toutes les fois du moins que la compression n'avait pas duré plus de quelques heures et avait été légère; on n'observa de l'œdème, de la nécrose des tuniques interne ou moyenne, que dans les cas où la compression fut très prolongée et surtout trop énergique : il importe de ne serrer le clamp que dans la mesure nécessaire pour suspendre la circulation carotidienne.

Encouragé par ces expériences, M. Crile a employé son procédé dans 18 interventions sur l'homme (ablation de la langue, résection des maxillaires, etc.). Il conseille d'opérer dans la position de Trendelenburg : on prévient ainsi l'anémie cérébrale et le passage du sang dans les voies aériennes; cette situation a, par contre, le léger inconvénient d'augmenter l'hémorrhagie veineuse. Au moment de l'application du clamp, la pression sanguine s'élève et la respiration devient parfois embarrassée; il suffit alors de relâcher un instant la prise pour que ces troubles respiratoires disparaissent. En tout cas, il ne s'est jamais produit d'accidents gra-

(1) A côté de ces faits positifs, il est intéressant de signaler les recherches instituées par M. A. Moeller et publiées dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift* du 2 octobre 1902 : deux jeunes veaux soumis préalablement à l'épreuve de la tuberculine et reconnus indemnes de tuberculose ingérèrent, pendant quatre mois, 10 c.c. de crachats tuberculeux chaque jour, sans présenter la moindre indisposition et en augmentant constamment de poids; lorsque, au bout de cent vingt-cinq jours, ils furent sacrifiés, on ne constata absolument rien d'anormal dans leurs organes. Des essais analogues institués sur un bouc et sur une chèvre donnèrent également un résultat négatif. — L. CH.

ves imputables à la compression des carotides : l'auteur a même remarqué que, grâce à cette manœuvre, on consommait moins d'anesthésique (1). L'opération achevée et les clamps enlevés, la circulation se rétablit aussitôt; quand on a opéré dans la position de Trendelenburg, le mieux est de ne cesser la compression qu'après avoir replacé le malade dans le décubitus horizontal. Si l'intervention elle-même ou l'application des clamps amènent des troubles laryngés ou respiratoires imputables à l'irritation mécanique du nerf pneumogastrique ou de ses branches, on en a facilement raison en attouchant le nerf à la cocaïne : pour prévenir ces sortes d'accidents, M. Crile fait d'ailleurs une injection sous-cutanée de 0 gr. 0006 décimilligr. d'atropine avant l'opération.

Sur les 18 malades ainsi traités, il n'y eut aucune mort opératoire proprement dite; 2 patients succombèrent, l'un à une pneumonie, l'autre à une hémorrhagie secondaire. Cette méthode fut particulièrement avantageuse chez un enfant de sept mois, atteint d'angiosarcome de la joue et du cou : grâce à la compression des deux carotides primitives, on put l'opérer presque sans hémorrhagie.

En ce qui concerne le vaisseau sur lequel porta la compression, 10 fois il s'agissait des deux carotides primitives, 5 fois d'une seule carotide primitive et 3 fois des carotides externes. (*Ann. of Surgery*, avril 1902.) — R. DE B.

La prétendue infectiosité des squames dans la scarlatine, par M. C. K. MILLARD.

On admet généralement que c'est pendant la période de desquamation que le pouvoir de diffusion du contage scarlatineux atteint son apogée. Aussi est-il de règle de maintenir l'isolement des sujets atteints de cette affection pendant toute la durée de la période en question. Or, à en juger d'après les résultats de l'enquête que M. Millard a instituée à cet égard, cette pratique ne serait rien moins que fondée et ne ferait que prolonger inutilement le séjour des malades dans les hôpitaux. En effet, sur 21 médecins des « hôpitaux pour fiévreux » (*fever hospitals*) auxquels l'auteur a adressé un questionnaire visant la contagiosité de la scarlatine dans ses rapports avec la desquamation, 16 ont répondu que les squames ne paraissent nullement constituer, par elles-mêmes, une source d'infection. D'après l'expérience de ces praticiens, la desquamation, loin d'être un indice de la contagiosité encore persistante de la maladie, peut continuer alors même que tout danger de contagion a déjà disparu. Sans doute, les squames peuvent transmettre le contage spécifique, au même titre, par exemple, que les vêtements portés par le patient, mais la durée de la contagiosité serait complètement indépendante de la desquamation. La période éruptive une fois tout à fait terminée, le malade ne serait plus contagieux, et cela qu'il fût ou non en pleine desquamation.

Les rechutes de la scarlatine sont souvent mises sur le compte d'une hospitalisation trop courte des malades. Or, sur 190 patients auxquels M. Millard a fait quitter l'hôpital après un séjour de cinq semaines en moyenne, et avant la fin de la période de desquamation, 5 seulement ont eu une rechute, ce qui représente à peu près la même proportion que pour les cas où l'*exeat* n'est pas signé tant que dure la desquamation. (*Lancet*, 5 avril 1902.) — L. CH.

Traitement de la luxation de la clavicule par l'incision à ciel ouvert, par M. JAMES E. MOORE.

Le fait observé par M. Moore est un exemple d'une cause encore peu connue d'irréductibilité des luxations externes de la clavicule.

Un jeune homme de dix-huit ans s'était démis l'extrémité externe de la clavicule droite. La réduction s'opérait aisément, mais les bandages étaient impuissants à la maintenir; aussi résolut-on de pratiquer la suture osseuse. Au cours de l'opération, on s'aperçut que les deux tiers externes de la clavicule avaient perdu toute relation ligamenteuse avec les parties voisines : l'extrémité externe de cet os était absolument libre sous la peau, et le doigt pouvait glisser au-dessous de son bord inférieur presque jusqu'au sternum, sans rencontrer d'obstacle. En outre, la portion du ligament acromio-claviculaire demeurée adhérente à l'acromion s'était interposée entre les deux surfaces articulaires : quand on essayait de réduire la clavicule, on ne faisait que refouler davantage ce ligament et parachever son enclavement. Aussi en fit-on l'excision, puis les extrémités osseuses furent maintenues par trois fils métalliques, et les débris des ligaments furent suturés par-dessus. Au bout de cinq semaines, on enleva les fils, ce que rendit facile leur situation superficielle. Les résultats opératoires furent excellents et se sont depuis lors maintenus. (*Ann. of Surgery*, mai 1902.) — R. DE B.

(1) Ce fait nous paraît pouvoir être rapproché du procédé des Malais pour obtenir l'anesthésie. (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 62.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les effets nuisibles des préparations salicylées sur les voies urinaires.

Des cas de néphrite avaient déjà été signalés à la suite de l'emploi de l'acide salicylique et de ses dérivés; mais comme ces observations étaient peu nombreuses, eu égard à l'usage très répandu des préparations salicylées, on avait invoqué l'existence, chez les malades en question, d'une idiosyncrasie particulière vis-à-vis de ces produits (Van Ackeren). Or, à en juger d'après les recherches récemment entreprises par M. le docteur H. Lüthje, privatdocent de médecine interne et médecin en chef de la clinique médicale de la Faculté de médecine de Greifswald, cette opinion ne serait rien moins que fondée, la médication salicylée déterminant *chez tous les sujets* des complications plus ou moins appréciables du côté des voies urinaires.

Notre confrère avait, depuis longtemps, maintes fois constaté un certain degré d'albuminurie à la suite de l'administration du salicylate de soude. Comme dans un de ces cas l'albumine ne tarda pas à disparaître des urines, dès qu'on eut suspendu l'emploi de ce médicament, pour se montrer de nouveau au bout d'une quinzaine de jours, lorsque le traitement fut repris, M. Lüthje institua une série d'essais en vue d'étudier d'une façon systématique l'influence exercée par les préparations salicylées sur les voies urinaires. Ces essais ont porté sur 33 malades atteints d'affections rhumatismales. Avant de commencer le traitement, notre confrère avait soin d'analyser les urines afin de s'assurer de l'absence d'albumine et de toute production pathologique; puis il prescrivait soit du salicylate de soude à la dose quotidienne de 3 ou 5 grammes, prise en trois fois, à une heure d'intervalle, soit du salol à la dose de 1 gramme, répétée trois ou quatre fois par jour. Pendant la durée du traitement les urines étaient fréquemment analysées et, la médication une fois suspendue, on continuait à pratiquer ces examens tant que la composition du liquide urinaire restait anormale.

Aucun des 33 sujets en question ne fut exempt de troubles urinaires consécutifs à l'usage des préparations salicylées : très souvent, on notait de l'albuminurie, ainsi que la présence, dans les urines, de globules blancs et d'érythrocytes; de plus, on y retrouvait à peu près constamment des formations épithéliales provenant de toutes les parties de l'appareil urinaire, et, d'une façon constante, des cylindres granuleux et hyalins. Il y existait, en outre, presque toujours des cristaux d'oxalate de chaux en quantité. Plus la dose de médicament était considérable et plus rapprochées les prises, plus les phénomènes d'irritation rénale étaient accentués. On avait affaire à une *véritable néphrite* qui se constituait dès le commencement du traitement et subsistait longtemps après qu'on avait complètement supprimé la médication, et alors même qu'on ne retrouvait plus aucune trace d'acide salicylique dans les urines. En effet, la réaction caractéristique de ce produit (coloration bleue en présence du perchlorure de fer) ne se produit guère dans les urines émises plus de deux à quatre jours après la fin du traitement, tandis que les éléments anormaux précités subsistent, en moyenne, pendant une quinzaine de jours.

A côté des éléments figurés provenant des reins, on trouve, dans les urines des individus soumis à la médication salicylée, des formations d'origine vésicale, et l'examen cystoscopique dénote une irritation intense de la muqueuse de la vessie. Enfin les uretères eux-mêmes participent au processus inflammatoire, si l'on en juge d'après la facilité avec laquelle leur cathétérisme provoque des hémorrhagies.

En présence de ces faits, M. Lüthje estime qu'on doit complètement renoncer à l'usage prolongé de toute préparation salicylée et réserver cette médication pour les affections rhumatismales *aiguës;* et encore convient-il de ne pas dépasser la dose quotidienne de 4 à 5 grammes, en ayant soin, d'ailleurs, de ne pas continuer le traitement pendant plus de trois ou quatre jours.

Traitement de la malaria par des injections hypodermiques de liqueur de Fowler associée à l'antipyrine.

Dans les cas de fièvre palustre avec splénomégalie, rebelles à la médication cacodylique et à l'arsenic administré par la voie stomacale, on a, depuis quelque temps, recours à des injections intraspléniques de six à dix gouttes de liqueur de Fowler, diluées dans une certaine quantité (0 c.c. 25 à 0 c.c. 50) d'eau stérilisée. Après avoir employé, sur le conseil de son chef, M. le docteur E. Guérin (médecin des troupes coloniales françaises), ces injections et avoir constaté qu'elles provoquent des douleurs très vives, M. le docteur Couvy a eu l'idée de leur substituer de simples injections hypodermiques, en ayant, d'ailleurs, soin de remplacer l'eau stérilisée par une solution d'antipyrine. Ce mode de traitement a donné, entre les mains de MM. Guérin et Couvy, d'excellents résultats. La plupart du temps, une seule injection suffisait pour déterminer une défervescence brusque et durable, tandis que les malades témoins, soumis à la médication quinique sous toutes les formes connues, continuaient à présenter leur accès quotidien, pendant six à douze jours. On n'eut jamais besoin de faire plus de trois injections pour obtenir un résultat aussi satisfaisant que possible et éviter toute récidive.

Le procédé adopté par MM. Guérin et Couvy est fort simple et consiste en ceci : on fait bouillir dans un tube à essai, très court, 1 c.c. d'une solution d'antipyrine à 10 %, qu'on additionne, au préalable, de six gouttes de liqueur de Fowler; puis, après avoir assuré l'asepsie de la région sur laquelle doit porter la piqûre (la paroi abdominale est le lieu d'élection), on aspire le liquide au moyen de la seringue, et on l'injecte encore chaud. Le patient ne ressentirait que pendant cinq minutes environ une douleur très légère, qu'on parviendrait, du reste, à diminuer en pratiquant un peu de massage immédiatement après l'injection. La défervescence surviendrait au bout de cinq à six heures, sans qu'on pût constater le moindre accident.

Il va de soi que la seringue, le tube à essai et le compte-gouttes doivent être soigneusement stérilisés. La dose de liqueur de Fowler est augmentée de I goutte à chaque injection.

La cocaïnisation des gros troncs nerveux comme moyen prophylactique du shock dans les amputations.

S'inspirant de recherches expérimentales de M. le docteur G. Crile (de Cleveland) sur les effets physiologiques des injections de cocaïne au niveau des nerfs périphériques, M. le docteur H. Cushing, chirurgien adjoint au Johns Hopkins Hospital de Baltimore, recommande, afin d'éviter les phénomènes de shock opératoire qui se produisent si souvent à la suite des grandes amputations, d'injecter dans le principal tronc nerveux du membre intéressé une solution de cocaïne. Cette injection — qu'on doit naturellement faire avant de sectionner le nerf — aurait pour effet de produire une sorte d'inhibition sur la transmission de toutes les impulsions sensitives. Or, la section d'un gros tronc nerveux peut facilement constituer le point de départ d'un réflexe aboutissant à un abaissement brusque de la tension sanguine, comme notre confrère a pu s'en rendre compte dans un cas d'amputation du sein et de l'extrémité supérieure pour sarcome, où la division des branches du plexus brachial fut immédiatement suivie d'un shock opératoire profond, et cela malgré l'anesthésie générale à l'éther. Par contre, la cocaïnisation préalable du même plexus a permis à M. Cushing, dans un autre cas, de mener à bonne fin une amputation inter-scapulo-thoracique, sans avoir à enregistrer le moindre phénomène alarmant.

TRAVAUX ORIGINAUX

Transmission à l'homme, par inoculation accidentelle, de la tuberculose bovine, et réinoculation expérimentale au veau.

L'année 1901 marque une date mémorable dans l'histoire de la tuberculose : M. le professeur R. Koch, au Congrès de la tuberculose de Londres, rejette la conception uniciste de la tuberculose et oppose la tuberculose de l'homme à celle des bovidés (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 250), distinction que Virchow soutenait depuis 1880; mais alors que ce dernier auteur s'appuyait principalement sur les différences anatomo-pathologiques, M. Koch se base sur les résultats de recherches de laboratoire: dans une série d'expériences instituées avec M. Schütz, il trouve que les bovidés sont facilement infectés par le bacille de la tuberculose bovine introduit sous la peau, tandis que le bacille de la tuberculose humaine, inoculé de la même façon, ne leur communique jamais la tuberculose.

Ajoutons, d'ailleurs, que nombre d'auteurs ne partagent pas l'opinion de MM. Koch et Schütz, à savoir que l'inoculation des bovidés permet de reconnaître dans tous les cas une différence nette entre les bacilles de la tuberculose bovine et ceux de la tuberculose humaine. Tous sont néanmoins d'accord sur ce point, que le bacille de la tuberculose humaine est moins virulent pour les bovidés que le bacille de la tuberculose bovine.

Reste à éclaircir la grande question de la réceptivité de l'homme pour la tuberculose bovine.

M. Koch ne nie pas absolument la transmissibilité de la tuberculose des animaux à l'homme, mais pour lui elle n'est pas encore prouvée. Avant d'admettre qu'une tuberculose observée chez l'homme est d'origine animale, M. Koch exige la démonstration de la transmissibilité de cette tuberculose aux bovidés par inoculation sous-cutanée. Il avait institué quelques recherches dans cette direction; mais les cas suspects, notamment ceux où l'intestin est envahi le premier, de sorte que l'infection pourrait avoir été déterminée par le lait, le beurre ou la viande de bovidés tuberculeux, sont si rares, que le matériel dont disposa M. Koch se trouva fort restreint. Néanmoins les faits jusqu'alors observés ne plaidaient pas en faveur de l'opinion que la tuberculose bovine se rencontre chez l'homme.

Une intéressante communication relative à cette question a été faite peu après par M. Baumgarten (1) : un médecin, qui n'est plus de ce monde, avait inoculé des bacilles de la tuberculose bovine à plus d'une demi-douzaine de sujets atteints de tumeurs malignes inopérables, dans l'espoir d'arrêter les progrès du mal ou de le guérir. Malgré le grand nombre de bacilles injectés sous la peau, et leur haute virulence pour le lapin, les inoculations échouèrent complètement. A l'autopsie de ces malades, faite plusieurs mois, une année et plus, après l'inoculation, M. Baumgarten ne put trouver trace de tuberculose, ni au point d'inoculation, ni dans les ganglions correspondants, ni dans les organes internes ou les tumeurs.

La transmission de la tuberculose des animaux à l'homme a cependant été signalée à différentes reprises. Tantôt il s'agissait d'une inoculation accidentelle, pendant l'autopsie de bovidés tuberculeux (observations de Tscherning, de Pfeiffer, etc.), tantôt d'une infection très probable par le lait (observations de Stang, Demme, Gosse, etc.) (2). Mais cette transmission à l'homme est à démontrer par des observations plus sévères, comprenant l'examen de la virulence du virus par l'inoculation sous-cutanée chez les bovidés, comme le veut M. Koch.

(1) P. Baumgarten. Ueber das Verhältniss von Perlsucht und Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 sept. 1901.)

(2) Ed. Nocard. Les tuberculoses animales; leurs rapports avec la tuberculose humaine, p. 121-125. Paris, 1894.

Aussi avons-nous pensé que la publication d'un cas prouvant avec certitude la réceptivité de l'homme même adulte pour la tuberculose bovine, inoculée accidentellement dans une petite plaie cutanée, ne serait pas dépourvue d'intérêt.

I

Un homme de soixante-trois ans, exerçant à la fois le métier de fossoyeur et celui d'écorcheur, se présenta le 3 février 1902 à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine d'Utrecht pour une affection du petit doigt de la main droite. Il avait, au mois de mai 1900, écorché une vache que M. A. A. Overbeek, médecin vétérinaire, déclara impropre à la consommation à cause d'une tuberculose généralisée. Pendant cette autopsie, M. Overbeek eut le malheur de blesser l'écorcheur au petit doigt avec un couteau employé pour ouvrir les organes de la vache. Trois jours après, la petite plaie était déjà guérie, mais le doigt restait un peu sensible, et progressivement il se produisit une tuméfaction avec crevasses.

A l'examen, on constate que la peau du petit doigt est épaissie et de couleur bleuâtre, à la région dorsale et latérale, surtout au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange. Au centre de la partie épaissie se trouve une crevasse assez profonde recouverte de petites croûtes (*fig. 1*). L'affection est localisée à la peau, qui est quelque peu sensible à la pression. Les mouvements des articulations du petit doigt sont normaux, sauf la flexion dans l'articulation de la première et de la seconde phalange, qui se trouve limitée. Il s'agit évidemment d'une tuberculose cutanée, vraisemblablement déterminée par inoculation accidentelle de tuberculose bovine.



Fig. 1.

Le ganglion cubital correspondant est tuméfié : il a le volume d'un pois.

Pour le reste, cet homme ne se sentait pas malade. A l'âge de dix ans il avait souffert d'une inflammation du genou gauche, probablement de nature traumatique; à la suite de cette affection, l'articulation perdit sa mobilité, et sur les côtés de la jointure on trouve de larges cicatrices. Il y a seize ans le patient eut une pleurésie. Depuis un an (rappelons que la blessure du petit doigt date de vingt mois) il tousse, mais expectore peu. Au sommet du poumon droit on constate, en arrière, un peu de matité et quelques râles humides; toutefois, dans les crachats, on ne découvre pas de bacilles de la tuberculose. Pendant le séjour du malade à l'hôpital (3-15 février), la température a été constamment normale.

Le 7 février, M. le professeur Narath intervint chirurgicalement et extirpa au bistouri toute la partie malade de la peau du petit doigt, en même temps que le ganglion cubital tuméfié. Huit jours après le patient quittait l'hôpital.

II

La nature tuberculeuse de la lésion cutanée du petit doigt, ainsi que de l'hypertrophie du ganglion cubital, fut reconnue facilement, tant par l'inoculation au cobaye que par l'examen microscopique.

Comme la peau était probablement impure, 3 cobayes pesant de 390 à 410 grammes en reçurent, le 7 février, chacun un petit morceau sous la peau de la face interne de la cuisse. Deux de ces animaux moururent de tétanos, respectivement cinq et six jours après l'inoculation; chez le troisième, on observa de l'engorgement des ganglions inguinaux et cruraux du côté inoculé, et un petit abcès s'ouvrit bientôt au point d'inoculation, laissant définitivement la petite plaie ulcéreuse bien connue. Le poids de l'animal diminua peu à peu et la mort survint le 18 avril, soixante-dix jours après l'inoculation. A l'autopsie, on constata une tuberculose généralisée typique (nodules tuberculeux confluents, surtout dans la rate, le foie et les poumons).

Les organes de l'animal mort spontanément pouvant être impurs, on ne procéda pas de suite à l'inoculation au veau, mais on fit un deuxième passage sur le cobaye pour éviter toute impureté. Lors de l'autopsie du cobaye mort le 18 avril, on injecta donc un peu de pulpe de la rate dans le péritoine de 2 cobayes pesant 350 et 370 grammes. Ces animaux furent également atteints de tuberculose; l'un mourut le 13 mai et l'autre fut sacrifié deux jours plus tard. On utilisa la rate tuberculeuse de ce dernier, tant pour l'expérience sur le veau, dont il va être question, que pour faire des ensemencements.

Avec le fragment du ganglion cubital du malade, on procéda de la même façon qu'avec la peau du petit doigt. Deux cobayes pesant 390 et 405 grammes, inoculés le 7 février, sous la peau, présentèrent les mêmes symptômes que le cobaye devenu tuberculeux après l'inoculation d'un lambeau cutané, et moururent un peu plus tôt que celui-ci (l'un cinquante-huit, l'autre soixante et un jours après l'inoculation). A l'autopsie, on trouva également une tuberculose généralisée.

On examina au microscope des coupes des poumons tuberculeux provenant des cobayes infectés soit avec la peau, soit avec le ganglion cubital du malade. Dans les tubercules et les foyers nombreux de pneumonie tuberculeuse qu'on y rencontrait, les bacilles de la tuberculose étaient très abondants.

La lésion du petit doigt et celle du ganglion cubital de notre patient étaient donc sans aucun doute de nature tuberculeuse. Du reste, on trouva, à l'examen microscopique des coupes de la peau et du ganglion, les lésions anatomiques de la tuberculose : dans la peau, des tubercules et des cellules géantes et, en outre, dans le ganglion, de la caséification. Mais les bacilles tuberculeux étaient rares tant dans la peau que dans le ganglion, ce qui contrastait d'une façon surprenante avec le grand nombre de ces bacilles dans les poumons des cobayes inoculés.

Nous n'avons pas poursuivi l'étude de la nature du virus tuberculeux du ganglion cubital, à cause des frais qu'entraîne l'expérience sur le veau. Nous nous sommes bornés à examiner de plus près le virus tuberculeux provenant de la peau.

III

Tandis que M. Koch, dans les expériences ayant pour but de reconnaître la tuberculose bovine, se sert de cultures pures, procédé qui a l'avantage de rendre plus facile le dosage des inoculations, nous n'avons pas attendu le développement du bacille sur les milieux artificiels; comme l'examen microscopique nous avait appris que la rate du cobaye sacrifié le 15 mai renfermait de nombreux bacilles, nous avons trituré cet organe, dans un mortier stérilisé, avec 15 c.c. de solution physiologique de sel marin, également stérilisée, et c'est avec cette émulsion trouble que nous avons inoculé un veau.

Cet animal — une femelle de race hollandaise, âgée de treize mois environ, et pesant 109 kilogrammes — occupait depuis cinq jours, à l'abattoir d'Utrecht, une étable nouvellement construite, dans laquelle aucun animal n'avait

encore séjourné; il avait été d'ailleurs reconnu indemne de tuberculose par une injection préalable de tuberculine (*fig. 2*). On ne lui donnait

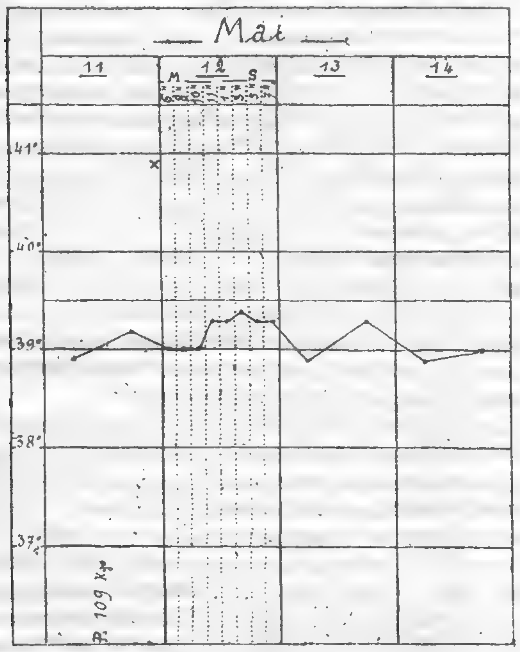


Fig. 2.

Le signe × correspond à l'injection sous-cutanée de 3 c.c. de tuberculine diluée (le 11 mai, à onze heures du soir).

comme nourriture que du foin et des gâteaux, jamais de lait.

Cette génisse reçut donc, le 15 mai, une injection de 2 c.c. de l'émulsion de la rate du cobaye en question, sous la peau du côté droit du cou. Cinq jours après, le 20 mai, on notait un gonflement évident au point d'inoculation; l'appétit était demeuré bon. Le surlendemain, le ganglion cervical superficiel était visiblement tuméfié. Le 26, le gonflement correspondant à la porte d'entrée du virus a acquis le volume du poing; il est dur et sensible; le ganglion cervical du même côté a des dimensions à peu près aussi considérables; il est lui aussi dur et sensible. Le 2 juin, la tuméfaction est un peu moins dure; l'animal tousse de temps en temps; les jours suivants, on le trouve toujours couché dans son étable; il boit plus qu'auparavant. Le 14, on remarque que le gonflement du ganglion cervical droit a encore augmenté (*fig. 3*); il y a un peu de diarrhée. Douze jours plus tard, la fluctuation apparaît au point d'inoculation; la génisse tousse encore, mais la diarrhée a cessé; peu après (2 juillet), les poils tombent à la partie la plus saillante de la tuméfaction; le 11, il n'y a pas encore d'ulcération à ce niveau; l'animal est sacrifié le lendemain. La courbe ci-dessous (*fig. 4*) montre la marche de sa température durant toute cette période.



Fig. 3.

A l'autopsie, on trouve, au point d'inoculation du virus, du côté droit du cou, un granulome tuberculeux de la grosseur d'un poing, renfermant en son centre une grande caverne remplie d'une masse caséeuse ramollie. Le ganglion cervical superficiel droit, situé à une distance de 10 centimètres dudit granulome, est hypertrophié et dur; il est long de 12 centimètres, large de 6, épais de 7 et pèse 345 grammes. On remarque de la calcification sur plusieurs points de la coupe; la substance corticale, facile à reconnaître, a une épaisseur de 4 centimètres; elle est grisâtre, parsemée de foyers caséeux; la substance médullaire, moins gonflée, offre des altérations analogues.

Il n'y a pas d'exsudat liquide dans les cavités séreuses. Le feuillet viscéral de la plèvre présente de nombreux tubercules dont le diamètre varie de 1 à 6 millimètres. Les petits tubercules (du volume d'un grain de mil) sont transparents, de couleur gris rosé, homogènes. Dans les tubercules plus volumineux, également grisâtres et plus ou moins translucides, on distingue de petites taches opaques blanc jaunâtre. Les tubercules les plus gros sont aplatis et tendent à faire saillie; quelques-uns se détachent en un relief bien accusé.

Le tissu des poumons est aussi le siège de tubercules du même âge, avec une aréole inflammatoire à leur périphérie. Il n'y a pas de foyers de pneumonie caséeuse.

Les ganglions bronchiques et médiastinaux antérieurs et postérieurs sont hypertrophiés, et sur la coupe ils se montrent farcis de tubercules caséeux, non calcifiés.

Sur la plèvre pariétale, on ne trouve qu'un seul tubercule, ayant un diamètre de 3 millimètres, au niveau de la sixième côte droite.

Le foie et la rate montrent un petit nombre de tubercules irrégulièrement répartis dans la capsule et le parenchyme; quelques rares tubercules enfin sont disséminés dans les reins. Les tubercules du foie, de la rate et des reins sont du même âge que ceux de la plèvre et des poumons.

Le péritoine, l'intestin, les ganglions mésentériques, les ganglions inguinaux et le ganglion cervical superficiel gauche sont indemnes de tuberculose, au moins à l'œil nu (1).

A l'examen microscopique, on constate que les foyers tuberculeux contiennent beaucoup de cellules géantes et de nombreux bacilles de Koch.

Enfin, deux cobayes inoculés avec de la matière du ganglion cervical hypertrophié, l'un dans le péritoine, l'autre sous la peau, moururent tous deux tuberculeux.

Les faits constatés à l'autopsie s'harmonisent donc avec les symptômes cliniques et la date de l'inoculation du virus sous la peau. Au point de l'inoculation il s'est produit une infiltration tuberculeuse dont la partie centrale s'est ramollie, mais sans donner naissance à un ulcère. Sept jours après l'inoculation, le ganglion cervical correspondant, situé à une distance de 10 centimètres, est pris et commence à s'hypertrophier. Au onzième jour, ce ganglion a atteint la grosseur d'un poing. C'est alors que débute la fièvre, qui continue pendant quatorze jours (Voir *fig. 4*). A cette même époque, l'animal commence à tousser. Au bout de deux semaines, la fièvre disparaît et ne se montre plus que de temps à autre. C'est surtout dans la période fébrile (du 26 mai au 8 juin), qu'un certain nombre de bacilles tuberculeux ont dû pénétrer successivement dans le sang et aller former les tubercules dans la plèvre, les poumons, etc.: lors de l'autopsie, le 12 juillet, les tubercules les plus anciens, à en juger par les apparences, étaient en effet âgés de cinq semaines environ.

En résumé, un écorcheur est atteint d'une tuberculose cutanée au niveau d'une blessure reçue, au mois de mai 1900, à l'autopsie d'une vache reconnue tuberculeuse par le médecin vétérinaire. L'inoculation de la peau tuméfiée, extirpée au bistouri le 7 février 1902, détermine chez le cobaye une tuberculose généralisée. Après un deuxième passage sur le cobaye, le virus tuberculeux, inoculé le 15 mai 1902 sous la peau d'une génisse saine, âgée de treize mois environ, rend rapidement cet animal tuberculeux.

Le résultat de l'inoculation sous-cutanée sur

(1) Le granulome développé au point d'injection du virus, le ganglion cervical correspondant hypertrophié et une partie des poumons ont été conservés et se trouvent au musée de l'Institut pathologique.

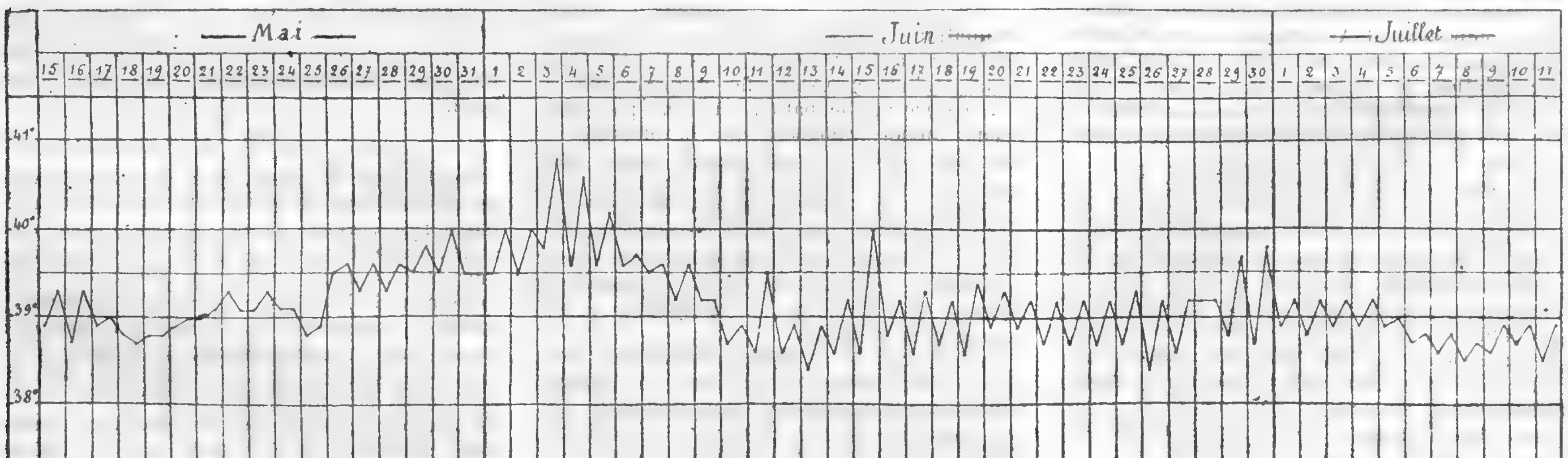


Fig. 4.

le veau démontre d'une façon nette et évidente que l'écorcheur était vraiment porteur d'une affection déterminée par le bacille de la tuberculose des bovidés. Il s'agissait, il est vrai, d'une affection localisée. Mais il ne faut pas perdre de vue que le malade était dans les soixante ans, que le ganglion cubital correspondant était atteint, qu'il y avait de la matité au sommet du poumon droit et que, depuis un an déjà, cet homme toussait. Cependant l'expectoration ne renfermait pas de bacilles de la tuberculose; si tel avait été le cas, il va sans dire que nous aurions également inoculé les bacilles des crachats au veau.

IV

Notre observation démontre en même temps que le bacille de la tuberculose des bovidés ne perd pas rapidement, par le séjour dans l'organisme humain, sa virulence pour les bovidés. En effet, bien que le bacille eût séjourné vingt mois dans la peau de notre malade, sa virulence pour le veau n'était pas moins grande que celle de bacilles provenant directement des bovidés.

Pour nous, les bacilles de la tuberculose de l'homme et de celle des bovidés ne sont que des races différentes appartenant à une même espèce. Nous admettons que le bacille de la tuberculose de l'homme peut acquérir les propriétés du bacille de la tuberculose bovine par des passages chez les bovidés; qu'inversement le bacille de la tuberculose bovine peut, par des passages chez l'homme, devenir identique au bacille de la tuberculose humaine. Le fait que nous venons de relater prouve qu'il faut probablement des années et plusieurs passages avant que le bacille de la tuberculose bovine soit devenu, dans l'organisme humain, identique au bacille de la tuberculose de l'homme. Si, dans notre cas, le bacille s'était montré inoffensif pour le veau, nous serions restés dans le doute; s'il n'avait déterminé qu'un granulome au point d'inoculation et un gonflement du ganglion cervical correspondant, nous aurions conclu qu'il s'agissait d'un bacille de la tuberculose bovine en voie de s'adapter à l'organisme humain, et perdant en même temps sa virulence pour les bovidés.

Comme cette observation ne laisse aucun doute sur la possibilité de l'infection de l'homme par la tuberculose bovine, il semble probable que dans les faits de Tscherning, Pfeiffer, etc., mentionnés plus haut, il s'agissait également d'affections tuberculeuses d'origine bovine. On serait donc tenté d'admettre que les cas de contagion par l'usage de lait, beurre, viande, provenant de bovidés tuberculeux, ne sont en vérité pas aussi rares que MM. Koch et Baumgarten le pensent.

On s'expliquerait de la sorte qu'on rencontrât de temps à autre dans les produits tuberculeux de l'homme des bacilles possédant une certaine virulence pour les bovidés. C'est ainsi que MM. Fibiger et Jensen (de Copenhague) (1) ont trouvé des bacilles virulents pour le veau dans 3 cas de tuberculose primitive de l'intestin, constatée à l'autopsie d'enfants respectivement âgés de six ans, de dix-neuf mois et de quatre mois. De son côté, M. Max Wolff (de Berlin) (2), ayant inoculé un cobaye avec du virus recueilli à l'autopsie d'un homme de soixante-trois ans, mort de tuberculose primitive de l'intestin un an après le début des symptômes, se servit des organes tuberculeux de ce cobaye pour inoculer sous la peau du cou un veau sain, âgé de cinq mois. Ce veau fut infecté de la façon la plus nette; on le sacrifia au bout de quatre-vingt-trois jours, et on constata chez lui une tuberculose généralisée qui avait pour point de départ évident le siège de l'inoculation, et qui offrait les caractères anatomopathologiques de la pommelière, ou tuberculose spontanée des bovidés.

Dans ces faits, tout comme dans le nôtre, il s'agirait simplement, d'après notre supposition, de bacilles de la tuberculose bovine, en train de s'adapter à l'organisme humain.

Dr C. H. H. Spronck, Professeur à la Faculté de médecine d'Utrecht.

K. Hoefnagel, Médecin vétérinaire, directeur de l'abattoir de la ville d'Utrecht.

(1) J. Fibiger et C. O. Jensen. Overförelse af menneskets tuberkulose til kvæget. (*Hospitalstidende*, 10 septembre 1902.) — Uebertragung der Tuberculose des Menschen auf das Rind. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 septembre 1902.)

(2) Ce travail, communiqué à la Société de médecine interne de Berlin (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 246), a été publié *in extenso* dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift* du 7 août 1902.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire par la résection large de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus.

L'opération de Caldwell-Luc, qui réalise — au moyen de l'ouverture du sinus par la fosse canine, avec création d'un hiatus naso-maxillaire et réunion immédiate de la plaie buccale — le curettage complet et le drainage de l'antre d'Highmore sans le laisser exposé aux infections secondaires par la bouche, est considérée actuellement comme la méthode de choix pour les sinusites maxillaires chroniques ayant résisté aux autres modes de traitement. Mais cette intervention est laborieuse, elle exige une anesthésie générale assez prolongée et, en outre, dans quelques cas qu'on ne peut prévoir, elle ne tient pas sa promesse de « cure radicale ». Aussi est-elle difficilement acceptée par les malades, qui trouvent le remède hors de proportion avec l'affection dont ils sont atteints et demandent à guérir par une opération moins sanglante. C'est à la solution de cette question que nous voulons apporter notre contribution.

I. — Toute méthode de traitement visant les sinusites maxillaires cherche à remplir, isolément ou simultanément, deux *indications* capitales : nettoyer l'antre; le drainer.

Disons tout de suite que le curettage, considéré par la plupart des chirurgiens comme ayant une importance de premier ordre dans la cure des sinusites maxillaires chroniques, ne nous paraît pas constituer une *conditio sine quâ non* de la guérison : les observations de sinusites invétérées, nécessairement fongueuses, ayant cédé à de simples lavages alvéolaires, démontrent amplement que le curettage — adjuvant précieux dans quelques cas — est loin d'être toujours indispensable; les médiocres résultats de la vieille méthode de Desault (ouverture par la paroi antérieure), même complétée par l'occlusion immédiate de la plaie buccale, prouvent, d'ailleurs, qu'il ne suffit généralement pas à guérir.

Le drainage large de la cavité infectée, permettant une bonne aération du sinus et obviant à la rétention du pus, est au contraire, à notre avis, la condition essentielle du traitement des sinusites maxillaires, comme de toute suppuration : ce qui est vrai pour l'utérus, pour la plèvre ou pour les articulations, l'est aussi pour les sinus de la face.

Deux voies s'offrent à nous pour réaliser le drainage de l'antre d'Highmore : la voie alvéolaire et la voie nasale.

L'opération alvéolaire a à son actif la simplicité de son exécution et la possibilité pour le malade de se panser lui-même; mais le drainage par une alvéole est insuffisant et de plus intermittent, puisque le sinus ne se vide bien qu'au moment des lavages. En somme, la trépanation alvéolaire, s'il est vrai qu'elle permet d'éviter les complications générales, n'est le plus souvent qu'un pis aller, qu'une intervention purement palliative, qui nécessite ultérieurement une opération plus radicale ou condamne le malade au port à perpétuité d'une cheville alvéolaire, véritable « soupape de sûreté ».

Aussi nos préférences vont-elles à la voie nasale. Mais en quel point de la paroi interne du sinus faire porter l'ouverture : sur le méat moyen, comme le veut Hunter; « en arrière immédiatement au-dessous de l'infundibulum », selon le conseil de Zuckerkandl, ou « au-dessous de la bulle ethmoïdale », d'après celui de Siebenmann; sur le méat inférieur, enfin, seul (von Mikulicz, Krause-Friedlander), ou associé au méat moyen (Rethi)? Depuis plusieurs mois, c'est le méat inférieur que nous avons adopté comme voie d'élection; le procédé que nous avons imaginé, et qu'il nous reste à décrire, a l'avantage, sur les autres opérations plus ou moins analogues, de n'exiger aucun instrument spécial, et de ménager la muqueuse nasale dont il faut être économe, et même avare, en raison de son importance physiologique.

II. — L'opération, telle que nous la pratiquons, comporte trois temps : 1° ablation d'au moins la moitié antérieure du cornet inférieur; 2° résection large de la paroi; 3° nettoyage et pansement du sinus.

Premier temps. — *Ablation de la moitié antérieure du cornet inférieur.*

Ce temps est très important et l'ablation du cornet doit être faite le plus près possible de sa ligne d'insertion sur le maxillaire. Rappelons que la partie moyenne du bord d'insertion, la plus longue, est horizontale, et que les parties antérieure et postérieure se réunissent à elle sous des angles obtus. Il importe qu'une fois le segment de cornet enlevé, on ait nettement sous les yeux la paroi sur laquelle on va opérer.

Pour faire cette ablation, les conchotomes de Hartmann, les pinces coupantes de Laurens, Martin, etc., ne nous paraissent pas pratiques. Avec ces instruments, on fait des prises successives, on morcelle, et finalement on laisse adhérent à la paroi un gros bourrelet de cornet plus ou moins irrégulier, toujours gênant dans le champ opératoire. Nous nous servons simplement de ciseaux coudés à lames minces et solides. Avec eux, on ménage sûrement l'apophyse lacrymale, dont l'ablation pourrait entraîner l'obstruction ultérieure du canal lacrymo-nasal avec ses conséquences fâcheuses.

Pour opérer, l'une des lames est insinuée au-dessous du cornet et l'autre placée au-dessus (*fig. 1*). On se rapproche le plus possible de la

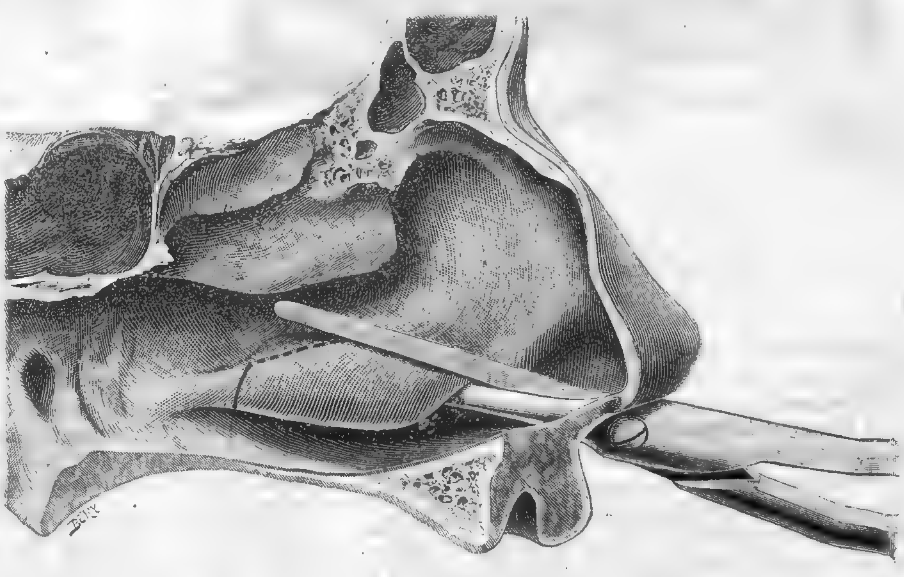


Fig. 1.

paroi, c'est-à-dire de la ligne d'insertion du cornet, et on sectionne d'un coup sec; au besoin, on donne un second coup de ciseaux. Le cornet tombe dans la fosse nasale, ne tenant plus que par sa partie postérieure respectée, dont on le sépare, sans se presser, à l'anse froide à crémaillère. S'il reste quelques lambeaux de muqueuse, on les enlève à la pince coupante ou au serre-nœud.

Grâce à l'emploi des préparations surrénales et de la cocaïne, on n'a guère ni hémorrhagie ni douleur.

DEUXIÈME TEMPS. — *Résection de la paroi.* Il ne s'agit pas ici de faire avec un instrument spécial (von Mikulicz) ou un trocart (Krause-Friedlander) un orifice de dimensions restreintes que la muqueuse ne tardera pas à recouvrir, qu'on retrouvera déjà difficilement dès le deuxième jour et à travers lequel on ne pourra que péniblement passer des instruments de lavage. Une large brèche s'impose.

Disons tout de suite que l'idée d'élargir un orifice préalablement fait avec un trocart ne nous paraît pas heureuse. Par l'orifice de perforation du trocart de Krause, on ne peut guère passer la plus petite pince coupante. Le meilleur procédé sera celui qui permettra d'enlever d'emblée une large rondelle osseuse doublée de ses deux muqueuses. Pour cela, nous n'avons rien trouvé de mieux que la tréphine actionnée par le moteur électrique.

Il faut d'abord bien repérer la « zone d'attaque ». Elle est à 2 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure du cornet (l'orifice osseux du canal lacrymo-nasal est à 1 centimètre); elle correspond anatomiquement à l'hiatus résultant du défaut de juxtaposition parfaite du maxillaire supérieur et du palatin, hiatus fermé par l'apophyse auriculaire. C'est le point où la paroi est le plus mince et où l'on fait d'ordinaire la ponction exploratrice. La hauteur moyenne varie entre 16 et 18 millimètres. On se rappellera aussi qu'une paroi fortement concave en dedans correspond souvent à un sinus petit, ayant un plancher haut situé.

En ce lieu d'élection, on fait d'abord une ponction qui renseigne sur la situation du sinus, puis on place la tréphine de 6 millimètres, en obliquant le plus possible en dehors et en appuyant contre la sous-cloison (*fig. 2*). En deux

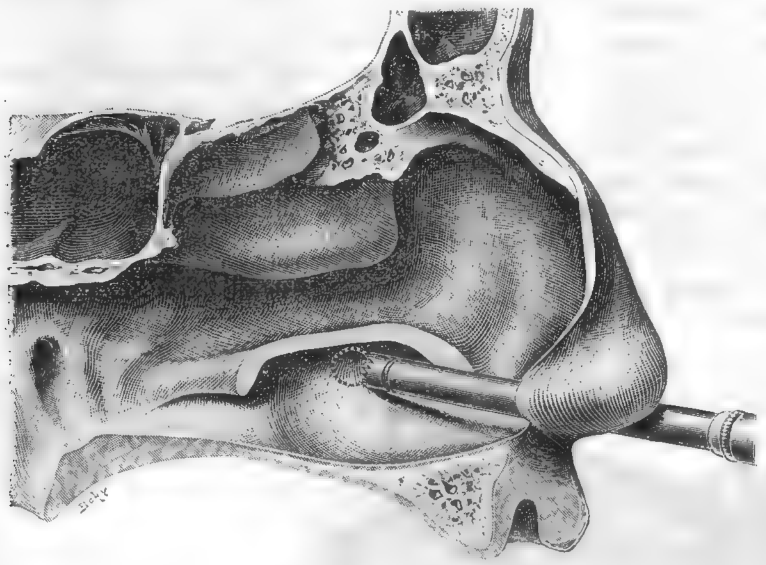


Fig. 2.

ou trois secondes un trou est fait à l'emporte-pièce. Avec un stylet coudé, on explore l'étendue du sinus et une seconde couronne est appliquée immédiatement en arrière de la première. L'opération est quasi terminée; il suffit d'élargir l'orifice, surtout vers le bas. Nous abandonnons à ce moment la tréphine et nous nous servons de pinces spéciales à manche fort, pinces à emporte-pièce, dont nous plaçons l'un des mors dans le sinus et l'autre dans le méat; nous nous efforçons de réduire le plus possible le rebord ostéo-muqueux assez épais qui sépare encore le plancher du sinus et le plancher nasal.

La brèche ne doit pas être inférieure à la pulpe du pouce environ (*fig. 3*); c'est à cette

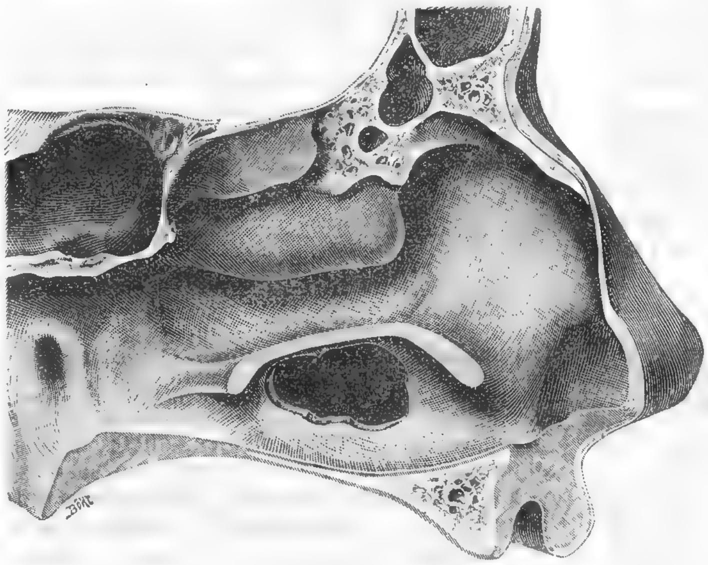


Fig. 3.

condition qu'elle pourra conserver des dimensions suffisantes après le rétrécissement dû à la cicatrisation.

Dans aucun cas jusqu'ici les fosses nasales n'ont présenté une étroitesse telle que notre intervention en ait été gênée. Une fois seulement nous avons été obligés de faire quelques jours auparavant l'ablation d'un volumineux éperon de la cloison.

TROISIÈME TEMPS. — *Nettoyage et pansement du sinus.*

Le sinus est largement lavé, puis exploré: on se rend compte s'il n'existe pas une cause extrinsèque susceptible d'éterniser la suppuration (corps étranger, dent, tumeur, cloisonnements, etc.). On passe une curette à manche flexible sur les points le plus ordinairement suspects, sur le plancher alvéolaire, dans la région de l'hiatus semi-lunaire (ces régions sont parfaitement accessibles), et on ramène les plus grosses fongosités sans gratter fortement la muqueuse: *on ne s'attache pas à faire un curettage minutieux, qui n'est pas le but de l'opération.*

On lave à nouveau et on place une mèche de gaze iodoformée assez serrée; dès le deuxième jour, cette gaze sera enlevée et on ne tamponnera plus.

En principe, les divers temps de l'opération doivent être exécutés dans la même séance. On pourra néanmoins remettre à une séance ultérieure la résection de la paroi, si le malade paraît fatigué après l'ablation du cornet inférieur.

III. — Le *traitement consécutif* consiste en lavages journaliers et en séchage du sinus, que l'on réalise en faisant souffler fortement le patient par la narine du même côté, en pratiquant quelques douches d'air légèrement chauffé, enfin en insufflant des poudres antiseptiques non irritantes sur toute la surface sinusienne.

IV. — En ce qui concerne les *résultats*, nous avons jusqu'à présent appliqué ce procédé à 7 malades, depuis le 5 mai 1902: 3 sont complètement guéris; les autres sont en bonne voie. La guérison s'est faite d'une façon progressive et a été réalisée au bout de deux mois dans 1 cas, de deux mois et demi environ dans les 2 autres. Nous n'avons jamais eu la moindre complication.

Les *avantages* de cette méthode nous paraissent être les suivants:

Elle ne nécessite pas l'anesthésie générale; elle n'est guère douloureuse et n'a pas les allures d'une grande opération chirurgicale; elle est d'exécution facile si le cornet a été bien enlevé au ras de sa ligne d'insertion.

Elle permet une exploration du sinus, suffisante dans la plupart des cas; pour s'en convaincre, on peut pratiquer l'opération sur le cadavre et on se rend compte que la brèche ainsi placée rend visible une grande partie de la surface du sinus, spécialement la face postérieure qui est de beaucoup la plus étendue; la région de l'hiatus semi-lunaire est également accessible aux instruments; on peut donc, si on le juge utile, badigeonner ou curetter ces régions le plus ordinairement suspectes.

Elle établit un *large drainage spontané et constant* du sinus; elle assure *son aération permanente:* or, ces deux points importent le plus pour la guérison; on sait, en effet, que dans la pathogénie des suppurations des cavités annexes du nez n'interviennent pas seulement les microbes ordinaires de la suppuration (staphylocoques, pneumocoques, streptocoques, etc., etc.); des agents anaérobies contribuent également — surtout quand le sinus se transforme en cavité close, ou à peu près, avec rétention de pus — à perpétuer les processus suppuratifs.

Enfin, dans le cas d'insuccès pour causes diverses (altérations profondes de la muqueuse, fistules, clapiers inaccessibles, etc.), si l'on est obligé de faire le curettage complet par la fosse canine, le malade bénéficiera largement de la première intervention. On aura, en somme, accompli « à rebours » l'opération de Luc, dont l'exécution aura été grandement facilitée: c'est en effet le temps nasal, tel qu'il est généralement pratiqué à l'exemple de Luc et, plus récemment, d'Hajeck, qui est le plus ardu.

Dr R. CLAOUÉ (de Bordeaux).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre 1902.

De l'utilité des tractions rythmées de la langue dans les intoxications oxycarbonées.

M. Laborde relate un certain nombre de faits qui démontrent que, contrairement à une opinion récemment émise, les tractions rythmées de la langue jouissent d'une réelle efficacité dans les cas d'intoxication par l'oxyde de carbone. L'orateur insiste particulièrement sur la nécessité d'un rappel mécanique du réflexe respiratoire pour obtenir un résultat favorable. Si l'on se borne, en effet, à faire inhaler de l'oxygène à un asphyxié sans avoir recours, en même temps, soit aux tractions rythmées de la langue, soit à la respiration artificielle par la méthode de Sylvester, on court à un échec certain.

Il est en outre indispensable de renouveler de temps en temps la pratique des tractions linguales dans les asphyxies toxiques, où il ne s'agit pas seulement, comme dans les asphyxies mécaniques (submersion, strangulation, etc.), de lutter contre l'arrêt de la fonction cardio-respiratoire, mais de combattre aussi la persistance des effets du poison sur l'organisme; et l'on sait combien tenace est cette persistance pour l'oxyde de carbone; il en est également de même — quoique à un degré moindre — pour l'asphyxie par les gaz d'égout ou des fosses d'aisances, le gaz d'éclairage, les vapeurs chloroformiques, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 octobre 1902.

Grossesses extra-utérines prises pour des appendicites.

M. Legueu. — Dans la dernière séance, M. Picqué nous a rapporté trois observations de grossesse extra-utérine, communiquées par M. Chevalier. Dans un de ces cas, on avait cru d'abord à une appendicite, alors qu'il s'agissait d'une rupture de grossesse tubaire. J'ai eu, moi-même, l'occasion d'observer deux faits de ce genre. Chez une femme de quarante-huit ans, je portai le diagnostic d'appendicite, en raison de l'élévation de température, avec maximum de douleur dans la fosse iliaque droite; j'avais, en réalité, affaire à une rupture de grossesse extra-utérine, au niveau de la trompe gauche. Dans l'autre cas, que j'ai opéré, comme chirurgien de garde, à l'hôpital de la Charité, j'ai commis la même erreur, et là encore il s'agissait d'une rupture de la trompe gauche. Chez ces deux malades, j'avais été frappé de l'absence de contracture musculaire au niveau de la fosse iliaque droite.

Résultats de la prostatectomie périnéale subtotale.

M. Guinard. — Je dois vous faire un rapport sur un malade que M. Proust nous a présenté au mois de mars dernier : il s'agissait d'un homme de soixante-dix ans chez lequel notre confrère avait pratiqué une prostatectomie pour des accidents de rétention complète aiguë. Les suites opératoires ont été extrêmement simples et l'amélioration s'est parfaitement maintenue. Vous avez eu d'ailleurs plusieurs fois l'occasion d'apprécier les excellents résultats de la prostatectomie, dont l'exécution ne présente aucune difficulté et qui semble, par conséquent, devoir entrer dans la pratique courante.

M. Routier. — Pour juger de la valeur de la prostatectomie, il serait important de préciser les conditions de la miction quelque temps après l'opération.

M. Bazy. — Je crois qu'il faut bien poser les indications de la prostatectomie, car il ne suffit pas évidemment d'avoir une grosse prostate pour être justiciable de cette intervention.

Appendice perforé à froid.

M. Legueu relate, avec pièces à l'appui, l'observation d'un enfant de cinq ans qui, au cinquième jour du «refroidissement» d'une appendicite traitée médicalement et paraissant en bonne voie de guérison, fut pris d'accidents péritonitiques auxquels il succomba avant qu'on eût eu le temps d'intervenir. A l'autopsie, on trouva une perforation appendiculaire au sein d'un abcès profond qui s'était rompu dans la grande cavité abdominale et avait entraîné une péritonite généralisée foudroyante. L'orateur est d'avis que si, dans ce cas, on avait opéré à chaud, le petit malade n'aurait probablement pas succombé.

M. Denucé (de Bordeaux) communique une observation de *hernie obturatrice étranglée.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1902.

Sur un cas de lymphadénie lymphatique aleucémique.

M. Weil communique, au nom de M. Clerc et au sien, l'observation d'un homme de soixante-trois ans qui était atteint de tumeurs ganglionnaires généralisées avec splénomégalie légère et qui en même temps se plaignait d'une faiblesse et d'une fatigue extrêmes. A l'examen du sang, on trouva seulement 2,387,000 globules rouges par millimètre cube, et de 16,000 à 20,000 leucocytes. Les numérations quantitatives de ces derniers donnèrent les proportions suivantes : polynucléaires 20 %, mononucléaires 79.50 %, éosinophiles 0.50 %.

L'orateur estime que ce fait est à rapprocher de ceux qui ont été publiés récemment par MM. Harlow Brooks, Vaquez et Ribierre (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 281 et 434), Jolly, etc., etc., et que c'est à eux seuls que doit être réservée la dénomination d'adénie, cette expression étant entendue dans le sens que lui attribuait Trousseau. Toutes ces observations, en effet, qui s'accompagnent les unes de leucémie, les autres de leucocytose, et quelques autres d'une proportion normale ou même diminuée de leucocytes, rentrent dans le cadre de la lymphadénie avec leucocythémie. D'aleucémique, cette lymphadénie peut dans certaines conditions devenir leucémique, et inversement, mais somme toute ces transformations sont rares. C'est seulement par des examens complets et répétés du sang que ces faits peuvent être différenciés d'avec d'autres, cliniquement semblables, qui sont rangés à tort dans le groupe de l'adénie.

Arachnodactylie.

M. Achard. — MM. Marfan et Méry ont décrit sous les noms de dolichosténomélie et d'hyperchondroplasie un cas de déformation des extrémités consistant surtout en un allongement avec gracilité des os. La malade, âgée de dix-huit ans, que je vous présente, offre une conformation analogue des extrémités, mais moins prononcée. En outre, sa tête est remarquable par le contraste entre la petitesse de la face, notamment de la mâchoire inférieure, et le développement du crâne. Il n'y a pas de stigmates de syphilis héréditaire ni de rachitisme.

La radiographie montre que les épiphyses des phalanges sont soudées; la croissance paraît avoir été régulière, de sorte qu'on ne peut dire qu'il y ait hyperchondroplasie. D'autre part, l'allongement de la main n'est qu'apparent; seules les phalangettes sont proportionnellement plus longues que chez un sujet bien conformé. Quant à la gracilité des os, elle est manifeste, mais ne porte guère que sur le corps des phalanges, car les épiphyses sont un peu noueuses.

Emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire.

M. Rénon relate, en son nom et au nom de M. Géraudel, l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, atteint de tuberculose pulmonaire à forme fibreuse, qui fut pris, à la suite d'une quinte de toux, d'une vive douleur dans la région sus-claviculaire gauche. Peu de temps après, on constatait un emphysème sous-cutané de la région cervicale et de la région faciale supérieure, qui disparut complètement au bout d'une dizaine de jours. Quant à la tuberculose, elle a continué son évolution.

Appendicite pneumococcique.

M. Ferrier (médecin militaire) communique la relation de l'autopsie d'un malade qui succomba à une pneumonie, et chez lequel on constata, en même temps qu'une endocardite mitrale, une appendicite restée méconnue pendant la vie. L'appendice contenait deux cuillerées à café environ d'un pus très riche en pneumocoques associés au colibacille. Il n'existait ni adhérences, ni exsudats péritonéaux. Il semble résulter de ce fait qu'en présence d'une péritonite pneumococcique, le chirurgien doit toujours penser à la possibilité d'une origine appendiculaire.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les huîtres et la fièvre typhoïde, par M. E. Sacquépée.

La possibilité de la propagation de la dothiénentérie par l'ingestion d'huîtres souillées par le bacille d'Eberth n'étant pas universellement admise, nous croyons devoir résumer quelques-uns des faits observés par M. Sacquépée au cours d'une petite épidémie qui a sévi à Rennes durant les mois d'octobre et de novembre 1901.

C'est ainsi que l'auteur cite le cas d'une famille composée de 6 personnes, dont 4 mangèrent des huîtres à un repas; toutes les 4 furent atteintes à peu près simultanément (au bout de dix à quinze jours), le père d'un embarras gastrique fébrile, 2 enfants de fièvre typhoïde grave mais non mortelle, un autre convive enfin d'une affection fébrile aiguë, adynamique, à laquelle il succomba en douze jours. Ailleurs, 4 femmes consomment ensemble une bourriche d'huîtres : 3 sont frappées, dont 2, qui avaient absorbé des huîtres à deux repas différents, d'une façon particulièrement sévère; la quatrième reste indemne, mais elle était vaccinée par une infection éberthienne antérieure. Onze personnes adultes, habitant des localités séparées, se réunissent autour d'une table commune et mangent des huîtres; le lendemain, 2 éprouvent des troubles gastro-intestinaux assez graves mais passagers; une quinzaine de jours après, 3 autres sont atteintes de la fièvre typhoïde, à laquelle une d'elles succomba. Signalons, en outre, que M. Sacquépée a pu observer aussi un cas de contamination par une autre espèce de mollusques également comestible, les *coques*.

A l'occasion de ces faits, l'auteur a institué une série de recherches bactériologiques sur 11 lots d'huîtres provenant de divers points de la côte bretonne. Il n'a pu déceler qu'une fois le bacille d'Eberth, mais par contre, il a rencontré 10 fois le colibacille qui, même s'il n'est pas directement pathogène, est du moins l'indice d'une pollution d'origine animale. Il est d'avis que les huîtres sont susceptibles de communiquer la fièvre typhoïde soit par la simple absorption des microbes qu'elles renferment — et ce mécanisme se rapporterait aux observations où la maladie apparaît au bout de la période d'incubation normale, sans troubles prémonitoires —, soit en exaltant la virulence d'un bacille d'Eberth vivant en saprophyte dans le tube digestif du consommateur, et c'est ce que paraît démontrer la production, dans certains cas, quelques heures après l'ingestion des mollusques incriminés, de symptômes évoquant l'idée du botulisme.

Enfin, M. Sacquépée a pu s'assurer que le séjour suffisamment prolongé, dans une eau de mer pure, des huîtres destinées à la consommation, suffirait à écarter tout danger : des huîtres artificiellement souillées avec du bacille typhique et placées dans un récipient dont l'eau de mer était changée 2 fois par jour n'offraient plus aucun bacille d'Eberth au bout de six jours, au lieu que chez des témoins pour lesquels l'eau d'habitation n'était renouvelée que tous les quatre jours, ce microorganisme survécut trois semaines. (*Rev. d'hyg.*, juillet 1902.) — F. F.

Recherches sur la bactériologie des otites moyennes aiguës, par M. H. Coussieu.

La nature des divers germes pathogènes qui interviennent dans l'infection aiguë de l'oreille moyenne étant encore discutée, M. Coussieu a institué, dans le service de M. Lermoyez, quelques recherches destinées à apporter un peu de lumière sur ce point.

Les malades auxquels il s'est adressé étaient tous au début de leur otite, avant la perforation du tympan. Pour prélever les matières à ensemencer, on procédait de la façon suivante : le patient étant couché sur l'oreille saine, on remplissait le conduit auditif externe avec un mélange à parties égales d'alcool à 90° et d'éther; au bout de dix minutes, on laissait écouler ce liquide, et on pratiquait une irrigation d'abord avec une solution chaude d'oxycyanure de mercure à 2 ‰, puis avec de l'eau stérilisée chaude; nouveau bain d'oreille durant dix minutes avec l'alcool-éther, puis assèchement minutieux au moyen de tampons d'ouate stérilisée. La désinfection du conduit auditif ainsi effectuée d'une façon suffisante (9 fois sur 12 les ensemencements pratiqués après ces manœuvres restèrent stériles), on procédait à la ponction du tympan et à l'aspiration du pus ou de la sérosité contenu dans la caisse, puis à l'ensemencement sur divers milieux, placés en cultures aérobies ou anaérobies.

Voici quels sont les résultats auxquels est arrivé M. Coussieu : sur 12 malades qu'il a examinés de la sorte, 7 étaient infectés par un seul microbe, qui était 3 fois le staphylocoque, 2 fois le streptocoque et 2 fois le pneumocoque; chez 6 de ces 7 individus, l'otite n'a pas évolué, et le tympan s'est refermé après la ponction. Chez les 5 autres, on rencontra des associations microbiennes, dont faisait toujours partie le staphylocoque, avec lequel coexistaient des micro-organismes paraissant saprophytes, tels que le *Bacillus mesentericus* et le *Thyrothrix;* dans ces 5 cas, de même que dans un de la catégorie précédente (concernant un patient infecté par le staphylocoque à l'état de pureté), on dut recourir ultérieurement à la paracentèse. Il im-

porte de signaler que dans ce dernier groupe de faits il existait généralement des tares organiques diverses, soit locales (ozène, syphilis nasale), soit générales (diabète).

L'auteur conclut de ces recherches que les otites moyennes aiguës survenant en dehors des maladies infectieuses (scarlatine, rougeole, etc.) paraissent généralement monomicrobiennes à leur début ; quand elles demeurent monomicrobiennes, elles disparaissent sans suppurer ou après avoir suppuré durant fort peu de temps ; lorsque au contraire il se produit une association microbienne, le plus souvent favorisée par une cause adjuvante quelconque, l'affection auriculaire tend vers la chronicité. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mai 1902.) — F. F.

Fractures obliques de la première phalange du pouce ; cerclage au fil d'argent, par M. O. Lambret.

L'auteur eut à donner ses soins à une fillette de deux ans qui, étant tombée avec une table sur laquelle elle était juchée, avait eu le pouce gauche pris entre le plancher et le rebord de la table. Il se produisit aussitôt une déformation considérable du pouce blessé, caractérisée par une augmentation du diamètre antéro-postérieur et un léger raccourcissement du doigt. Quand M. Lambret vit la petite malade, une dizaine de jours après l'accident, cette déformation persistait ; la phalangette était en flexion et un peu en rotation externe, et on percevait, à la base du pouce et du côté palmaire, le fragment métacarpien de la phalange fracturée, sous forme d'une saillie aiguë dirigée vers la peau qu'elle semblait près de perforer. La radiographie montra que le trait de fracture avait une disposition très oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; il intéressait la phalange dans toute sa longueur, la divisant « en deux parties d'égal volume, comme ferait une diagonale coupant un parallélipipède rectangle ».

La réduction était facile, mais la contention à peu près impossible, sans doute en raison de l'action des muscles de l'éminence thénar qui, s'insérant sur la base de la phalange, attiraient constamment en avant le fragment supéro-antérieur. Dans ces conditions, et deux petits appareils plâtrés ayant été successivement appliqués sans résultat, l'auteur se décida à pratiquer une intervention sanglante : deux incisions d'un centimètre de longueur, l'une sur le bord interne, l'autre sur le bord externe du pouce, lui permirent de passer au ras de l'os une anse de fil d'argent fin qui fut serrée et profondément enfoncée du côté externe. La guérison des petites plaies opératoires, pansées aseptiquement, sans appareil contentif, se fit en quelques jours.

M. Lambret avait déjà eu l'occasion d'employer une fois ce procédé dans un cas de fracture ouverte du pouce, avec trait de fracture oblique et déplacement considérable des fragments, produite par une scie circulaire ; le cerclage de la phalange, précédé de la suture du tendon fléchisseur entièrement sectionné, lui donna également un succès complet. (*Echo méd. du Nord*, 29 juin 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La ligature bilatérale des artères hypogastrique et utéro-ovarienne comme moyen de traitement palliatif du cancer de l'utérus, par M. B. Krönig.

Dans les cas de cancer inopérable de l'utérus, on a habituellement recours, à titre de palliatifs, à la cautérisation au fer rouge ou au curettage, afin de remédier autant que possible aux pertes sanguines plus ou moins abondantes, ainsi qu'à la fétidité des masses putrides. Malheureusement, ces deux moyens échouent quelquefois, sans compter que le curettage peut être contre-indiqué, lorsqu'il y a lieu de craindre la perforation d'un organe de voisinage (vessie ou rectum) ou l'ouverture de la cavité péritonéale. En pareille occurrence, M. le professeur B. Krönig recommande de procéder à la ligature bilatérale des artères hypogastrique et utéro-ovarienne. Cette petite intervention peut être exécutée très rapidement, de sorte que la cavité péritonéale ne reste ouverte que pendant quelques minutes ; de plus, elle n'entraine pas d'hémorrhagie, et au bout d'une huitaine de jours la patiente serait, en général, à même de quitter le lit.

En ce qui concerne le procédé opératoire, le mieux est de lier l'artère hypogastrique à l'endroit même où elle se sépare d'avec l'artère iliaque commune ; quant à l'artère utéro-ovarienne, on la liera, de préférence, à son entrée dans le ligament large. Il serait bon de poser, en outre, une ligature sur l'artère du ligament rond, prise dans ce ligament même, afin d'entraver la formation d'une voie collatérale.

Dans les 3 cas où M. Krönig a eu l'occasion d'appliquer ce procédé, les hémorrhagies — qui auparavant étaient très fréquentes (chez une de ces patientes elles se reproduisaient tous les jours) — ont cessé à la suite de l'intervention. Chez une seule opérée, un écoulement sanguin se déclara trois mois environ plus tard, probablement par suite de la formation d'une circulation collatérale. Les effets exercés par la ligature sur la sécrétion fétide se sont montrés moins durables.

En présence de ces résultats encourageants, M. Krönig estime que le procédé dont il s'agit mérite de prendre une place importante dans le traitement du cancer inopérable de l'utérus. Il serait particulièrement indiqué dans les cas où, après avoir procédé à la laparotomie, on voit que la cure radicale est irréalisable : il conviendrait, en pareille occurrence, de ne pas refermer la cavité abdominale sans avoir, au préalable, lié les deux vaisseaux susmentionnés, ce qui nécessiterait, d'ailleurs, à peine quelques minutes.

Il va de soi que la ligature des artères hypogastrique et utéro-ovarienne peut, au besoin, être associée au curettage des masses cancéreuses. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 octobre 1902.) — L. CH.

Contribution à l'étude des rapports de la diphtérie et des affections de l'oreille, par M. E. Stangenberg.

Le travail de M. Stangenberg est une importante contribution à l'égard d'une question encore peu étudiée, celle de l'influence de la diphtérie sur le développement des maladies auriculaires.

Pour étudier cette influence, l'auteur a soumis à des examens répétés, au cours de leur maladie, 1,000 petits diphtéritiques de l'hôpital des contagieux de Stockholm : il a trouvé des troubles auriculaires chez 243 d'entre eux (24.3 %), dont la moitié environ chez de tout jeunes enfants (au-dessous de cinq ans).

Dans 16 cas, il ne s'agissait que de simples otalgies ou névroses, qui disparurent dès que les symptômes du côté de la gorge s'amendèrent : ces troubles se rencontrèrent de préférence chez les enfants les plus âgés.

Chez 190 autres petits malades (78.1 %), les symptômes objectifs consistaient essentiellement en la rétraction de la membrane du tympan vers la caisse ; il existait donc une inflammation catarrhale de la trompe d'Eustache. Il est très probable que la plupart de ces salpingites passent inaperçues, car elles n'occasionnent que rarement des douleurs amenant les enfants à se plaindre de leurs oreilles. L'évolution de cette complication fut en tout cas généralement fort simple ; elle disparut avec l'amélioration ou la guérison des lésions laryngées ; dans 28 cas seulement, elle aboutit à la formation d'exsudats séreux ou purulents, d'un seul côté ou dans les deux oreilles.

Chez 65 de ces enfants (26 %) — y compris les 28 précédents —, il se forma un épanchement à l'intérieur de la caisse, et cet épanchement fut bilatéral pour 25 d'entre eux. Toutefois, 4 de ces 65 petits patients avaient déjà offert antérieurement une otite, en sorte que la présente affection pouvait être considérée comme une récidive.

Il est à remarquer que toutes ces otites, même celles qui s'accompagnèrent d'épanchement, évoluèrent d'une façon fort bénigne ; la perforation spontanée du tympan se produisit chez 20 enfants seulement et la paracentèse fut jugée nécessaire chez 8 autres, mais les perforations spontanées furent toujours du type le plus favorable : la perte de substance de la membrane était peu étendue et siégeait à la partie inférieure ; un de ces jeunes malades succomba cependant à un abcès intra-crânien. Ces diverses affections otitiques débutèrent généralement (dans 80 % des cas) dès les premiers jours de la diphtérie ; la suppuration, quand elle se produisit, apparut au cours de la deuxième semaine.

Il est naturel de penser que les lésions auriculaires sont chez les diphtéritiques la conséquence de l'inflammation de la gorge. Mais celles n'offrent par elles-mêmes rien de caractéristique ; malgré le grand nombre de malades qu'il a observés, M. Stangenberg n'a rencontré aucun cas de diphtérie proprement dite de l'oreille. Etant donné, d'autre part, que ces otites se produisent indifféremment dans les diphtéries graves ou bénignes, et qu'elles évoluent avec un minimum de symptômes subjectifs ou douloureux, on se trouve dans l'impossibilité de les prévoir. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 1.) — R. DE B.

Des variations de structure du mésomètre et de leur influence sur le développement des ménorrhagies et de la leucorrhée, par MM. A. Theilhaber et A. Meier.

On admet généralement que l'endométrite est le principal agent des ménorrhagies et de la leucorrhée. MM. Theilhaber et Meier pensent cependant que le rôle joué par la couche moyenne de l'utérus (couche musculaire ou mésomètre) dans la production de ces accidents est à l'heure actuelle un peu trop négligé.

Au point de vue anatomique, voici quel est le résultat des recherches qu'ils ont faites sur 61 utérus normaux ou pathologiques : pendant l'enfance, le tissu musculaire constitue le tiers à peine de la couche moyenne de l'utérus, le reste étant formé par du tissu conjonctif. A partir de la puberté, le muscle utérin s'hypertrophie rapidement pour atteindre son maximum de développement entre vingt et trente ans : à cette phase de la vie, il représente les deux tiers environ de la couche moyenne. Chez la multipare, cette dernière proportion persiste pendant quinze ou vingt ans sans grand changement, puis les fibres musculaires s'atrophient peu à peu et à soixante ans les proportions respectives du muscle et du tissu conjonctif reviennent à ce qu'elles étaient dans l'enfance. Au cours de la grossesse, il se produit un accroissement notable de la proportion des fibres musculaires, mais l'involution une fois achevée, l'utérus se retrouve chaque fois un peu plus pauvre en muscles qu'il ne l'était auparavant. Par contre, le tissu conjonctif, qui s'hypertrophie également sous l'influence de la grossesse, subit une régression moins complète ; c'est pour cette raison que l'utérus demeure plus gros. Du côté des vaisseaux on observe, pendant la régression, les mêmes phénomènes d'hypertrophie conjonctive : leur gaine s'épaissit et, pour quelques-uns, cette hypertrophie conduit à une oblitération complète. La sclérose utérine et la périartérite sont donc, dans une certaine mesure, un fait physiologique ; elles expliquent pourquoi, après la grossesse, les pertes menstruelles sont généralement plus abondantes et pourquoi, en cas de grossesse nouvelle, les contractions utérines sont moins énergiques : les fibres musculaires sont, en effet, moins nombreuses.

Pour expliquer les ménorrhagies, il faut donc supposer soit une exagération de la sclérose physiologique, due, par exemple, à une intoxication endo ou exogène, soit une congestion ou une stase quelconque (onanisme, excès vénériens, hygiène défectueuse, tumeurs utérines ou annexielles), soit une dystrophie de la fibre musculaire (chlorose, affections consomptives). En cas de tumeur fibreuse on remarque, en effet, que la proportion de tissu conjonctif est généralement supérieure à ce qu'elle devrait être à l'âge considéré ; dans les maladies consomptives plus ou moins aiguës (fièvre typhoïde, tuberculose), on trouve au contraire une atrophie marquée de l'élément musculaire.

Si donc, avec une circulation plus active, les fibres musculaires sont moins nombreuses ou moins puissantes, il se produira une véritable *insuffisance musculaire*, laquelle à son tour réagira sur la congestion et la stase existantes en les aggravant, absolument comme l'insuffisance des contractions musculaires au niveau des membres inférieurs favorise les stases et l'ectasie veineuse ; et ces divers phénomènes auront pour conséquence finale l'extravasation anormale de la lymphe ou du sang. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un cas d'œdèmes localisés héréditaires ayant déterminé la mort par obstruction laryngée, par M. T. W. Griffith.

La femme dont M. Griffith relate l'observation était sujette depuis sa naissance à des œdèmes localisés qui se manifestaient de préférence sur les mains, les pieds, les épaules, la poitrine et dans la région vulvaire et survenaient assez fréquemment, mais à des intervalles irréguliers. L'examen le plus minutieux ne décelait pas la moindre tare constitutionnelle; les urines ne renfermaient pas d'albumine; les règles, qui s'étaient établies à l'âge de quinze ans, avaient toujours été normales. Ajoutons que le père de cette femme avait été atteint de la même affection et avait eu, à trois reprises différentes, des troubles respiratoires assez graves; il était mort à l'âge de vingt-neuf ans, presque subitement, dans un accès de suffocation.

Cette malade était venue consulter l'auteur pour la première fois, il y a seize ans, à l'occasion de douleurs dysphagiques et de troubles respiratoires. A l'examen laryngoscopique, on avait pu constater une infiltration œdémateuse de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques; on envisageait l'éventualité soit d'une trachéotomie, soit de scarifications de la muqueuse laryngée, mais en quelques heures tout était rentré dans l'ordre.

Depuis cette époque, cette femme avait présenté de temps à autre des gonflements œdémateux localisés aux différentes parties du corps, sans que sa santé générale s'en fût jamais ressentie. Le gonflement était généralement pâle, quelquefois rosé, ne cédait pas à la pression, ne donnait jamais naissance à des vésicules ni à des bulles et apparaissait et disparaissait avec une égale rapidité. A deux reprises, elle avait eu des accidents particulièrement graves : une fois elle fut atteinte d'un œdème de toute la face et d'une partie du cuir chevelu, consécutif à un coup reçu sur le front; une autre fois, à la suite d'un mal de dents, le gonflement, ayant également débuté par la face, s'était étendu à la région sous-mentonnière, à l'épiglotte et aux cartilages aryténoïdes, causant une dyspnée assez intense; les lèvres, la face interne des joues et la langue étaient également tuméfiées; tous ces accidents avaient spontanément rétrocédé au bout de vingt-quatre heures. La patiente succomba dans les circonstances suivantes : elle s'était plainte le matin d'une sensation de gêne dans la gorge; vers midi, elle disait aller mieux et respirait, en effet, d'une façon normale, quand soudain elle porta la main à son cou, avec une expression d'angoisse et la face cyanosée; quelques instants après elle était morte.

En pratiquant l'examen microscopique du larynx, M. Griffith trouva un gonflement œdémateux de la muqueuse de cet organe, qui était tendue et pâle; les deux parois de la cavité étaient rapprochées au point de se toucher sur une longueur assez considérable.

Sur les coupes transversales, on remarquait que l'œdème n'était pas limité à la muqueuse, mais s'étendait aux couches plus profondes, voire aux muscles abducteurs qui ne pouvaient dès lors remplir convenablement leur fonction de dilatateurs de la glotte pendant l'inspiration. Le liquide œdémateux était de nature séreuse et ne renfermait ni sang, ni aucune matière colorante. Contrairement à ce qui a généralement lieu dans l'œdème du larynx, la substance propre des cordes vocales était elle-même atteinte.

L'auteur croit pouvoir rapprocher cette variété d'œdème de l'œdème dit angioneurotique, de celui qu'on observe à la suite de certaines intoxications médicamenteuses, dans l'arthrite rhumatismale ou goutteuse, dans diverses maladies du système nerveux, etc. (*Brit. Med. Journ.*, 14 juin 1902.) — S. J.

Dilatation par le pus d'un uretère surnuméraire, par M. John C. Munro.

L'observation relatée dans le présent travail est un exemple d'une complication peu commune dans un cas d'uretère double.

Elle concerne une femme de vingt et un ans, éprouvant depuis un certain temps des douleurs dans la région rénale droite. L'examen sous narcose permettait de constater à ce niveau une tumeur allongée qui se prolongeait jusque dans le petit bassin. En comprimant cette tumeur pendant l'examen cystoscopique, on voyait sourdre du pus par l'uretère droit, bien que le cathétérisme de ce même uretère ne ramenât que des urines à peine troubles. Croyant à une pyonéphrose, on pratiqua une incision lombaire, qui mit à découvert une tumeur kystique pleine de pus : ses adhérences aux parties voisines empêchèrent de la disséquer et l'on dut se contenter de la drainer. Cette poche fut prise pour le bassinet distendu; elle offrait, en effet, deux prolongements, l'un supérieur et l'autre inférieur : par le premier on ne put cependant découvrir le rein et par le second on ne parvint pas à glisser une sonde jusque dans la vessie. La patiente se rétablit bientôt et quitta l'hôpital avec un petit orifice fistuleux en voie de cicatrisation.

Trois ans plus tard, cette femme, enceinte de quelques semaines, se présenta de nouveau, se plaignant de violentes douleurs rénales; ses urines contenaient du pus. Dans la région lombaire droite se rencontraient tous les signes d'un vaste abcès qui fut aussitôt incisé : il s'en échappa une grande quantité de pus et, à partir de ce moment, les urines en renfermèrent beaucoup moins. Mais, au bout d'un mois, la malade, qui souffrait toujours, réclama une opération plus radicale; malgré son état de grossesse, on se décida pour la néphrectomie.

En se guidant sur l'orifice fistuleux laissé par la précédente incision, on put isoler un sac de forme à peu près triangulaire, en arrière duquel existait un nouvel uretère : celui-ci permit à son tour de retrouver le rein. Le sac aboutissait au rein par en haut et à la vessie par en bas : de ce côté, son calibre redevenait à peu près normal, mais sur son trajet s'était formée une anse, en forme d'*oméga*, rendue fixe par le tissu scléreux qui s'était développé autour d'elle; cette anse expliquait donc et la dilatation de cet uretère surnuméraire et l'impossibilité de pousser une sonde jusqu'à la vessie : il était probable que, lors du premier examen cystoscopique, la sonde urétérale avait glissé dans l'uretère sain, d'où l'absence de pus dans les urines recueillies.

Après extirpation du sac et ligature de ses extrémités, la plaie fut tamponnée à la gaze; elle guérit par seconde intention. Quatre mois après l'opération, la malade allait très bien. (*Ann. of Surgery*, mai 1902.) — R. DE B.

Une nouvelle opération pour rétroversion utérine, par M. J. M. Baldy.

Webster (de Chicago) a décrit une opération consistant à faire passer les ligaments ronds, repliés en forme d'anse, à travers une boutonnière pratiquée dans le feuillet postérieur du ligament large, et à les suturer l'un à l'autre en arrière de l'utérus. Mais ce procédé a parfois pour effet de soumettre les ligaments ronds à une énorme tension, en sorte que les sutures peuvent céder ou déchirer les tissus.

Pour éviter cet inconvénient, M. Baldy sectionne simplement les ligaments ronds au ras de l'utérus : une petite ligature placée sur leur moignon prévient toute hémorrhagie de l'artère qu'ils renferment. Les bouts libres des ligaments sont ensuite conduits, comme dans le procédé de Webster, à travers le feuillet postérieur du ligament large et suturés à la face postérieure de l'utérus préalablement redressé. La hauteur de leur implantation varie avec le degré de redressement nécessaire. Cette suture suffit généralement à arrêter du même coup l'hémorrhagie des bouts périphériques du ligament rond; sinon, une ligature assurerait l'hémostase. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Recherches comparées sur la pigmentation de la peau et la composition des urines pendant la grossesse, par M. G. J. Wychgel.

Les pigments de la peau se divisent en deux grandes classes, suivant qu'ils contiennent du fer (*hémochromatoses*) ou qu'ils en sont dépourvus (*mélanines*), les premiers seuls provenant de la décomposition des globules rouges du sang. De nombreux dermatologistes pensent que la pigmentation gravidique de la peau relève des mélanines; M. Wychgel établit au contraire que la matière colorante qui intervient ici appartient à la classe des hémochromatoses.

Dans trois fragments de peau, pris chez des femmes gravides au niveau de la ligne brune (à l'occasion de laparotomies), il a pu, en effet, démontrer la nature ferrugineuse du pigment au moyen de la réaction du ferrocyanure de potassium. Les pièces avaient été durcies à l'alcool, mais, auparavant, avaient été plongées dans une solution faible de sulfure d'ammonium : faute de cette précaution, une partie du fer se dissout dans l'alcool; ainsi s'expliquent les résultats négatifs de quelques auteurs.

L'examen histologique de ces fragments de peau montra que le pigment n'existait qu'en très petite quantité dans l'épiderme; la plus grande partie se trouvait dans le derme, au-dessous de la couche des cellules de Malpighi; il y était déposé à la périphérie des cellules et non dans leur intérieur, ce qui prouve qu'il arrive à ce niveau à l'état de dissolution. Il faut donc admettre que, pendant la grossesse, il y a un certain degré d'hémolyse, c'est-à-dire de dissolution des globules rouges dans le plasma sanguin.

Ajoutons qu'ayant examiné à ce point de vue les urines de 6 femmes (3 gravides, 3 non gravides), M. Wychgel a constaté que la grossesse détermine en général une légère augmentation de la quantité de fer excrétée par les urines : cette observation confirme la conclusion précédente. Quant à la cause de cette hémolyse, on peut l'attribuer à la *déportation* des cellules de la périphérie de l'œuf, autrement dit au fait de leur pénétration dans le torrent circulatoire. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 septembre 1902.) — R. DE B.

Examen radiographique des pieds plats, par M. F. S. Meijers.

Chez beaucoup de personnes n'offrant aucun signe apparent de pied plat, mais se plaignant de douleurs tarsalgiques qu'on ne savait à quelle cause rattacher, M. Meijers a pu démontrer par la radiographie l'existence d'un degré léger de pied plat.

Quand on prend l'image radiographique d'un pied normal, le sujet étant d'abord assis, puis debout, les deux images ainsi obtenues sont identiques. En effet, chez un individu sain, la cambrure du pied demeure la même dans les deux attitudes; par suite de cette cambrure du pied, le plan des surfaces articulaires de la première articulation tarso-métatarsienne est dirigé de haut en bas et d'avant en arrière : il en résulte que, sur une projection horizontale du squelette pédieux, l'extrémité postérieure, et notamment la saillie du tubercule du premier métatarsien, semble s'engager dans une certaine mesure au-dessous du premier cunéiforme; sur une image radiographique, ce tubercule apparaît donc sous forme d'une petite saillie triangulaire, opaque, puisqu'elle est recouverte par le cunéiforme, et à sommet dirigé en arrière. Mais si, en faisant tenir debout le sujet, ce triangle opaque diminue ou disparaît, ou même si le contour triangulaire du tubercule métatarsien se profile en avant du premier cunéiforme, on a là une preuve que, sous l'influence du poids du corps, la voûte plantaire s'est affaissée.

La radiographie décèle en outre, dans le pied plat, quelques autres particularités : le gril métatarsien offre des intervalles un peu plus considérables, le sésamoïde externe est un peu plus déjeté en dehors et l'interligne de Lisfranc est un peu plus étendu, quand le malade est debout, que lorsqu'il est assis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 août 1902.) — R. DE B.

Des suites éloignées de la trachéotomie, par M. E. J. Abrahams.

Les recherches dont nous résumons ici les résultats ont eu pour but d'élucider le rôle que jouerait la trachéotomie dans le développement de la tuberculose.

Pendant une période de onze ans (1887-1897), on a soigné à l'hôpital israélite d'Amsterdam 316 enfants diphtéritiques; sur ce nombre, 115 furent trachéotomisés et 201 ne le furent pas. M. Abrahams a pu retrouver 101 des premiers et 160 des seconds. Parmi ceux-ci, 8 sont morts, 138 sont bien portants, 3 sont sujets à de l'angine chronique, 1 présente des tumeurs ganglionnaires, 7 ont des affections légères des voies respiratoires, 3 sont atteints de tuberculose pulmonaire. Des 101 enfants trachéotomisés, 6 ont

succombé, 83 sont en bonne santé, 3 ont de l'angine chronique, 2 sont sourds-muets, 4 offrent des affections légères des voies respiratoires et 3 sont affectés de tuberculose pulmonaire.

L'auteur croit pouvoir conclure des chiffres précédents que la trachéotomie n'est pas un facteur évident de prédisposition tuberculeuse et que les observations faites à ce sujet par M. Landouzy tiennent peut-être à la très grande fréquence de la tuberculose infantile en France. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 juillet 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HONGROISES

Thyroïdite aiguë provoquée par l'iodure de potassium, par M. J. SELLEI.

La thyroïdite aiguë est généralement un processus pathologique bacillaire et métastatique : on connaît des thyroïdites consécutives à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, aux infections streptococciques et à la syphilis. Le cas que relate M. Sellei avait une étiologie moins banale.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, qui avait contracté la syphilis. Après 30 frictions mercurielles, l'auteur lui prescrivit une solution d'iodure de potassium à 5 %. La malade n'avait pris encore que deux cuillerées à bouche de cette solution, quand, se sentant très mal, elle fut forcée de faire venir le médecin. M. Sellei constata les symptômes d'un iodisme très intense (coryza, maux de tête, fièvre); en outre, on remarquait une tuméfaction à la région thyroïdienne, causée par le gonflement des deux lobes de la glande thyroïde, sur laquelle la peau était très tendue. La tumeur suivait les mouvements de déglutition et de respiration du larynx; elle n'était pas très sensible à la pression.

Par la suppression de la médication iodurée et l'emploi de moyens antiphlogistiques, on vint bientôt à bout de la tuméfaction thyroïdienne et des autres symptômes d'iodisme; la fièvre seule persista huit jours.

Cette femme n'ayant jamais eu de goitre, on dut admettre l'hypothèse de thyroïdite aiguë. On pourrait bien supposer que l'inflammation fut causée par la syphilis, mais l'accident en question était si intimement lié aux autres symptômes d'iodisme, que l'interprétation de M. Sellei — à savoir qu'il s'agissait d'une thyroïdite aiguë provoquée par la médication iodurée — paraît la plus vraisemblable.

Le corps thyroïde n'est pas l'unique glande exposée à s'enflammer sous l'influence de l'iodisme : M. Fürth a récemment relaté un cas où deux cuillerées à bouche d'une solution d'iodure de potassium à 5 pour 150 ont causé l'inflammation de la glande parotide. (*Orvosi Hetilap*, 8 juin 1902.) — S. F.

Kyste dermoïde portant obstacle à l'accouchement; ponction du kyste; délivrance normale, par M. I. TÓTH.

L'auteur a observé à la clinique de M. le professeur Tauffer (de Budapest) une femme de vingt-sept ans, qui déclarait sentir depuis cinq ou six années déjà une tuméfaction dans l'abdomen, ne lui ayant causé jusqu'alors aucun désagrément; se trouvant enceinte, elle voulait savoir si cette tumeur ne serait pas un obstacle à l'accouchement.

L'examen fit découvrir une grossesse normale de huit mois, avec fœtus vivant; en outre, on percevait, au-devant du sacrum, une grosseur du volume de deux poings, très tendue mais peu élastique, refoulant le segment inférieur de l'utérus vers le haut et en avant; cette tumeur n'avait qu'une mobilité très limitée.

Pendant une observation de quelques semaines, on ne remarqua aucun changement dans les dimensions et la situation du néoplasme, si bien que M. Tóth fut obligé de conclure qu'il faudrait ou bien diminuer préalablement la tumeur, ou bien sacrifier l'enfant au terme de la grossesse.

Il est prouvé qu'on peut extirper un néoplasme abdominal, chez une femme enceinte, sans troubler la marche normale de la grossesse, mais seulement lorsque ce néoplasme est mobile, et surtout quand il s'agit d'une tumeur ovarique; d'autre part, il est très risqué d'exposer une femme avec une cicatrice de laparotomie encore toute fraîche aux efforts de l'accouchement; l'auteur résolut donc d'attendre.

Le travail étant survenu, on ne tarda pas à se convaincre que la tumeur ne cédait pas à la pression de la tête, mais restait immobile, empêchant la présentation de se fixer. Des essais répétés de mobilisation du néoplasme ayant échoué, on se décida à en faire la ponction, au moyen d'un trocart, par le cul-de-sac postérieur. Un demi-litre d'un liquide sirupeux s'écoula, présentant les caractères du contenu d'un kyste dermoïde; la tête descendit dans le bassin et l'accouchement se termina sans encombre.

La palpation après l'accouchement démontra que la tumeur était devenue toute petite et qu'elle renfermait des particules osseuses. L'auteur est d'avis qu'il n'y aurait lieu de procéder à une intervention radicale qu'en cas de récidive. (*Orvosi Hetilap*, 11 mai 1902.) — S. F.

Evacuation spontanée d'un abcès rétropharyngien par le conduit auditif, par M. G. HAINISS.

L'observation que relate M. Hainiss concerne un enfant de onze mois qui, depuis deux semaines, toussait, était très inquiet et portait toujours sa main vers l'oreille. La tête était immobile et penchée sur le côté; quand le petit malade pleurait, il avait la voix nasonnante; on constatait des deux côtés, mais surtout à droite, un gonflement de tous les ganglions profonds et superficiels; la respiration était ronflante.

A l'inspection de la gorge, on remarquait derrière l'amygdale droite, à la paroi postérieure du pharynx, une tuméfaction que la palpation fit reconnaître pour un abcès rétropharyngien gros comme une noix. Rien ne pouvant faire admettre un traumatisme ou une spondylite préalables, on dut accepter qu'il s'agissait tout simplement de la suppuration primitive d'un ganglion rétropharyngien.

L'auteur voulut alors préciser le point où devait porter l'incision et fit une seconde palpation, l'enfant étant dans la position horizontale. Tout à coup, il sentit que la tumeur disparaissait sous son doigt et au même moment un flot de pus s'écoula par le méat auditif externe; en continuant à presser sur l'abcès, l'écoulement persista encore quelque temps, tout en devenant sanguinolent.

Ayant nettoyé le conduit auditif avec une solution boriquée, M. Hainiss se borna à prescrire des cataplasmes de farine de lin, à appliquer sur le côté droit du cou. Le lendemain il y avait encore un suintement minime de liquide séropurulent, mais au lieu et place de l'abcès on ne trouvait qu'un épaississement plat et diffus; le petit malade pouvait mouvoir la tête très librement; les ganglions, au palper, parurent plus petits; l'agitation nocturne cessa.

Les cas de ce genre semblent assez rares; M. Henoch en a signalé 2 et M. Bókay un, mais dans ces faits l'écoulement par l'oreille ne se produisit qu'après l'incision de l'abcès par la gorge. (*Orvosi Hetilap*, 25 mai 1902.) — S. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La levure de bière dans le traitement des éruptions varioliques.

M. le docteur Conche (de Lyon) vient de faire connaître que, au cours d'une épidémie de petite vérole, survenue en 1899, il a eu l'occasion de traiter 8 malades, dont 3 atteintes de variole et 5 de varioloïde, par l'emploi de la levure de bière, qui, comme on le sait, a été également utilisée dans le même but par M. le docteur S. Pietri (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 64). M. Conche administrait, tous les jours, 2 ou 3 cuillerées à bouche de levure de bière fraîche délayée soit dans de la bière, soit dans tout autre véhicule destiné à masquer le mauvais goût du médicament, lequel est susceptible de déterminer des nausées, voire même des vomissements.

Sous l'influence de ce traitement, la fièvre ne tarderait pas à s'abaisser, en même temps que les pustules, entravées dans leur développement, subiraient une dessiccation rapide, sans entraîner ni suppuration, ni formation ultérieure de furoncles, comme cela s'observe souvent à la suite de la variole. Enfin, les cicatrices seraient moins profondes que d'habitude.

En présence de ces résultats, notre confrère serait porté à employer la levure de bière, en temps d'épidémie de variole, non seulement dans les cas confirmés de cette affection, mais aussi à titre préventif.

A propos du traitement de l'avortement habituel par le chlorate de potasse.

Nous avons récemment signalé les bons effets que M. le docteur S. Remy, agrégé libre à la Faculté de médecine de Nancy, obtient dans le traitement des avortements à répétition par l'emploi du chlorate de potasse (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 320). Ce moyen, préconisé contre les maladies du placenta par Sir James Y. Simpson, est également utilisé depuis de longues années par M. le docteur R. Jardine, médecin en chef de la Maternité de Glasgow. Tandis que M. Remy n'administre le chlorate de potasse qu'à la dose quotidienne de 0 gr. 20 centigr., M. Jardine en prescrit 0 gr. 60 centigrammes, répétés trois fois par jour (après les repas), et cela pendant toute la durée de la gestation, à partir de la fin du troisième mois. Or, malgré l'usage prolongé du médicament à des doses aussi élevées, notre confrère anglais n'a jamais eu à enregistrer le moindre accident, et il considère l'emploi du chlorate de potasse comme le meilleur moyen prophylactique de la mort habituelle du fœtus dans les cas où la syphilis n'est pas en cause.

Emploi de l'eau oxygénée pour l'épilation.

Utilisée couramment comme décolorant des cheveux, l'eau oxygénée a été aussi préconisée pour faire disparaître les taches de rousseur. Or, en expérimentant les applications de peroxyde d'hydrogène contre les éphélides, M. le docteur P. Gallois (de Paris) a été à même de constater que ces applications sont susceptibles de détruire les poils anormalement pigmentés. Depuis lors, notre confrère emploie l'eau oxygénée pour l'épilation, en procédant de la façon suivante : après avoir imbibé un tampon de coton de peroxyde d'hydrogène, il l'applique sur la région qu'il se propose d'épiler et le laisse en place pendant quelques minutes. Sous l'influence de cette manœuvre, répétée tous les jours, on ne tarderait pas à voir les poils pâlir et se transformer en un duvet imperceptible. En continuant le traitement assez longtemps, on finirait par obtenir la disparition de ces poils, qui se casseraient, mais ne seraient cependant pas complètement détruits, de sorte qu'il serait nécessaire de recommencer les applications.

Le procédé en question présenterait sur les moyens habituellement employés contre l'hypertrichose (épilation instrumentale, électrolyse, préparations épilatoires, etc.) l'avantage d'être simple et indolore et de n'occasionner ni irritation, ni accident quelconque.

Traitement de la migraine ophtalmique par le massage des yeux.

Ayant eu l'occasion d'obtenir, au moyen du massage des yeux, la guérison rapide d'un cas de céphalée rebelle, localisée au-dessus de l'arcade sourcilière, M. le docteur I. Capauner (de Mulhouse) a été amené à appliquer le même procédé de traitement contre la migraine ophtalmique, dans l'étiologie de laquelle le surmenage des yeux et l'irritation des nerfs ciliaires par l'astigmatisme jouent, comme on le sait, un rôle assez important.

Notre confrère a traité de la sorte 12 cas de scotome scintillant, dont 3, très graves et invétérés (remontant à un an, dix ans et vingt-deux ans), avaient résisté à tous les moyens employés antérieurement. Sous l'influence du massage des yeux, tous ces malades ont guéri. Les attaques simples de migraine ophtalmique disparaissaient généralement après une seule séance et ne se reproduisaient plus que d'une manière tout à fait exceptionnelle, et encore ces rechutes ne tardaient-elles pas à céder à quelques nouvelles séances de massage. Dans les cas graves, le traitement a été continué pendant plusieurs semaines (et même durant quatre mois chez un patient), mais dès les premières séances les crises devenaient de moins en moins fréquentes pour cesser bientôt complètement, et les trois malades de cette dernière catégorie n'ont plus présenté de rechute, bien que la cure remonte respectivement, chez eux, à quatre mois, un an et demi, et deux ans.

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. G. DENY.

L'agitation, ses causes et son traitement.

En parcourant les diverses parties du service, vous avez été sans doute un peu impressionnés à la vue d'un certain nombre de malades qui attirent immédiatement l'attention par la mobilité de leur physionomie, la brusquerie de leurs mouvements et le désordre de leur langage. Ce sont ces malades que l'on désigne vulgairement sous le nom d'agitées, et ce sont à peu près les seules que le public consente à considérer comme de véritables aliénées. Rien cependant n'est moins exact, comme vous le savez déjà, et je vous montrerai dans un instant que l'agitation, loin d'être l'apanage exclusif des états d'aliénation mentale, peut s'observer avec des caractères presque identiques dans un très grand nombre de maladies somatiques; mais auparavant permettez-moi de vous exposer brièvement les principaux caractères de l'agitation, en les empruntant aux sujets que vous venez de voir.

Vous vous souvenez d'abord de cette petite malade que vous avez aperçue en entrant dans la salle de bains : c'est une jeune fille de vingt ans à peine, qui vous a assourdis de son bavardage, en même temps qu'elle exécutait avec la tête, les bras et les jambes, les mouvements les plus variés; cela dure depuis bientôt quatre mois presque sans interruption, aussi bien la nuit que le jour, avec simplement quelques oscillations en plus ou en moins. Quant au langage de cette patiente, vous avez pu remarquer que c'est une interminable enfilade de mots, à l'assemblage desquels le hasard seul semble avoir présidé; c'est un simple produit de l'automatisme cérébral, dont les quelques lignes suivantes, recueillies au vol de la plume, vous donneront une image assez fidèle : « France et Anglais pour avoir mérité moi-même la Légion d'honneur, nous reconnaissons l'électricité. Seule moi-même Mathilde, Léontine B... générale devant mon père avoir reconnu les groseilles pour moi-même devant Saint-Cyr, même avoir reçu l'empereur pour la France, etc... »

A côté de cette malade vous en avez vu une autre, également jeune — elle n'a pas trente ans —, turbulente, familière, presque effrontée, au regard hardi, à la démarche désordonnée, qui parle avec la même volubilité et dont le langage, en apparence du moins, ne présente pas beaucoup plus de cohérence. En y prêtant cependant une attention un peu soutenue, on s'aperçoit facilement qu'au lieu d'être formées de mots n'ayant aucun lien entre eux, les phrases sont grammaticalement correctes et que, si elles restent incompréhensibles, c'est que, les associations d'idées étant trop rapides, la parole n'est pas assez prompte à les exprimer, d'où de nombreuses ellipses qui finissent par rendre le discours complètement chaotique.

Une autre différence, du reste assez grossière, sépare ces deux malades : c'est que la première n'est nullement influencée par l'entourage, tandis que la seconde en reçoit une série d'impressions qui en évoquent d'autres contradictoires, et ce mélange de souvenirs et de perceptions nouvelles vient encore contribuer à augmenter, en apparence du moins, l'incohérence du langage. Si j'ajoute que celui-ci est émaillé de jeux de mots, de traits visant à l'esprit, de remarques caustiques, etc., alors que dans celui de la première patiente on constate une tendance manifeste à l'exagération de la personnalité, aux idées de grandeur, je vous en aurai dit assez pour vous faire pressentir, en m'en tenant seulement aux caractères mêmes de leur agitation, que l'affection de ces deux jeunes femmes est de nature bien différente. La première, en effet, est atteinte d'hébéphrénie, c'est-à-dire d'une des variétés les mieux établies de la démence précoce dont je vous ai décrit l'histoire l'année dernière; vous connaissez, par conséquent, l'avenir qui lui est réservé. La seconde, au contraire, est sous le coup d'un simple accès de manie périodique, qui disparaîtra comme ceux qui l'ont précédé, pour se reproduire, il est vrai, encore un grand nombre de fois, mais non pas cependant sans permettre un rétablissement complet des facultés intellectuelles dans leur intervalle.

Si je me suis un peu appesanti sur ces malades, c'est qu'elles représentent non pas seulement deux types très communs d'agitation, mais aussi deux types morbides actuellement très bien différenciés; aussi m'a-t-il été possible d'affirmer sans hésitation leur nature. Mais, je me hâte de l'ajouter, ce sont là des faits exceptionnels, et le plus ordinairement vous serez obligés, pour reconnaître la véritable origine d'un accès d'agitation, de faire appel à des caractères extrinsèques tirés de l'anamnèse, de l'état physique, des symptômes concomitants, etc., etc., comme j'aurai à vous le dire bientôt.

Je passe maintenant rapidement sur quelques autres types d'agitées rencontrées au hasard de la visite, et seulement pour vous les graver dans l'esprit, telle cette vieille démente que vous avez vue se cognant perpétuellement la tête d'un mouvement brusque et saccadé contre le dossier en cuir du fauteuil sur lequel elle est assise et prononçant en même temps quelques mots inintelligibles; telle cette autre, démente aussi, qui, quoique au bain, chantait à tue-tête un refrain de café-concert, en frappant en mesure dans ses mains; telle encore cette jeune imbécile qui, échappant à la surveillance des deux infirmières qui la gardent, s'est précipitée en courant comme une furie dans la cour, où elle s'est roulée à terre en poussant des cris rauques et inarticulés.

Je n'en finirais pas si je voulais vous tracer le tableau, même abrégé, de toutes les variétés que peut revêtir l'agitation au cours des maladies mentales; je m'en suis tenu aux plus répandues, les formes graves et prolongées qu'on observait autrefois étant devenues exceptionnelles depuis qu'on n'a plus recours à la force et aux moyens mécaniques de contention pour maîtriser les aliénées. Au reste, les quelques types cliniques que je viens de vous rappeler vous donnent une idée assez nette de l'agitation, pour qu'il me soit possible d'aborder maintenant l'objet principal de notre réunion d'aujourd'hui, à savoir l'étude de l'agitation envisagée d'une façon générale, aussi bien dans les maladies somatiques que dans les affections psychiques.

Sous le nom d'*agitation* ou d'*excitation*, on désigne un complexus symptomatique caractérisé surtout par des troubles du langage et du mouvement : les premiers consistent en un verbiage incohérent, des propos décousus, des expressions grossières, des chants, cris, vociférations, etc.; les seconds, en une impossibilité de rester en place, un besoin incessant de changer de position, en gestes désordonnés accompagnés de sauts, danses, gambades, bris d'objets, lacération de vêtements, actes de violence, etc.

L'agitation, vous avez pu vous en apercevoir déjà, comporte une infinité de degrés, mais on peut en distinguer, un peu schématiquement d'ailleurs, trois principaux : lorsque les troubles du langage dominent la scène et que ceux du mouvement sont nuls ou peu marqués, l'agitation prend le nom d'*excitation*; la loquacité ou le bavardage associé à des mouvements brusques et désordonnés constitue l'*agitation proprement dite;* celle-ci devient de la *fureur*, lorsque ces deux ordres de phénomènes sont portés à leur plus haut degré, que les malades crient, hurlent, brisent et se livrent à toutes sortes d'actes impulsifs.

Mais vous n'auriez qu'une notion tout à fait incomplète et inexacte du concept de l'agitation, si vous vous borniez à la constatation de ces désordres moteurs et verbaux; à côté, en effet, de ces phénomènes bruyants et impossibles à méconnaître, tout malade agité en présente d'autres, plus effacés, mais non moins importants, qui tous dénotent une profonde perturbation des différentes formes de l'activité psychique. Tels sont, par exemple, l'abolition plus ou moins complète de l'attention volontaire et spontanée, l'impossibilité d'associer deux idées entre elles, le trouble profond de la mémoire, la variabilité de l'humeur, la disparition des sentiments affectifs et moraux; les agités n'ont plus aucun sentiment des convenances, ils ne reconnaissent plus leurs parents ou ne manifestent aucune émotion à leur vue; souvent même ils les injurient et les frappent. Quant à la conscience, elle est loin d'être toujours abolie, contrairement à ce qu'on pourrait croire, pendant les crises d'excitation; quelquefois elle est simplement obnubilée; dans d'autres circonstances elle subsiste presque intacte, ainsi qu'en témoigne le souvenir des moindres particularités de leur crise que conservent quelques-uns des malades.

En dehors de ces troubles qui relèvent plus spécialement de la sphère intellectuelle et morale, il en existe d'autres intéressant la sensibilité.

L'examen méthodique des fonctions sensitives est, à vrai dire, impossible chez les agités à l'aide de nos moyens actuels d'investigation. Il résulte cependant d'un ensemble de constatations que, chez la plupart de ces sujets, les sensations tactiles, douloureuses et thermiques sont émoussées ou abolies; c'est à une insensibilité au froid et aux variations de température que l'on attribue en particulier la tendance de beaucoup d'entre eux à se découvrir, à quitter leurs vêtements et à braver, sans en paraître incommodés, toutes les intempéries des saisons. D'autres se coupent et se blessent, sans donner aucun signe de douleur.

Cette hypoesthésie cutanée coïncide souvent avec une hyperesthésie des sens, notamment de la vue, de l'ouïe et du sens génital. L'exaltation de cette dernière catégorie de sensations se manifeste par des attitudes lascives, des poses ou des gestes lubriques, et surtout par de l'onanisme. D'autre part, l'hyperacuité auditive et visuelle qui rend les malades si impressionnables au moindre bruit et à la lumière, s'accompagne fréquemment d'illusions et d'hallucinations dont la constatation est parfois difficile, mais que viennent en général trahir la mimique, certaines expressions de physionomie, ou encore des lambeaux de phrases manifestement adressées à des interlocuteurs invisibles. L'hyperesthésie du goût et de l'odorat est plus rare; la plupart des agités sont indifférents aux odeurs les plus désagréables et ne prêtent aucune attention à la nourriture qu'on leur donne; certains vont même jusqu'à manger leurs excréments, ce qui ne peut guère s'expliquer que par une profonde perversion de leurs sensations olfactives et gustatives.

Quant aux sensibilités réflexe et musculaire, elles sont également altérées : la première est, en général, accrue, comme le prouvent la brusquerie et la variabilité extrême des mouvements; la seconde serait plutôt atténuée ou abolie, étant donné que l'agitation peut durer plusieurs semaines et même plusieurs mois sans que les malades paraissent éprouver la moindre fatigue.

A ces désordres physiques, à peu près constants et directement en rapport avec l'agitation, il faut en ajouter quelques autres plus variables et qui lui sont moins étroitement liés, tels que l'insomnie, la céphalée, l'anorexie, la boulimie, la constipation, l'exagération de la sécrétion salivaire, la sputation, etc., etc. Les mêmes considérations s'appliquent aux troubles de la circulation, de la respiration et de la calorification qu'on peut observer au cours des crises d'excitation : ces troubles, sauf peut-être

un certain degré d'exagération de la pression artérielle, sur lequel M. Féré a attiré l'attention, sont toujours sous la dépendance des états morbides concomitants, et non de l'excitation elle-même.

Les fonctions de la vie végétative continuent également à s'accomplir à peu près normalement chez les agités, au moins autant que nous pouvons nous en rendre compte : les malades finissent bien à la longue par maigrir et perdre une partie de leurs forces, mais il ne faut pas oublier que leur alimentation est toujours plus ou moins défectueuse et que le sommeil leur fait presque totalement défaut.

Si incomplète qu'elle soit, cette rapide esquisse du tableau clinique de l'agitation suffit à vous prouver que ce syndrome est manifestement en rapport avec un trouble fonctionnel de tous les centres corticaux, non seulement des centres sensitivo ou psycho-moteurs, mais aussi des centres psychiques supérieurs où s'exercent la mémoire, la réflexion, le jugement, l'attention.

Ce trouble du fonctionnement du cortex reconnaît lui-même des causes très variées que l'on peut diviser, d'après leur mode d'action, en trois grands groupes, suivant qu'elles doivent être rattachées à une *infection*, à une *intoxication* ou à un *état d'épuisement*.

Dans le premier groupe nous rangerons toutes les maladies infectieuses au cours desquelles on peut observer de l'excitation ou de l'agitation proprement dite, telles que la variole, la scarlatine, l'érysipèle, la grippe, la pneumonie, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la rage, les encéphalites et les méningo-encéphalites, la méningite cérébro-spinale, la paralysie générale, le délire aigu, la confusion mentale, etc.

Le second groupe comporte deux subdivisions, suivant qu'il s'agit de l'introduction volontaire ou accidentelle de substances toxiques dans l'économie (hétéro-intoxications) ou, au contraire, de poisons fabriqués par l'organisme lui-même (auto-intoxications).

Les intoxications d'origine externe peuvent être aiguës (alcool, chloroforme, haschisch, belladone, oxyde de carbone) ou chroniques (alcool, plomb, morphine, cocaïne, etc.).

Quant aux états d'excitation d'origine autotoxique, ce sont ceux qui relèvent de l'urémie, de la maladie de Basedow, de la tétanie, de la démence précoce, etc., et aussi, d'après les travaux les plus récents, de l'épilepsie, de l'hystérie et de la chorée (Féré, Gilles de la Tourette et Cathelineau).

Enfin, la troisième catégorie des causes de l'agitation, que l'on réunit sous la rubrique d'épuisement, comprend tous les états dus à une usure excessive ou à un apport insuffisant des matériaux qui entrent dans la constitution de l'écorce cérébrale : c'est ainsi, du moins, que l'on explique l'action des hémorrhagies abondantes, de l'inanition, des affections somatiques de longue durée qui s'accompagnent de marasme, du surmenage, des veilles prolongées, de l'état puerpéral, de la grossesse, de la lactation, etc.

A côté de ces causes physiques, externes ou internes, il convient de réserver une place à part aux causes psychiques (frayeurs, violents traumatismes moraux). Ces causes sont en général insuffisantes à elles seules pour provoquer l'agitation, à moins qu'il n'existe un état très prononcé de *faiblesse irritable*, congénital ou acquis, du cerveau, qui constitue ce que l'on a appelé la *prédisposition nerveuse*. On peut, du reste, invoquer un autre mécanisme pour expliquer l'action des causes morales et soutenir que la perturbation qu'elles apportent dans le fonctionnement des principaux viscères retentit sur la nutrition de la cellule cérébrale et que, la prédisposition aidant, ce trouble nutritif suffit, sans l'intervention des autres moments étiologiques précédemment énumérés, à provoquer une crise d'excitation ou d'agitation.

Si l'on admet cette théorie, on est autorisé à faire rentrer l'agitation d'origine psychique dans la classe des agitations par auto-intoxication; il n'y a donc pas lieu, au point de vue pathogénique du moins, de constituer un groupe spécial pour les causes psychiques d'agitation. Il semble également légitime, dans l'état actuel de la science, de rattacher à un processus d'hétéro ou d'auto-intoxication l'agitation des maladies infectieuses et des états d'épuisement, de telle sorte qu'en fin de compte nous sommes amenés à considérer l'excitation ou l'agitation qui surviennent au cours d'un grand nombre d'affections, somatiques ou psychiques, comme relevant d'un seul et unique processus pathogénique, c'est-à-dire d'une *altération anatomique ou chimique des éléments constitutifs de l'écorce cérébrale*.

Nous pouvons maintenant, en nous appuyant sur ces données, aborder l'examen des moyens de traitement les plus rationnels de l'agitation. Mais auparavant, laissez-moi vous dire un mot de la question encore débattue de savoir quelles mesures il convient de prendre en présence d'un agité, c'est-à-dire des conditions dans lesquelles il faut se placer pour traiter un semblable malade. Il va sans dire qu'une distinction très nette s'impose ici entre les différentes catégories d'agités que nous avons passées en revue.

A-t-on affaire à un fébricitant simple (fièvre éruptive, pneumonie, fièvre typhoïde, érysipèle, etc.) atteint d'excitation intellectuelle accompagnée de quelques mouvements tumultueux, ce qui est le cas habituel, on pourra, si le malade est soigné chez lui, continuer à le traiter à domicile, à la condition de le faire surveiller jour et nuit par un infirmier qui ne devra s'absenter *sous aucun prétexte*. Il en sera de même, à plus forte raison, si le malade est soigné dans un hôpital ou une maison de santé, sous cette réserve qu'il sera placé dans une chambre isolée — au mois de janvier 1901, la Société médicale des hôpitaux de Paris a demandé la création de chambres d'isolement pour les malades en cours de traitement, qui présentent de l'agitation — toujours sous la surveillance d'un gardien. On aura soin, en outre, de ne laisser à la portée du patient aucun ustensile ou objet dont il pourrait se faire une arme contre lui-même ou contre les autres.

Se trouve-t-on en présence d'un fébricitant halluciné avec accès de panophobie, tendance aux actes impulsifs (délire aigu, delirium tremens, rage, etc.), on pourra encore le soigner chez lui ou dans un hôpital ordinaire, mais en réalisant un isolement plus absolu, en observant d'une façon plus sévère les prescriptions précédentes, et surtout, en plaçant auprès de lui deux infirmiers au moins.

S'agit-il enfin d'un aliéné proprement dit, avec ou sans accidents fébriles concomitants (paralysie générale, démence précoce, folie maniaque dépressive, confusion mentale, psychose hallucinatoire aiguë, fureur épileptique, états d'excitation hystérique, etc.), il sera nécessaire, dans la majorité des cas, d'avoir recours à la maison de santé ou à l'asile, et cela non pas tant à cause de l'intensité de l'agitation, qui parfois pourra être modérée, qu'en raison de sa longue durée probable, de ses retours offensifs, et surtout de l'impossibilité de traiter ailleurs que dans un milieu spécial l'affection dont cette agitation ne constitue plus seulement un épiphénomène, mais un élément fondamental.

Ce qui autorise, en effet, à conserver chez eux ou dans un hôpital ordinaire les malades des deux premiers groupes, même dans les cas d'agitation violente, sinon de fureur, c'est le caractère éphémère et paroxystique de cette agitation, et sa disparition, le plus souvent complète et définitive, avec la maladie qui l'a provoquée. Tel n'est pas le cas chez les patients de la troisième catégorie (paralytiques généraux, déments précoces, maniaques intermittents, etc.); même dans leurs périodes de calme, en effet, ces sujets sont presque toujours dans un état de subexcitation qui se transforme brusquement en agitation sous le moindre prétexte, et sans que rien puisse le faire prévoir.

Il ne faut pas oublier, en outre, que chez les maniaques dépressifs et chez les déments précoces, l'agitation peut persister plusieurs mois et même plusieurs années (Kräpelin). Il en est d'ailleurs de même, avec il est vrai des intervalles de calme, dans certaines formes graves d'hystérie accompagnée d'hallucinations, d'auto ou d'hétéro-suggestions délirantes, etc., qui rentrent manifestement dans le cadre de l'aliénation mentale.

Que le malade soit traité dans un milieu hospitalier ou familial — et c'est en cela que ce chapitre de thérapeutique symptomatique est pour vous de haute importance — vous devrez chercher à le calmer par une série de moyens qui découlent naturellement des données pathogéniques que je vous ai exposées.

Les principales indications du traitement sont : de *combattre l'éréthisme des centres nerveux;* de *favoriser l'élimination des produits toxi-infectieux* emmagasinés dans la cellule cérébrale; enfin de *relever la nutrition*.

Deux ordres d'agents, les uns physiques, les autres médicamenteux, satisfont à la première indication. Parmi les moyens physiques, nous rangeons l'alitement, les bains tièdes prolongés ou permanents, et les enveloppements humides.

L'alitement consiste, comme vous le savez, dans le maintien au lit des malades aussi bien pendant le jour que pendant la nuit. Obligatoire pour les fébricitants, le séjour au lit n'est pas moins recommandable pour les agités apyrétiques, le plus souvent anémiés, épuisés, qui trouvent dans la position horizontale les conditions les plus favorables au repos du corps et de l'esprit. Les effets physiologiques et thérapeutiques de l'alitement ayant été étudiés longuement dans ces dernières années, notamment par MM. Sérieux et Farnarier (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 337-341), je n'y insisterai pas. Il n'y a plus, du reste, à faire l'éloge d'une méthode de traitement qui est aujourd'hui presque universellement employée en Allemagne et en Russie, et qui a été également expérimentée en France avec succès (Magnan, Joffroy, Sérieux); je me bornerai seulement à vous rappeler que ce maintien au lit ne doit jamais être obtenu à l'aide de moyens mécaniques : camisoles de force, liens, entraves de toutes sortes, doivent être absolument bannis de la thérapeutique, ces engins, en dehors des accidents qu'ils ont occasionnés, n'ayant jamais eu d'autre résultat que de surexciter les agités, de les rendre farouches et agressifs, et de transformer en fureur un simple accès d'agitation.

Les *bains tièdes simples, prolongés ou permanents*, sont avec l'alitement le meilleur sédatif des centres nerveux; comme ces bains ont en outre une action antithermique bien démontrée (Netter), ils sont indiqués tant pour les agités fébricitants que pour les agités apyrétiques. Leur durée, toutefois, devra être beaucoup moindre chez les premiers que chez les seconds. Aux sujets atteints de maladies infectieuses avec excitation légère, vous ne prescrirez que des bains assez courts, d'une demi-heure à une heure, que vous pourrez faire répéter deux ou trois fois par jour en vous guidant sur l'état général des patients et sur la marche de la température; au contraire, chez les agités chroniques dont l'état général est habituellement satisfaisant, la durée des bains devra être beaucoup plus longue, de cinq à six heures dans les cas d'excitation simple, de six à douze heures dans ceux d'agitation proprement dite.

Dans plusieurs cliniques étrangères, on ne se contente plus des bains tièdes plus ou moins prolongés, on laisse le malade jour et nuit dans sa baignoire, et cela, non seulement pendant plusieurs périodes de vingt-quatre heures, mais

même durant plusieurs semaines et plusieurs mois consécutifs. D'après le professeur Kräpelin (de Heidelberg) qui a mis cette méthode en honneur, aucune médication ne donnerait des résultats comparables à ceux du bain permanent chez les maniaques, les paralytiques excités et certains catatoniques agités (1). Si ce moyen thérapeutique ne s'est pas encore vulgarisé en France, il ne faut l'attribuer qu'à l'insuffisance numérique du personnel des asiles, les malades soumis au traitement par le bain continu devant être, cela va sans dire, l'objet d'une surveillance aussi assidue de nuit que de jour.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de bains permanents ou simplement prolongés, on aura soin de maintenir l'eau du bain à une température légèrement inférieure à celle du corps (33°, 34° ou 35°); on recommande habituellement, en outre, de laisser couler pendant toute la durée du bain un léger filet d'eau froide sur la tête du malade, ou, ce qui est moins inhumain, de lui recouvrir le front avec des compresses trempées dans l'eau froide. Cette précaution, qui a pour but de prévenir les congestions céphaliques, n'est réellement utile que chez quelques sujets et, le plus ordinairement, vous pourrez la négliger. Un inconvénient plus sérieux, qui peut résulter des bains trop prolongés, c'est de déterminer un état de faiblesse générale pouvant aller jusqu'au collapsus ou à la syncope: bien que ce soit là un accident excessivement rare, il faut être toujours prêt à y obvier, en ayant sous la main ce qu'il faut pour pratiquer une injection sous-cutanée d'éther ou de caféine. Vous serez du reste à peu près complètement à l'abri de ce danger, en n'ordonnant jamais de bains prolongés aux cardiaques et aux sujets profondément épuisés.

En général, les agités acceptent assez volontiers les bains prolongés pour qu'on n'éprouve pas de trop grandes difficultés à les y maintenir le temps voulu; dans certains cas cependant, à moins de disposer d'un personnel très exercé, on est obligé de fixer à la partie supérieure de la baignoire un couvercle en toile, muni à son extrémité antérieure d'un orifice permettant le passage de la tête.

Quand il vous sera impossible, faute d'une installation convenable, de faire administrer des bains prolongés, vous pourrez les remplacer par des *enveloppements humides* : le malade, complètement nu, est enveloppé soigneusement d'abord dans un drap trempé dans l'eau froide et tordu, et ensuite dans une ou deux couvertures de laine. Lorsque, au bout d'une demi-heure à une heure, la réaction s'est produite et que le patient commence à transpirer, on le recouche dans un lit chauffé où il continue à faire sa réaction et où quelquefois il s'endort pendant une ou deux heures. Cette médication peut être renouvelée deux ou trois fois par jour chez les sujets qui réagissent franchement; elle n'offre aucun inconvénient et est souvent suivie d'une détente de l'agitation. Elle convient surtout chez les malades dont la température est très élevée (délire aigu, delirium tremens, etc.).

Le drap mouillé agit, comme les bains froids, en soustrayant une certaine quantité de calorique et en provoquant un appel de sang à la périphérie.

Pour diminuer la pression artérielle, souvent accrue chez les agités, on a aussi conseillé les *bains sinapisés* et le *drap mouillé sinapisé*. Chez les épileptiques notamment, d'après M. Féré, les accès d'excitation maniaque seraient très favorablement influencés par cette médication révulsive; vous pourrez donc y avoir recours, à la condition de surveiller attentivement son action, car elle détermine très facilement des érythèmes très douloureux et très tenaces de la peau du scrotum.

(1) P. SÉRIEUX. Traitement des états d'agitation par le bain permanent. (*Rev. de psychiatrie*, 1902, p. 129.)

Les agents pharmaceutiques qui ont été vantés pour calmer l'éréthisme des centres nerveux sont très nombreux, et il n'est presque pas de jour où l'on n'en signale un nouveau. En réalité, il n'y a guère que deux médicaments qui soient couramment employés dans le traitement de l'agitation, le *bromure de potassium* et le *chloral;* encore faut-il ajouter que l'on tend de plus en plus à en restreindre l'usage, les hautes doses auxquelles on est obligé de les prescrire pour en retirer des effets utiles constituant un véritable *restraint chimique* non moins condamnable que le *restraint mécanique*. Ce n'est guère que dans les états d'excitation intellectuelle modérée que ces substances vous rendront des services; dans les cas d'agitation motrice un peu intense, elles sont le plus souvent sans action : nous avons connu des malades qui absorbaient chaque jour 12 grammes de bromure de potassium et 6 grammes de chloral sans aucun résultat.

Un autre obstacle s'oppose souvent à l'emploi du chloral aussi bien que du bromure ; c'est la difficulté de les faire ingérer à des malades en proie à l'agitation. Il en est de même de la plupart des hypnotiques préconisés au cours de ces dernières années. Toutes ces substances, dont plusieurs sont déjà tombées dans l'oubli, ont, du reste, une activité moindre que celle du chloral, et si l'on est autorisé à les substituer quelquefois à ce dernier médicament, c'est surtout chez les sujets réfractaires à l'action du chloral ou chez lesquels cet agent a épuisé ses effets, ou bien dont l'excitation est très légère.

Contre les accès d'agitation motrice intense, deux médicaments jouissent d'une réelle efficacité : ce sont le *chlorhydrate d'hyoscine* et le *sulfate neutre de duboisine*. Ces deux alcaloïdes paraissent avoir une action élective sur les centres psycho-moteurs; quelques minutes après leur administration les jambes deviennent molles et flasques, la langue s'embarrasse, la gorge se sèche, la voix devient cassée, la pupille se dilate; le malade se couche et cherche de lui-même une position pour dormir. Pendant plusieurs heures il reste anéanti, moitié somnolent, moitié conscient de ce qui se passe autour de lui, mais incapable de faire aucun mouvement. Cet état dure cinq à six heures, au bout desquelles le patient reprend peu à peu l'usage de ses sens; pendant quelque temps il reste encore obnubilé, remuant difficilement la langue et les membres, se plaignant d'un léger mal de tête, puis au bout de vingt-quatre ou trente-six heures tous ces phénomènes disparaissent et le plus souvent l'agitation recommence. L'activité de l'hyoscine et de la duboisine ne saurait donc être contestée, et la quasi-spécificité de leur action sur la sphère motrice les rend réellement très précieux dans le traitement de certaines formes d'agitation grave ou de fureur. Mais comme ils ne sont pas non plus dépourvus d'inconvénients vous ne devrez les employer qu'avec beaucoup de prudence : vous éviterez, en particulier, d'y avoir recours chez les cardiaques et les individus profondément débilités; et chez les autres sujets vous n'en prolongerez jamais l'emploi au delà de quelques jours, parce que sous leur influence les malades perdent l'appétit, vomissent souvent et maigrissent toujours.

L'hyoscine et la duboisine peuvent être administrées par la bouche ou par la voie sous-cutanée ; on se sert pour l'un et l'autre usage d'une solution aqueuse au millième, exactement dosée, de façon à ce que 1 c.c. de cette solution corresponde à 0 gr. 001 milligr. de sel alcaloïdique. Pour obtenir un effet utile, administrez, en une seule fois, de ½ à 1 c.c. de la solution, soit mélangé à la boisson, soit en injection hypodermique, au moment du repas ou trois heures au moins après, mais jamais pendant la période digestive, sous peine de provoquer des vomissements.

La duboisine et l'hyoscine ayant sensiblement les mêmes effets, vous pourrez prescrire indifféremment l'un ou l'autre de ces médicaments : l'usage de l'hyoscine paraît être un peu plus répandu que celui de la duboisine, sans doute parce que sa toxicité est un peu moindre, mais son action thérapeutique est également inférieure; aussi est-on obligé d'en élever légèrement les doses : M. Magnan conseille de donner d'emblée 0 gr. 001 milligr. ou 0 gr. 0015 décimilligrammes de chlorhydrate d'hyoscine.

Les deux dernières indications du traitement de l'agitation ne nous arrêteront pas longtemps, car elles visent plutôt les affections sur lesquelles l'agitation est venue se greffer que celle-ci proprement dite.

L'élimination des produits toxi-infectieux qui sont supposés nuire au bon fonctionnement de la cellule nerveuse étant le principal but à atteindre, les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques trouvent ici leur emploi, de même que les injections sous-cutanées de sérum artificiel, les lavages de l'estomac, etc.; mais si rationnelle qu'elle soit, cette médication, il faut bien le reconnaître, n'a pas donné jusqu'ici de résultats vraiment sérieux, soit qu'elle intervienne trop tardivement, ce qui est le cas habituel, soit — ce qui paraît aujourd'hui bien démontré — que les effets des poisons microbiens survivent à l'élimination de ceux-ci; vous devrez donc constamment l'associer aux calmants et aux sédatifs du système nerveux, et surtout à l'alitement et aux bains tièdes prolongés.

Contre l'état d'épuisement toujours plus ou moins marqué des agités, et pour relever leurs forces, ce qui constitue la troisième indication du traitement, vous accorderez une attention toute particulière au régime alimentaire.

L'inanition étant une cause très active d'agitation et l'expérience ayant prouvé que beaucoup d'états maniaques peuvent devenir incurables par le seul fait d'une privation mal entendue de nourriture, vous devrez veiller à ce que les agités soient suffisamment nourris, et ne pas hésiter à recourir à l'alimentation forcée et à la suralimentation au moyen de la sonde œsophagienne lorsqu'on éprouvera trop de difficultés à leur faire ingérer des aliments naturellement. Vous vous baserez pour l'emploi de ces moyens, applicables seulement aux agités apyrétiques, sur les indications fournies par la méthode des pesées fréquemment répétées.

Quant aux agités fébricitants, on se bornera à leur faire prendre chaque jour une quantité de lait suffisante pour prévenir une trop grande dénutrition; celle-ci est, du reste, moins à redouter chez ces malades, en raison du caractère habituellement transitoire de leur agitation.

En même temps qu'on suralimentera les agités chroniques, on leur administrera les différentes préparations préconisées au cours de ces dernières années à titre de reconstituants du système nerveux, tels que les glycérophosphates de chaux et de soude, la lécithine, etc.

En somme, de ce long exposé, vous devez retenir surtout que les principaux agents du traitement curatif de l'agitation sont : l'alitement, les bains tièdes prolongés et l'isolement temporaire et surveillé; les différents médicaments que nous avons passés en revue ne seront prescrits qu'à doses modérées et autant que possible pendant un temps très court.

Quant au traitement préventif, il est basé sur les mêmes principes que le traitement curatif et ne donne lieu, par conséquent, à aucune considération particulière.

Enfin, l'agitation étant, comme j'espère vous l'avoir démontré, un état morbide d'origine purement physique, vous ne vous étonnerez pas que je ne vous parle pas de *traitement psychique*. Il va de soi que les remontrances, les exhortations au calme, le rappel au sentiment des convenances, ne sauraient avoir aucune prise sur un agité; vous ne vous attarderez donc pas à ces moyens, vous souvenant seulement que la meilleure conduite à tenir pour le

médecin, en présence d'un tel malade, est de se montrer aussi sobre que possible de paroles, d'éviter de le contrecarrer trop ouvertement, de ne pas engager de discussions avec lui, et surtout de ne jamais répondre à ses provocations.

QUINZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 20 au 25 octobre 1902.

Séance du 20 octobre 1902.

Chirurgie du cœur et du péricarde.

MM. Terrier et **Reymond** (de Paris), *rapporteurs*. — Les plaies du cœur et du péricarde peuvent se présenter sous trois formes différentes : 1º la plaie intéresse en même temps le cœur et le péricarde; 2º elle n'intéresse que le cœur, le péricarde restant sain; 3º enfin le péricarde seul est lésé, le cœur étant indemne. L'intervention tendra de plus en plus, croyons-nous, à être la même, quelle que soit celle de ces éventualités qui se trouve réalisée. Aussi insisterons-nous surtout sur la plaie qui intéresse à la fois le cœur et le péricarde; c'est d'ailleurs le traumatisme le plus fréquent, celui qui a été l'occasion des plus beaux succès chirurgicaux.

Les procédés que l'on a employés pour l'ouverture de la paroi thoracique ont pour ainsi dire varié avec chacun des opérateurs, lors des premières interventions, et l'on peut, comme M. Ninni, les diviser en deux groupes : 1º procédés de thoracotomie avec résection permanente d'une ou de plusieurs côtes ou cartilages costaux; 2º procédés de thoracotomie au moyen d'un lambeau ostéo-musculo-cutané. Ces derniers sont les seuls qui, à notre avis, doivent être utilisés; en effet, la résection permanente ou bien est pratiquée sur une seule côte, et dès lors elle ne crée pas un jour suffisant, ou bien est faite sur plusieurs côtes, et dans ce cas elle laisse, pour l'avenir, le cœur privé de protection osseuse.

Nous avons répété sur le cadavre les divers procédés auxquels on a eu recours, et c'est au volet à charnière externe que nous donnons la préférence. Tout volet thoracique ayant une base externe et un bord libre placé un peu en dehors des articulations chondro-sternales, présente les avantages suivants : rapidité d'exécution, simplicité de l'hémostase, facilité de ménager la plèvre, grande étendue de la région cardiaque ainsi découverte, possibilité d'agrandir encore le champ opératoire en modifiant le manuel au cours de l'intervention. Si, en effet, l'on manque de jour en dedans et si l'on a besoin d'agrandir la brèche thoracique pour rendre la plaie cardiaque plus accessible, il suffira de prolonger en dedans les incisions horizontales et de soulever le lambeau cutané interne; après double ligature de l'artère mammaire, on attaquera à la gouge ou autrement le bord sternal, poursuivant la résection aussi loin qu'il sera nécessaire.

L'ouverture du péricarde et l'intervention sur le cœur peuvent être extra-pleurales ou intra-pleurales, ce qui ne signifie aucunement que dans le premier cas la plèvre ne sera pas ouverte, explorée, vidée du sang qu'elle contient, et qu'on n'interviendra pas sur le poumon; cela signifie seulement que, quelque conduite qu'on ait tenue par rapport à la plèvre, on a, à un certain moment, décollé son cul-de-sac, mis à découvert la face antérieure du péricarde et abordé celui-ci directement.

Dans le procédé auquel nous nous sommes arrêtés, sur le cadavre, on rabat le lambeau ostéo-musculo-cutané, dont la hauteur variera suivant le siège du traumatisme, en décollant soigneusement la plèvre d'avec le volet; pour cela, la main droite saisit le bord libre du lambeau et tend à le soulever, et la main gauche, coiffée d'une compresse, se glisse entre sa face profonde et la plèvre; celle-ci se décolle progressivement avec une grande facilité, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de pneumothorax.

La plèvre est traversée dans la majorité des cas, et l'on aperçoit la plaie pleurale au moment où l'on décolle ainsi la séreuse; il est facile alors de la fermer par une pince, mais la conduite du chirurgien peut varier suivant l'importance et la situation de la plaie; si, en effet, on voit le poumon dangereusement blessé, on peut, comme cela a été souvent fait, agrandir la plaie pleurale et prendre dans une pince le bord du poumon qui donne du sang. Mais une fois cette hémostase assurée, on se gardera de poursuivre l'opération à travers la plèvre et on se comportera exactement comme si celle-ci était indemne.

Nous cherchons donc à décoller le cul-de-sac pleural du péricarde, en commençant par la partie inféro-interne de la brèche. Le doigt entraîne la plèvre en haut et en dehors; en refoulant les tissus avec une compresse, on a facilement raison des adhérences qui retiennent en bas le cul-de-sac. En dedans, celui-ci est fixé par ses adhérences au muscle triangulaire, mais, comme MM. Delorme et Mignon l'ont dit avec raison, la plèvre est aussi adhérente à ce muscle qu'elle l'est peu au péricarde; il est donc inutile de chercher à séparer plèvre et muscle, et il suffit de désinsérer celui-ci de la face profonde du sternum en agissant avec la compresse.

Pour l'ouverture du péricarde, on profitera de la plaie existante, et on la fera aussi grande que la brèche thoracique le permettra. Si l'on glisse ensuite l'index et le médius de la main gauche sous le cœur, celui-ci tend à faire hernie et la face antérieure des deux ventricules apparaît alors en dehors du péricarde, de sorte qu'une plaie de cette région ne peut échapper à la vue; la même manœuvre permet de créer une hémostase momentanée et d'immobiliser le cœur. La fixité de cet organe peut être obtenue soit en le maintenant entre les doigts, soit en appuyant sa face antérieure contre le rebord supérieur de la brèche thoracique. Le premier point est ainsi placé et il est facile ensuite de terminer le surjet. Il ne reste plus qu'à fermer le péricarde et la plèvre, si celle-ci a été ouverte. Lorsqu'il faut pratiquer un drainage, le refoulement de la plèvre à gauche permet de drainer le péricarde et la plèvre non seulement d'une façon indépendante, mais en laissant les deux drains assez éloignés l'un de l'autre. La suture du volet remis en place n'offre rien de particulier.

Les corps étrangers du cœur doivent être étudiés avec les plaies de cet organe; il faut en effet qu'ils déterminent une plaie du péricarde et du cœur pour pénétrer jusque dans ce dernier; toutefois, par leur présence, ils peuvent modifier les symptômes et réclamer une thérapeutique spéciale.

Les aiguilles, du fait de leur fréquence, constituent le groupe le plus intéressant. L'innocuité relative des ponctions faites dans les cavités cardiaques pourrait faire penser que l'introduction d'une aiguille dans le cœur ne peut être elle-même que d'un pronostic bénin; il n'en est rien, puisque, d'après la statistique de M. Loison, 23 cas ont fourni 14 morts et 9 guérisons seulement, soit une mortalité de 60.8 %. Ce qui fait la gravité de cette forme de traumatisme, c'est que, tandis que le chas restant dans la paroi thoracique donne à l'ensemble de l'aiguille une certaine fixité, la pointe de celle-ci se dirige vers le cœur qui, du fait de sa mobilité, va se créer des lésions multiples. Une aiguille qui a pénétré dans le cœur doit donc être *toujours* et *tout de suite* extraite : toujours, en raison de la gravité de la lésion abandonnée à elle-même, et tout de suite, à cause des accidents mortels qui peuvent survenir d'un moment à l'autre, et aussi parce que, comme l'ont montré les expériences de M. von Oppel, l'extraction de l'aiguille présente d'autant plus de danger qu'elle est faite plus tardivement. Si l'aiguille a complètement disparu sous les téguments, ou même si son extrémité superficielle est mal perçue, il y a tout avantage à pratiquer un volet au lieu de la poursuivre à travers une incision. Au cas où il n'y aurait plus trace d'aiguille et où on aurait un doute sur sa présence et sur sa situation, la radiographie donnerait certainement de précieuses indications.

Si, pour le moment du moins, la chirurgie du cœur se limite au traitement des lésions traumatiques de ce viscère, il n'en va pas de même pour le péricarde, l'intervention opératoire trouvant des indications dans diverses affections médicales de cette séreuse.

La ponction du péricarde peut rendre quelques services, et, dans l'hydropéricarde notamment, elle paraît indiquée lorsqu'il existe des phénomènes de compression; mais elle ne peut guère avoir qu'un rôle palliatif, la cause mécanique de l'hydropéricarde ayant toute chance de persister. Dans la péricardite, la ponction est encore indiquée pour faire cesser les accidents de compression; quant à son action thérapeutique, dans le cas de péricardite séreuse rhumatismale, elle est acceptable, mais trop souvent discutable et infidèle.

Pour pratiquer la ponction du péricarde, il faut choisir entre les quatrième, cinquième et sixième espaces, et ponctionner soit *en dedans* des vaisseaux mammaires internes (Baizeau, Delorme et Mignon), de façon à éviter le cul-de-sac pleural, soit *en dehors* de ces vaisseaux, suivant la technique indiquée par M. le professeur Dieulafoy. Ce dernier procédé, en quelque sorte classique, vanté notamment par F. C. Shattuck (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 195), est fort simple, mais on lui reproche d'intéresser la plèvre. Dans les cas où le contenu du péricarde est supposé aseptique, on est autorisé à y avoir recours; toutefois, comme on n'agit jamais que sur des probabilités, il faut plutôt pratiquer l'ouverture franche du péricarde chaque fois que l'on craint la septicité de l'épanchement.

Dans la péricardite suppurée, la péricardiotomie est formellement indiquée; à cet égard, l'incision à travers un espace intercostal est aussi insuffisante que la ponction, et la méthode de choix consiste à réséquer un ou plusieurs cartilages costaux. En effet, sur 19 cas d'incision sans résection, il y a eu 6 guérisons seulement et 13 morts, tandis que 14 cas d'incision avec résection ont donné 8 guérisons et 6 morts.

M. Fontan (médecin de la marine). — J'ai eu deux fois l'occasion d'intervenir avec succès pour des plaies du cœur; ces observations ayant été publiées, je reviendrai seulement sur la deuxième (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 395 et 1902, p. 92), pour la compléter : tandis que mon premier opéré est toujours vivant, le second a succombé, au bout de cinq mois, à une embolie cérébrale; j'ai pu constater à l'autopsie que la cicatrice cardiaque était parfaite, mais il existait dans le ventricule un caillot adhérent à la cicatrice, qui a dû être le point de départ de l'embolie mortelle. Il y aurait, à ce point de vue, des expériences très importantes à instituer, pour déterminer s'il n'existe pas des conditions qui, dans la technique des sutures du cœur, favorisent la formation de caillots, et si l'on ne peut pas éviter ces conditions.

M. Villar (de Bordeaux). — J'ai précisément fait chez les animaux un grand nombre d'expériences concernant la technique de la suture des plaies du cœur. Le meilleur mode de suture est certainement le surjet, qu'il faut pratiquer en ayant le plus grand soin de passer le fil dans la paroi cardiaque sans qu'il atteigne la surface interne, de façon à éviter la production de caillots, ceux-ci pouvant causer, comme dans le cas que M. Fontan vient de relater, une embolie mortelle.

J'ai fait en outre, chez le chien, quelques tentatives d'incision ou d'excision partielle de la valvule mitrale, analogues à celles dont Sir Lauder Brunton a naguère fait connaître les résultats (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 87).

M. Delorme (médecin militaire). — J'ai songé également à intervenir sur la valvule mitrale, pour les cas de rétrécissement, et je me suis demandé si l'on ne pourrait pas essayer d'atteindre les cavités du cœur par les gros vaisseaux du cou.

M. Gallet (de Bruxelles). — Je désire dire quelques mots au sujet du massage du cœur, qui me paraît être une manœuvre inutile et dangereuse. J'ai répété l'expérience sur des chiens un grand nombre de fois et je n'ai jamais pu rappeler à la vie les animaux sur lesquels j'opérais. Dans 2 cas de syncope cardiaque chez l'homme, au début de la chloroformisation, j'ai eu recours au massage du cœur, pratiqué d'une façon rythmique, en même temps qu'on procédait à la respiration artificielle; j'ai pu constater, d'ailleurs, que cette dernière manœuvre avait pour résultat d'effectuer une sorte de massage indirect du cœur; dans ces deux cas le résultat a été nul, et le retour à la vie n'a pu être obtenu, même momentanément.

M. Vidal (de Périgueux). — J'ai massé le cœur, dans des expériences de laboratoire, chez un grand nombre d'animaux, et je n'ai pas observé la moindre tendance au retour à la vie. En revanche, j'ai vu souvent, après la mort apparente par le chloroforme, la vie revenir chez

des chiens auxquels j'avais fait une saignée abondante, par ponction de l'oreillette droite.

M. Delorme. — Jusqu'à plus ample informé, je considère, moi aussi, le massage du cœur comme une manœuvre tout à fait condamnable.

M. Faure (de Paris). — J'ai eu l'occasion de pratiquer un drainage du péricarde chez un malade de l'hôpital Saint-Antoine, le 25 juin dernier. Il s'agissait d'un homme qui présentait tous les signes d'un énorme épanchement péricardique, avec compression du cœur, arythmie, oppression, fièvre, état général mauvais.

L'incision du péricarde donna issue à 800 ou 1,000 grammes de liquide; à la suite de la décompression, le cœur reprit immédiatement son rythme normal; le péricarde fut drainé. Jusqu'au cinquième jour, la fièvre continua et l'état général se modifia peu. Puis, à partir de ce moment, il se produisit une grande amélioration et, après enlèvement du drain, on laissa la plaie se cicatriser. Mais du 17 au 20 juillet, l'oppression recommence, ainsi que l'arythmie. Un stylet introduit dans l'ancien orifice du drain permet d'évacuer de 700 à 800 grammes d'un liquide clair; il survient alors une nouvelle amélioration générale. A dater du 26 juillet, l'orifice s'agrandit, atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs et le liquide devient purulent et fétide. Le malade, sans souffrance, se cachectise peu à peu et finit par succomber le 1er septembre.

L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une *péricardite tuberculeuse*. Etant donnée la nature de la lésion, la terminaison ne pouvait guère être différente. Mais cette observation montre d'une manière évidente, d'abord l'effet immédiat de la décompression du cœur sur le rythme cardiaque, ensuite l'extraordinaire tolérance du cœur qui a continué, pendant plus d'un mois, à battre dans un péricarde ouvert et infecté.

M. Savariaud (de Paris). — Dans un cas de plaie du cœur pour lequel je suis intervenu, le pouls radial n'était pas perceptible et l'état du blessé semblait absolument désespéré. Le cœur était comprimé par un épanchement péricardique considérable que j'évacuai en incisant le péricarde; le pouls devint alors perceptible. Il existait sur le ventricule droit, près de la pointe, une petite plaie de quelques millimètres que je suturai facilement. Malheureusement mon opéré est mort d'infection cinquante-deux heures après cette intervention.

M. Mauclaire (de Paris). — Je suis intervenu dans un cas de plaie du péricarde compliquée de plaie de l'origine de l'artère pulmonaire, chez un jeune homme qui avait reçu un coup de lime dans le troisième espace intercostal gauche. J'eus assez de peine à passer un premier fil sur la plaie vasculaire, mais je terminai ensuite facilement la suture, qui comprit trois points séparés. Je fermai partiellement le péricarde, et drainai sa cavité, ainsi que la plèvre. Le malade succomba au bout de vingt-quatre heures.

M. Bégouin (de Bordeaux). — Dans une série d'expériences sur les animaux, j'ai essayé de combattre, à l'aide de la ponction aspiratrice du ventricule droit, les accidents immédiatement graves qui suivent l'entrée de l'air dans les veines; j'ai pu ainsi sauver des animaux qui étaient sur le point de mourir.

M. Faure. — Sur 4 cas d'entrée de l'air dans les veines, que j'ai observés, un seul a été grave, mais non mortel. Je crois qu'il y a un lieu d'élection pour cet accident, au niveau de l'angle de la jugulaire et de la sous-clavière droites; c'est toujours en ce point, en effet, que j'ai vu l'accident se produire.

Séance du 21 octobre 1902.

De l'anesthésie par l'éther.

M. Julliard (de Genève). — J'ai fait faire 9,289 éthérisations en vingt-cinq ans, et je n'ai pas eu un seul cas de mort. Trois fois seulement on a dû pratiquer la respiration artificielle, qui a très bien réussi. Je n'ai jamais observé d'accidents broncho-pulmonaires imputables à l'éther, et je suis persuadé que la plupart des pneumonies reprochées à cet agent anesthésique sont simplement des pneumonies infectieuses.

On doit, bien entendu, tenir compte des contre-indications de l'éthérisation : elles résultent surtout du mauvais état des voies respiratoires, des opérations sur la face, etc.

M. Monprofit (d'Angers). — J'ai employé 500 fois environ la narcose par l'éther et j'ai souvent observé des complications du côté des voies respiratoires. J'ai donc renoncé à ce mode d'anesthésie pour user exclusivement du chloroforme, qui, sur 5,800 cas, m'a donné un seul décès.

M. Reynès (de Marseille). — Je crois que l'emploi du mélange d'alcool absolu, de chloroforme et d'éther est particulièrement indiqué chez les sujets âgés ou profondément débilités, chez les individus atteints de lésions cardiaques, rénales ou broncho-pulmonaires, ainsi que dans les cas où l'opération doit être longue.

M. Villar. — Je suis absolument convaincu, d'après ma pratique personnelle, que l'éther est préférable au chloroforme, au point de vue de la mortalité.

M. Roux (de Lausanne). — On a l'habitude, pour l'éther, de compter dans les statistiques les morts post-opératoires lointaines, et l'on exagère peut-être. Je crois d'ailleurs que le grand danger de l'éther réside précisément dans son innocuité, par suite de laquelle on l'administre à profusion, sans y prêter l'attention nécessaire : à mon avis, il suffit de surveiller l'emploi de cet anesthésique pour éviter les complications post-opératoires. Le chloroforme m'a toujours paru donner autant de pneumonies post-opératoires que l'éther.

M. Reboul (de Nîmes). — Au point de vue de l'anesthésie générale, je n'ai qu'à me louer du chlorure d'éthyle, qui me paraît présenter de réels avantages. J'ai eu d'ailleurs l'occasion de me faire endormir par ce moyen, et je n'ai éprouvé aucune sensation désagréable.

De la trachéotomie suivie d'insufflation directe comme traitement de la mort apparente au cours de la chloroformisation.

M. Thiéry (de Paris). — La respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue ne nous paraissent pas suffisantes, dans bien des cas, pour combattre efficacement les accidents de la chloroformisation. Au contraire, la trachéotomie, suivie d'insufflation directe, semble devoir donner d'excellents résultats dans les cas de mort apparente au cours de la chloroformisation. J'ai eu l'occasion d'apprécier les avantages de cette méthode, qui m'a permis de rappeler à la vie des malades dont l'état paraissait désespéré. A mon avis, lorsque, dans une alerte chloroformique, on constate la dilatation de la pupille, il faut, sans perdre de temps, faire la trachéotomie, et, après avoir placé la canule, pratiquer l'insufflation directe.

Recherches expérimentales sur l'inclusion prothétique de paraffine.

M. Delangre (de Tournai). — Après avoir expérimenté l'inclusion prothétique de vaseline, nous avons eu recours à la paraffine fusible à 55°, qui nous paraît répondre aux données du problème consistant à introduire dans les tissus une substance solide, indifférente, liquéfiable par la chaleur, substance dont le point de fusion soit supérieur à la température maxima susceptible d'être atteinte par le corps humain.

Le massage expérimental ne parvient guère à mobiliser le bloc de paraffine et, de plus, la température développée lors de l'inclusion ne nuit pas à la sûreté de la méthode, puisque la coagulation de l'albumine des tissus ne s'effectue que de 60° à 70°.

Après trois mois de séjour intra-organique, on ne constate ni rétraction, ni tassement appréciables; le temps seul pourra nous renseigner sur les résultats éloignés, mais déjà les effets observés permettent d'espérer que l'injection de paraffine donnera des résultats moins éphémères que ceux de l'inclusion de vaseline, primitivement utilisée.

De la préparation du catgut.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — Je reste fidèle, pour la préparation du catgut, à la méthode originale de Lister, à laquelle je n'ai ajouté qu'une petite manœuvre, consistant dans l'immersion, au sortir de l'huile phéniquée, dans un bain d'essence de térébenthine.

J'emploie, pour mes sutures perdues, des fils très nombreux accumulés les uns au-dessus des autres. J'en ai souvent tamponné des masses volumineuses dans la cavité crânienne. Le fil de catgut, ainsi préparé, ne s'élimine jamais; il se fond en quelque sorte avec les tissus au milieu desquels il contribue à la réparation.

Selon moi, toutes les complications proposées pour stériliser autrement le catgut sont tout à fait inutiles.

Abcès osseux aberrants consécutifs à l'otite moyenne.

M. Cazin (de Paris). — On a relaté, dans le courant de l'année dernière, un certain nombre d'observations d'abcès aberrants développés, consécutivement à l'otite moyenne, au niveau des groupes cellulaires postérieurs de la mastoïde. J'ai eu l'occasion d'observer, chez un enfant de six ans, une localisation beaucoup plus anormale, l'abcès s'étant produit aux dépens de la partie inférieure du pariétal, à la suite d'une otite moyenne suppurée de nature grippale. Je trépanai d'abord l'apophyse mastoïde, qui était très douloureuse à la pression, sans y rencontrer de pus collecté; j'ouvris ensuite l'abcès postérieur et je trouvai, à plus de 4 centimètres en haut et en arrière du conduit auditif, un orifice de trépanation spontanée, au fond duquel on voyait la dure-mère épaissie. La réparation de la perte de substance fut très longue, et la guérison définitive ne fut obtenue que cinq mois après mon intervention.

Abcès cérébral otogène.

M. Lermoyez (de Paris). — Chez un malade auquel j'avais déjà fait un évidement mastoïdien, qui m'avait permis d'évacuer un vaste abcès extra-dural, je vis réapparaître les accidents graves qui avaient nécessité mon intervention; il y avait, notamment, de l'aphasie, ce qui me mit facilement sur la voie du diagnostic d'abcès cérébral. Je fis une trépanation au niveau de la fosse temporale et je pus ainsi évacuer la collection; après quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation, mon opéré a fini par guérir. C'est évidemment l'aphasie qui m'a fait choisir la voie temporale, et j'ai pu me rendre compte que, dans ce cas, la voie mastoïdienne aurait rendu bien difficile la toilette de l'abcès cérébral. Je crois d'ailleurs que, dans les cas de ce genre, il y aurait tout intérêt à associer les deux voies temporale et mastoïdienne.

M. Laurens (de Paris) relate une observation d'otorrhée chronique compliquée de deux abcès du cerveau et du cervelet, opérés avec succès.

Carie de la pointe du rocher consécutive à une otite moyenne chronique.

M. Goris (de Bruxelles). — J'ai été appelé, en juillet dernier, à donner mes soins à une jeune fille de vingt-quatre ans, qui, depuis deux mois environ, accusait des troubles visuels accompagnés de céphalée et de phénomènes généraux assez inquiétants. L'examen minutieux des symptômes me fit penser à une lésion profonde de la pointe du rocher, consécutive à une otite moyenne chronique.

J'opérai cette malade le 14 juillet, et après avoir curetté l'oreille moyenne, je fis une large trépanation temporale, de façon à pouvoir soulever facilement le lobe temporal. Je pus ainsi enlever un séquestre qui correspondait exactement à la pointe du rocher, et, à la suite de cette intervention, tous les troubles ont disparu.

Trépanation de l'apophyse mastoïde au thermocautère.

M. Gauthier (de Luxeuil). — L'incision des parties molles au thermocautère, pour la trépanation de l'apophyse mastoïde, me paraît présenter certains avantages, car elle permet une hémostase immédiate, sans aucune perte de temps; elle assure, d'autre part, un excellent drainage; enfin la plaie cutanée est beaucoup moins douloureuse qu'après l'incision au bistouri; j'ai pu en acquérir la certitude chez un malade qui avait été opéré successivement des deux côtés, au bistouri et au thermocautère. La trépanation de la mastoïde se fait d'ailleurs, ensuite, suivant la technique habituelle.

Destruction complète de la troisième circonvolution frontale gauche, suivie de guérison.

M. Berthomier (de Moulins). — Au mois de juin 1900, on m'amenait à l'hôpital un vieillard

de soixante-dix ans atteint d'une vaste fracture esquilleuse du crâne, qui laissait une large solution de continuité s'étendant de l'arcade sourcilière jusqu'à 2 centimètres environ en arrière du conduit auditif; le lobe frontal était presque entièrement détruit, excepté dans sa partie interne. Je fis un nettoyage soigné de la plaie, en enlevant tous les corps étrangers qui souillaient les circonvolutions intéressées, et je rapprochai les lambeaux flottants de la dure-mère déchirée. Malgré l'étendue et la gravité des lésions, le malade a guéri. J'ajoute que cet homme était gaucher: aussi, bien que la circonvolution de Broca fût détruite, n'a-t-il présenté aucun trouble de la parole.

Traitement des cancers de l'arrière-gorge.

M. Faure. — J'ai pratiqué 25 fois des interventions pour des cancers de l'arrière-gorge. J'ai renoncé à la trachéotomie préalable, que j'employais au début. Au point de vue de la technique opératoire, j'insiste tout d'abord sur la nécessité de sacrifier la branche montante de la mâchoire : cette manœuvre donne beaucoup de jour et rend très facile l'ablation des cancers de l'arrière-gorge. Il est en outre indispensable de laisser toute la partie inférieure de la plaie cervicale ouverte, de façon à assurer un large drainage et des lavages fréquents à l'eau oxygénée.

Malgré les perfectionnements de la technique, il faut s'attendre à avoir encore une mortalité de 25 à 30 %.

Nouveau procédé opératoire dans le décollement de la rétine.

M. Galezowski (de Paris). — Jusqu'à présent, le décollement de la rétine était considéré comme une affection incurable, et les tentatives opératoires dirigées contre lui n'ont donné que des insuccès. Ces échecs me paraissent dus à une mauvaise interprétation de la pathogénie de l'affection. A mon avis, le décollement de la rétine est d'origine traumatique dans la plupart des cas : il succède à une chute, à un coup ou à un accident quelconque. Après avoir essayé différentes méthodes de traitement, j'ai, depuis cinq ans, exclusivement recours à la ponction pour évacuer le liquide sous-rétinien, dont la composition est identique à celle de l'humeur aqueuse; celle-ci, en effet, s'épanche dans l'espace sous-rétinien par une déchirure qui s'est produite au moment du traumatisme. Ce procédé m'a donné d'excellents résultats, et mes opérés ont recouvré le plus souvent la majeure partie de leur champ visuel.

M. Peugniez (d'Amiens) montre des pièces relatives à un cas d'*hémisection de la moelle par coup de couteau*, ayant déterminé successivement le syndrome de Brown-Séquard et des symptômes de myélite diffuse survenus dans les derniers temps de la vie. L'autopsie a permis de retrouver la lame du couteau qui, après avoir sectionné la moitié droite de la moelle, s'était fixée entre la troisième et la quatrième vertèbre dorsale.

M. Poncet (de Lyon) donne lecture, au nom de M. Delore, d'un travail sur la *botryomycose humaine.*

M. Jacques (de Nancy) lit un travail sur le *traitement opératoire des kystes paradentaires du maxillaire inférieur.*

MAURICE CAZIN,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 octobre 1902.

Cellulite gommeuse pelvienne simulant une tumeur maligne du petit bassin chez un hérédo-syphilitique.

M. A. Fournier. — Je fus appelé, au mois de décembre dernier, auprès d'un malade de trente-quatre ans qui souffrait d'une gêne vague dans le petit bassin avec symptômes de compression vésico-rectale. Le palper abdominal et le toucher rectal révélaient de la façon la plus nette l'existence d'un infiltrat volumineux, dur, ligneux, tapissant presque toute l'excavation pelvienne et simulant une tumeur maligne. Nulle part on ne constatait de tuméfaction ganglionnaire et je ne pus découvrir aucun stigmate de syphilis. Il est à noter cependant que cet homme avait eu quinze frères ou sœurs et que douze étaient morts, la plupart en bas âge. En outre, parmi les survivants, il en était un qui présentait au niveau du fond de l'œil des stigmates indéniables de syphilis congénitale.

Fort de ces données, je soumis mon malade à un traitement spécifique énergique (injections de 0 gr. 02 centigrammes de benzoate de mercure et ingestion de 4 à 6 grammes d'iodure de potassium par jour). Ce traitement était à peine institué depuis une semaine qu'un mieux s'annonçait; dix jours plus tard, il n'y avait plus de doute : l'infiltrat pelvien était le siège d'un processus résolutif et, deux mois après, il n'en restait plus trace.

Parallèlement, l'état général s'était modifié de la façon la plus heureuse : le malade avait engraissé de 8 kilos, se trouvait débarrassé de tous ses anciens troubles vésicaux et rectaux et accusait une santé parfaite, qui s'est continuée telle depuis lors.

Il s'agissait donc manifestement d'une lésion gommeuse siégeant dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne.

Cette cellulite gommeuse a été le produit non pas d'une syphilis acquise, mais d'une syphilis héréditaire qui ne s'est révélée qu'à l'âge de trente-quatre ans, et qui n'avait été précédée jusque-là d'aucun autre accident spécifique.

Un second point, non moins digne d'intérêt, consiste en ceci, que, sur ce malade, comme sur son frère, l'hérédo-syphilis ne se traduisait (réserve faite pour les signes ophtalmoscopiques) par aucun stigmate appréciable. Ce qui donna l'éveil, ce fut l'effroyable polymortalité infantile qui avait sévi sur la famille de cet homme : ce seul fait doit donc suffire, lorsqu'on le rencontre, à faire soupçonner la syphilis. En dehors, en effet, du saturnisme et de l'intoxication professionnelle des ouvrières qui travaillent le tabac, la syphilis est, de toutes les maladies (y compris la tuberculose et l'alcoolisme), celle qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge.

M. Lancereaux dit avoir observé, il y a une vingtaine d'années, une femme atteinte d'un rétrécissement du rectum attribué à un sarcome du bassin, qui a complètement guéri à la suite de l'administration du traitement antisyphilitique.

Des causes de la mort chez les victimes de la seconde éruption volcanique de la Martinique.

M. Kermorgant. — Dans la nuit du 30 au 31 août, un nouveau nuage éruptif sorti du mont Pelé a dévasté les communes de Morne-Rouge et d'Ajoupa-Bouillon. Le nombre connu des victimes de cette nouvelle catastrophe est d'environ 625; en outre, les médecins ont eu à soigner 70 personnes pour des brûlures du premier, du deuxième et même du troisième degré.

Tous les cadavres retrouvés, sauf un, étaient encore revêtus de leurs habits, alors qu'après la première éruption, ils étaient tous complètement nus. A côté de gens entièrement brûlés on a trouvé des corps ne portant aucune trace de brûlure. Enfin, les personnes qui se trouvaient à l'abri dans un local bien clos en furent quittes pour une légère oppression et purent sortir indemnes de la catastrophe.

De ces diverses constatations, il est permis de supposer que le nuage dévastateur était fortement chargé d'électricité, ce qui expliquerait certains phénomènes présentant une grande analogie avec les effets de la foudre, témoin une mère légèrement brûlée à l'oreille, qui eut son enfant horriblement brûlé dans ses bras. D'ailleurs, quelque temps après l'éruption, une forte odeur d'ozone se répandit du côté de Fort-de-France.

On peut donc conclure qu'en outre des cas de mort dus à des gaz irrespirables, ou aux cendres brûlantes, ou à une température assez élevée pour faire fondre le verre, il s'est produit des phénomènes analogues à ceux de l'électrocution.

De l'énergie de croissance.

M. Springer. — L'énergie étant la faculté de produire du travail, l'*énergie de croissance* représente l'ensemble des forces et les diverses modalités de l'énergie importées dans les organismes vivants et concourant au travail physiologique qui caractérise le développement. Quatre substances interviennent dans l'apport et dans la mise en mouvement de l'énergie de croissance : les lécithines, la potasse, les oxydases et l'eau.

Donnée expérimentalement, la lécithine augmente le poids et la longueur des os et la teneur en phosphore des centres nerveux.

La potasse remplit également un rôle essentiel dans la formation des tissus. Lorsqu'elle fait défaut ou devient insuffisante, la croissance s'arrête.

Les oxydases, qui ont la propriété de fixer l'oxygène de l'air sur certains corps organiques, transforment, en les adaptant à la vie, de grandes quantités de substances provenant des aliments. Plus ces ferments sont abondants, plus la croissance est active.

L'eau intervient enfin comme véhicule des substances dissoutes et apparaît comme un des éléments par lesquels agissent deux forces puissantes de l'énergie de croissance : la pression osmotique et l'électricité.

L'étude de la pression osmotique démontre, en effet, que cette pression est d'autant plus forte que le degré de dissociation électrolytique est plus élevé. D'autre part, les organismes vivants sont des générateurs d'électricité : plus l'activité chimique du protoplasma est intense, plus les phénomènes d'électrogenèse sont accentués.

On a constaté, de même, qu'il existe une certaine corrélation entre la vigueur d'un organisme et sa réaction électrique. La vitalité d'un sujet serait donc en rapport avec la quantité de force électro-motrice qu'il est capable de fournir.

L'expérimentation démontre, en outre, que l'énergie électrique est un excitant de la croissance : en faradisant les os, on détermine une élongation du tissu osseux en même temps que l'augmentation du poids de l'os. Cette action de l'électricité sur la croissance s'observe également chez les végétaux.

Enfin l'électricité atmosphérique est elle aussi une source puissante d'énergie, qui agit sur la nutrition des êtres vivants; elle représente une des causes actives de leur croissance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 octobre 1902.

Les excitants et les poisons du nerf.

M. N.-E. Wedensky. — J'ai pu m'assurer que les narcotiques, et d'une façon générale tous les excitants appliqués avec une certaine intensité et une certaine durée, déterminent dans le nerf, avant d'abolir ses fonctions, une série de modifications que je désigne sous le nom de *parabiose* et qui se manifestent en trois stades successifs, à savoir : 1° le stade de transformation du rythme des irritations appliquées au nerf; 2° le stade paradoxal, où la conductibilité des impressions fortes est suspendue, celle des impressions faibles étant encore possible; 3° enfin le stade inhibitoire, caractérisé par l'action déprimante des ondes d'excitation nées en des points normaux du nerf. Au moment de la restitution des fonctions, ces stades se succèdent dans l'ordre inverse.

En ce qui concerne les agents chimiques — objet plus spécial de nos dernières expériences —, des recherches poursuivies sur un grand nombre de corps m'ont prouvé qu'on peut les diviser en deux groupes, selon qu'ils produisent une parabiose révocable, c'est-à-dire prenant fin avec l'éloignement de la cause nocive, ou irrévocable, cette dernière aboutissant toujours à la mort du nerf.

Au point de vue de leur action initiale sur le nerf, les agents chimiques peuvent enfin être divisés en trois grandes catégories, soit qu'ils commencent par exciter le nerf avant de le faire passer en état de parabiose, soit qu'ils ne traduisent leur effet que par une augmentation de l'excitabilité, soit que dès le début ils déterminent la diminution de l'excitabilité du nerf.

Recherche du formol dans les denrées alimentaires.

MM. Manget et **Marion** adressent une note relative à une nouvelle réaction, permettant la recherche du formol dans les denrées alimentaires : le lait normal, carbonaté ou boraté, saupoudré légèrement d'amidol ou d'amidophénol, prendrait au bout de quelques minutes une coloration saumon; le lait formolé, traité de même, deviendrait jaune serin, et cette réaction serait sensible à 1 : 50,000. Dans les gelées de viande, le bouillon prendrait par l'addition d'amidol, quand il est formolé, une teinte jaune virant au jaune sale sous l'influence d'une goutte d'ammoniaque; avec le bouillon normal, la couleur serait brun rosé et virerait au bleu par l'ammoniaque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1902.

De la prostatectomie.

M. Legueu. — A propos des observations qui ont été présentées dans la dernière séance relativement à la prostatectomie, je tiens à déclarer que j'ai pratiqué 12 fois cette intervention et que je n'ai pas rencontré de difficulté opératoire. Chez 2 de mes malades, le rectum a été ouvert; j'ai fait la suture, et il n'en est résulté aucun inconvénient. Pour ce qui est de la plaie uréthrale, qui me paraît nécessaire, elle se cicatrise au bout de deux à trois semaines. Par contre, je ne suis pas partisan du morcellement de la prostate.

Sur mes 12 interventions, j'ai eu une mort, survenue chez un malade de soixante-douze ans, en état de cachexie urinaire chronique extrêmement avancée. Quant aux résultats fonctionnels, ils ont été très satisfaisants dans la plupart des cas; pour les apprécier à leur juste valeur, il ne faut pas oublier l'inefficacité de toutes les autres méthodes chirurgicales qui ont été proposées contre l'hypertrophie de la prostate. Au point de vue des indications de la prostatectomie, on ne doit pas toutefois considérer la dysurie d'origine prostatique comme suffisant à rendre le malade justiciable de cette opération, attendu que celle-ci a l'inconvénient d'entraîner une impuissance définitive. La prostatectomie n'est indiquée, à mon avis, que dans les cas de rétention complète déterminée par une grosse prostate; pour les hypertrophies moyennes, on doit, au contraire, différer l'intervention. C'est dans les cas d'hypertrophie de la prostate compliquée de calculs vésicaux que la prostatectomie me paraît tout particulièrement indiquée.

M. Albarran. — En ce qui concerne la technique opératoire, je crois, contrairement à M. Legueu, que le morcellement méthodique de la prostate constitue une manœuvre très recommandable, car il permet d'éviter des lésions graves de l'urèthre; l'ouverture systématique du canal est nécessaire, de même que le drainage périnéal.

J'ai pratiqué actuellement 42 prostatectomies, avec une seule mort. Sur 16 cas de rétention complète récente, 15 fois les résultats ont été excellents; de 15 malades atteints de rétention incomplète chronique, 2 seulement n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, au point de vue de la contractilité vésicale, mais ils sont tout de même améliorés relativement à la fréquence des cathétérismes; enfin tous les malades présentant une rétention complète chronique ont pu, consécutivement à la prostatectomie, vider parfaitement leur vessie. Je ne considère d'ailleurs dans ma statistique, en ce qui concerne les résultats éloignés, que les cas qui datent au moins de six mois et qui ont pu être suivis régulièrement depuis l'opération.

Traitement de l'appendicite.

M. Reynier. — M. Legueu nous a présenté dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 345) des pièces d'appendicite relatives à un cas d'ouverture d'abcès dans le péritoine. Notre collègue semble tirer de ce fait une conclusion générale contre le traitement de l'appendicite par l'opium et la glace; je crois que les faits isolés n'ont qu'une valeur minime, et qu'il faut considérer les statistiques pour apprécier la valeur de la temporisation.

M. Chaput. — J'ai eu malheureusement l'occasion d'observer plusieurs fois les résultats déplorables que peut donner l'expectation. Pour ma part, je suis convaincu que les morts survenues consécutivement à l'opération à chaud sont toujours dues au mauvais état des reins et du foie. Indépendamment de l'intégrité relative de ces organes, le succès des opérations précoces doit aussi, à mon avis, être en rapport avec la suppression de l'emploi du chloroforme, auquel j'ai substitué, en ce qui me concerne, la cocaïnisation locale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 octobre 1902.

Surdité verbale au cours de la paralysie générale.

M. Joffroy communique la relation de l'autopsie d'un paralytique général qui avait présenté pendant la vie de la surdité verbale et chez lequel les lésions d'encéphalite chronique, disséminées à la surface du cortex, comme cela est la règle, prédominaient cependant au niveau du lobe temporal, et particulièrement à la partie moyenne de la première circonvolution de ce lobe.

M. Ballet dit avoir publié récemment un fait analogue, concernant un paralytique général qui avait présenté de l'aphasie motrice. A l'autopsie, on trouva un petit kyste méningé comprimant le pied de la troisième circonvolution frontale. L'aphasie qui survient au cours de la paralysie générale n'est donc pas toujours sous la dépendance de lésions de péri-encéphalite chronique diffuse. Il est, en outre, extrêmement vraisemblable que dans les cas où l'aphasie est transitoire et passagère, elle doit être rattachée non plus à une altération de la corticalité cérébrale, mais à des troubles vasculaires. Quoi qu'il en soit, ces faits sont intéressants à connaître, parce que l'aphasie modifie quelquefois assez profondément le tableau clinique de la paralysie générale pour que le diagnostic en devienne très difficile.

Thyroïdite pneumococcique chez une basedowienne.

M. Le Gendre relate l'observation d'une femme de trente-sept ans, atteinte de goitre exophtalmique, qui fut prise, quarante-huit heures après la défervescence d'une pneumonie du sommet, de phénomènes très douloureux, avec tuméfaction œdémateuse au niveau de son goitre. Des applications de compresses chaudes et humides sur la région douloureuse eurent raison de cette inflammation qui se termina par résolution. Ce qui donne à cette observation un certain intérêt, c'est que tous les cas actuellement connus de thyroïdite post-pneumonique ont abouti à la suppuration. Quant à la localisation sur le corps thyroïde de l'agent infectieux de la pneumonie, on comprend qu'elle ait été facilitée dans le fait qui vient d'être rapporté par les altérations déjà anciennes dont cet organe était le siège.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 octobre 1902.

Valeur pronostique de l'abaissement du pouvoir lipasique du sérum.

MM. Achard et **Clerc.** — Il résulte de nos précédentes recherches que l'abaissement considérable du pouvoir lipasique du sérum est un signe de pronostic défavorable. Les discussions qui se sont élevées récemment sur la lipase du sang ne modifient en rien nos conclusions. En effet, on a nié que ce ferment agît sur les graisses normales de l'organisme, mais on n'a pas mis en doute son action sur la monobutyrine, que nous avons seule utilisée dans nos recherches cliniques. Bien qu'on ait proposé le terme de monobutyrinase pour désigner ce ferment, on ne peut guère lui refuser la dénomination de lipase, ce mot ayant été employé dès l'origine comme un terme générique s'appliquant aux ferments qui dédoublent les matières grasses.

Nos conclusions concernant la valeur pronostique de l'abaissement du pouvoir lipasique du sang se trouvent confirmées par de nouvelles recherches. Dans une pneumonie sans gravité apparente, la lipase était descendue à 6.5, et la mort survint trois jours après. Inversement, un typhique dont l'état semblait fort grave, mais dont la lipase restait à 13, guérit fort bien. Dans une même maladie, la tuberculose urinaire, nous avons vu la lipase tomber à 9 chez une malade très cachectique et phtisique avancée, et se maintenir à 16 chez une autre, indemne de lésions thoraciques et qui subit avec succès la néphrectomie. Dans une même maladie aussi, la pleurésie purulente à pneumocoque, chez une malade qui guérit par la pleurotomie, la lipase, tombée à 8, se releva deux jours après l'opération à 14; par contre, dans un autre cas, opéré tardivement dans un état de cachexie prononcée, la lipase, tombée à 5.5, resta le lendemain de l'opération à ce taux minime, puis se releva à 11, mais pour redescendre ensuite à 6.5 par suite d'infection de la plaie, et, quelques jours plus tard, le malade succomba.

Formule hématologique des purpuras.

M. Lenoble. — Les exanthèmes purpuriques sont essentiellement caractérisés par leur formule hématologique, qui permet de les diviser en purpuras vrais, érythèmes purpuriques avec réaction myélocytaire atténuée et éruptions purpuriques banales.

Les purpuras vrais ont une formule hématologique spécifique dont les principaux caractères sont l'absence de rétraction du caillot, la réaction myéloïde, et des modifications profondes des hématoblastes. Cette formule invariable permet, suivant les cas considérés, de distinguer les purpuras en aigus, subaigus et chroniques.

Les exanthèmes purpuriques avec réaction myélocytaire atténuée (rhumatisme, scorbut, etc., etc.) sont de faux purpuras hémorrhagiques : leur formule sanguine n'a pas de constance.

Les éruptions purpuriques banales (purpuras simplex) n'ont pas de formule spéciale.

En résumé, toute éruption pétéchiale avec ou sans manifestations hémorrhagiques est un purpura authentique, lorsque à l'examen du sang on retrouve la formule sanguine caractéristique. Tout exanthème purpurique avec ou sans manifestations hémorrhagiques au cours duquel le sang reste normal, est une affection indépendante d'une altération des appareils hématopoiétiques. La réaction myélocytaire atténuée ne suffit pas à elle seule pour être spécifique : elle ne le devient que si elle s'accompagne d'une réaction normoblastique même légère.

M. Meillère communique le résultat d'expériences qui prouvent qu'au cours d'un certain nombre d'affections, telles que l'ostéomyélite aiguë, la péritonite, l'appendicite, la colique de plomb, les vomissements incoercibles de la grossesse, etc., il existe toujours une rétention notable des chlorures urinaires. Il y a donc une réelle utilité à faire des essais urologiques dans ceux de ces cas qui nécessitent une intervention chirurgicale.

M. Féré relate un cas de *phobie gémellaire* : il s'agit de deux jeunes filles jumelles qui, quoique habitant des localités très éloignées l'une de l'autre, ont été prises, presque simultanément, de la phobie du verre, à la suite de chocs moraux.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections d'eau salée dans le traitement du purpura hémorrhagique.

Dans un cas de maladie de Werlhof, avec hémorrhagies oculaires, gastro-intestinales, vésicales, etc., survenu chez un homme de vingt-quatre ans, M. le docteur V. P. Alguine (médecin militaire russe), après avoir essayé, sans le moindre succès, à peu près tous les moyens thérapeutiques usuels (ergot de seigle, perchlorure de fer, essence de térébenthine, glace, tamponnement des fosses nasales, etc.), se décida, en désespoir de cause et afin de réagir contre l'affaiblissement cardiaque et l'anémie aiguë progressive, à recourir à des injections sous-cutanées d'une solution physiologique de chlorure de sodium. L'effet de ce traitement se manifesta dès la première injection (500 c.c. environ) : au bout de trois heures, on constatait

une diminution sensible du sang dans les urines; cinq heures plus tard, on vit cesser l'hémorrhagie des conjonctives palpébrales. Sous l'influence de deux nouvelles injections (300 c.c. et 500 c.c.), pratiquées à trois jours d'intervalle, tout écoulement sanguin fut arrêté, en même temps que les ecchymoses sous-cutanées commençaient à se résorber et que l'état général subissait une amélioration rapide. Mais ce qu'il importe surtout de retenir, c'est l'action directe exercée, dans ce cas, par les injections de sérum artificiel sur les processus hémorrhagiques. Notre confrère serait porté à croire qu'en pareille occurrence, ces injections agissent en activant l'élimination, par les reins, par la peau et l'intestin, des toxines microbiennes, la maladie de Werlhof étant probablement de nature infectieuse (Kolb, Finkelstein, etc.).

Quoi qu'il en soit, dans le cas où de nouveaux essais confirmeraient les résultats obtenus par M. Alguine, les injections de solution physiologique de chlorure de sodium mériteraient d'être préférées aux injections de gélatine qui, si elles se montrent efficaces contre le purpura hémorrhagique, sont loin d'être exemptes d'inconvénients.

L'emploi des alcalins à titre d'analgésiques.

Sir Lauder Brunton, médecin du St. Bartholomew's Hospital, à Londres, a récemment eu l'occasion de se convaincre que le bicarbonate de soude est susceptible d'exercer une action calmante des plus manifestes. Atteint de furoncles consécutifs à une plaie infectieuse de la main, notre confrère remarqua que ces furoncles devenaient particulièrement douloureux trois ou quatre heures après les repas, c'est-à-dire au moment où l'alcalinité du sang diminue sensiblement par suite de l'absorption de l'acide chlorhydrique sécrété en vue de la digestion. Cela étant, Sir Lauder Brunton commença à prendre du bicarbonate de soude, à la dose d'une demi-cuillerée ou d'une cuillerée à café, et ne tarda pas à éprouver un certain soulagement. Mais les résultats se montrèrent encore plus satisfaisants, lorsque, au lieu d'absorber le médicament en question par la bouche, notre confrère l'appliqua en solution directement sur les furoncles : sous l'influence de ces applications, les douleurs se calmaient au bout de quelques minutes.

D'autre part, Sir Lauder Brunton rappelle la pratique préconisée par Sir Dyce Duckworth contre les odontalgies et qui consiste tout simplement à placer sur la gencive ou dans la cavité de la dent cariée un tampon chargé de bicarbonate de soude ou à laver la bouche avec une solution de cette substance.

Les bons effets de ce procédé, ainsi que son observation personnelle, amènent Sir Lauder Brunton à se demander s'il ne conviendrait pas d'utiliser le bicarbonate de soude et le bicarbonate de potasse pour le traitement des névralgies.

Un procédé pour faciliter l'introduction de la sonde stomacale.

Il y a quelque temps, nous avons signalé le procédé que M. le docteur Crenshaw (d'Atlanta) a imaginé pour rendre plus facile le cathétérisme de l'estomac, procédé qui consiste dans la réfrigération de l'extrémité de la sonde au moyen d'une pulvérisation de chlorure d'éthyle (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 8). Peu satisfait des résultats de cette pratique, M. le docteur Montagnon, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, a cherché à faciliter l'introduction du tube, en excitant la contractilité pharyngienne de la façon que voici : après avoir empli la cavité buccale d'une ou deux gorgées d'eau, on introduit la sonde entre les lèvres et on la pousse vivement, à travers le liquide contenu dans la bouche, jusqu'au pharynx; à ce moment, le patient fait un mouvement de déglutition pour avaler l'eau, et le tube se trouve entraîné dans ce même mouvement. Il suffit alors de continuer à faire glisser la sonde le long des parois de l'œsophage, par une pression non interrompue, pour l'amener, sans aucune difficulté, dans l'estomac.

Dans 3 cas où tous les autres moyens avaient échoué, le procédé en question a donné, entre les mains de M. Montagnon, des résultats tout à fait satisfaisants.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par des frictions médicamenteuses.

Ayant eu, maintes fois, l'occasion de constater les bons effets que produisent, dans la tuberculose intestinale des enfants, les frictions à l'huile de foie de morue (préconisées par Sir James Y. Simpson), un médecin anglais exerçant à Melbourne, M. le docteur D. Turner, s'est demandé si les médicaments qu'on emploie habituellement pour combattre la tuberculose pulmonaire, tels que la créosote, le gaïacol et l'huile de foie de morue, ne pourraient pas être introduits dans l'économie à l'aide de simples frictions cutanées au lieu d'être administrés par la bouche, ce qui provoque souvent des nausées et des troubles digestifs. Les essais qu'il a institués à cet effet ayant donné des résultats encourageants, notre confrère traite systématiquement, depuis six ans environ, la tuberculose pulmonaire par des frictions avec une mixture formulée comme il suit :

Créosote ou gaïacol .... 15 grammes.
Essence de citronnelle...... 4 —
Huile de foie de morue...... Q. S. pour faire 120 grammes.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par M. Turner : en guise d'entraînement, on commence par pratiquer, pendant deux ou trois jours, des lotions froides; puis, le patient étant couché et complètement dévêtu, on lotionne d'abord le corps avec une solution faible de bicarbonate de soude (4 grammes pour 500 grammes d'eau) et, après l'avoir essuyé avec une serviette souple, on frictionne vigoureusement tout le tronc, à partir du cou jusqu'au bassin, en avant et en arrière, avec la mixture susmentionnée, en ayant soin d'exécuter en même temps quelques mouvements de pétrissage sur l'abdomen. La quantité de mixture employée en une fois varie, suivant l'âge et la taille du sujet, d'une à deux cuillerées à bouche. Les séances durent un quart d'heure et sont répétées tous les jours.

Sous l'influence de ces frictions — qui, pour être efficaces, doivent être pratiquées très énergiquement — on ne tarderait pas à voir s'amender tous les symptômes morbides : la fièvre s'abaisserait d'un degré et plus après chaque séance, la toux deviendrait moins pénible et les sueurs nocturnes disparaîtraient complètement. Le patient éprouverait une sensation de bien-être et une amélioration de l'appétit, en même temps qu'on verrait augmenter son poids et que les lésions pulmonaires iraient en s'atténuant. Les effets du traitement seraient particulièrement nets chez les enfants pris au début de la maladie : on obtiendrait, en pareille occurrence, la guérison dans l'espace de deux ou trois mois.

Dans le cas où, par suite de ses occupations ou de son genre de vie, le patient ne peut accepter les frictions à l'huile de foie de morue et à la créosote (l'essence de citronnelle n'arrivant pas à masquer complètement l'odeur désagréable de ces deux produits), M. Turner conseille de recourir tout simplement à l'huile d'olive qui, sans posséder la même efficacité que la mixture créosotée ou gaïacolée, constituerait cependant un adjuvant utile, susceptible de favoriser l'action des autres moyens de traitement.

Les frictions au savon ordinaire comme moyen de traitement de l'hyperhidrose plantaire.

D'après les essais institués par un médecin militaire russe, M. le docteur G. A. Stefanovsky, les frictions de la plante du pied avec du savon ordinaire — déjà expérimentées avec succès par un autre médecin militaire russe, M. le docteur P. V. Gorodzev, — constitueraient le meilleur moyen de traitement des sueurs fétides. La manière de procéder adoptée par M. Stefanovsky est très simple : elle consiste à laver d'abord les pieds avec de l'eau ordinaire, puis à frictionner légèrement la région plantaire avec un morceau de savon humecté d'eau; au bout d'une ou deux minutes, lorsque la couche savonneuse déposée sur le pied est presque sèche, on remet les chaussettes et les chaussures. Cette manœuvre est répétée trois fois par semaine; toutefois, les lotions par lesquelles on commence la première séance peuvent être supprimées dans la suite.

Notre confrère a appliqué ce procédé dans 20 cas d'hyperhidrose plantaire, dont 3 avec macération et ulcérations de la plante du pied, et toujours il a été à même de constater, sous l'influence du traitement, la disparition complète de la fétidité de la sécrétion sudorale, ainsi que la diminution de cette sécrétion.

Les frictions dont il s'agit détermineraient parfois une sensation désagréable d'humidité, qu'il serait, du reste, facile d'éviter en ayant soin de ne pas frictionner les espaces interdigitaux et de ne déposer sur le pied qu'une couche assez mince de savon. On ne doit frictionner que les parties qui appuient sur le sol, c'est-à-dire le talon, les extrémités des orteils et la portion antérieure de la plante, et respecter la partie moyenne de cette région.

Traitement de la dilatation atonique de l'estomac par les courants de haute fréquence.

Peu satisfaits des moyens thérapeutiques habituellement employés contre la dilatation atonique de l'estomac, MM. les docteurs A. Crombie et T. J. Bokenham (de Londres) ont eu l'idée de combattre cet état morbide par l'usage des courants de haute fréquence. Les essais qu'ils ont institués à cet effet sur 17 sujets atteints, depuis un laps de temps variant entre plusieurs mois et quinze ans, de dilatation gastrique d'origine non obstructive ont donné d'excellents résultats.

Avant de procéder au traitement, MM. Crombie et Bokenham avaient soin de délimiter aussi exactement que possible l'estomac; ils renouvelaient cet examen immédiatement après l'électrisation. Ils furent ainsi à même de constater que, sous l'influence des courants de haute fréquence, l'organe en question subit une réduction de 1 centimètre 25 à 1 centimètre 90 dans tous les sens. Cet effet fut absolument constant.

Les séances d'électrisation étaient répétées tous les jours. Les malades étaient, en outre, soumis à un régime alimentaire approprié (quantité de boissons réduite au minimum, proscription absolue des mets indigestes, etc.). Il importe, toutefois, de faire remarquer que le succès du traitement ne saurait être attribué à la diététique, puisque quelques-uns des malades en question avaient suivi le même régime pendant un laps de temps plus ou moins long (six mois dans un cas), sans en retirer un bénéfice sensible, tant qu'on n'avait pas eu recours aux courants de haute fréquence; par contre, dès qu'on commença l'électrisation, on vit se manifester une amélioration très notable, et, après un nombre de séances variant de dix à vingt, l'estomac avait récupéré sa position et ses dimensions normales. En même temps, la digestion redevenait également normale chez 15 patients sur 17.

La guérison une fois obtenue, il est bon de maintenir, pendant quelque temps encore, le même régime alimentaire, les écarts diététiques pouvant amener des troubles digestifs, voire même une nouvelle dilatation de l'estomac, comme MM. Crombie et Bokenham ont eu l'occasion de le constater chez un de leurs malades.

Sans vouloir considérer, d'ores et déjà, les effets produits par le traitement dont il s'agit comme une cure radicale de l'atonie gastrique, MM. Crombie et Bokenham estiment cependant qu'aucun des moyens usuels n'aurait pu donner, dans le même laps de temps, des résultats aussi encourageants, surtout en ce qui concerne la réduction du volume de l'estomac.

Le chanvre du Canada comme antihydropique.

D'après l'expérience d'un médecin américain, M. le docteur M. L. Hildreth (de Lyons), le chanvre du Canada (*Apocynum cannabinum*) — encore peu utilisé en thérapeutique et que M. le docteur L. E. Goloubinine, privatdocent à la Faculté de médecine de Moscou, a préconisé dans les cardiopathies graves (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 64) — constituerait un moyen très efficace contre les phénomènes hydropiques, surtout lorsque ceux-ci relèvent d'un affaiblissement général de l'économie (âge avancé, maladies infectieuses ou cachectiques), de l'insuffisance cardiaque, de la présence de varices, etc., etc. M. Hildreth prescrit, en pareil cas, la teinture de chanvre du Canada à la dose de II ou III gouttes, répétée toutes les trois ou quatre heures. Administré de la sorte, ce médicament ne provoquerait aucun accident et amènerait, dans l'espace de quelques semaines, la disparition des œdèmes.

LA PREMIÈRE CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

ET L'ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES SUR CETTE MALADIE

La rédaction de la *Semaine Médicale* m'a confié la mission d'assister aux travaux de la première Conférence internationale de la tuberculose, qui vient de tenir ses assises à Berlin du 23 au 26 octobre, et d'en rendre compte aux lecteurs de ce journal.

I

Avant d'aborder cette tâche, il me paraît nécessaire d'expliquer quelles sont les origines et quelle est la véritable signification de la Conférence en question. A cet effet, il y a lieu de remonter jusqu'en 1899, époque à laquelle le Comité central allemand, formé en vue de créer des maisons de santé pour les sujets atteints de maladies pulmonaires, organisa à Berlin un Congrès qui, tout en réunissant un grand nombre de délégués étrangers, resta cependant strictement national quant à la langue officielle et au choix des rapporteurs. En assistant aux séances de ce Congrès, on avait l'impression que les savants étrangers y avaient été invités par le gouvernement allemand moins en vue d'une collaboration internationale que pour se pénétrer de l'importance des progrès réalisés dans la lutte contre la tuberculose en Allemagne. Grâce à une organisation habile, ce but fut rapidement atteint, ce qui assura d'ores et déjà à l'Allemagne une sorte de suprématie morale dans toutes les questions qui se rattachent à la prophylaxie de la tuberculose.

Comme nous l'avons fait ressortir dans les deux articles que nous avons consacrés aux travaux de cette réunion (1), deux tendances caractérisaient le Congrès de 1899 : au point de vue scientifique, l'importance prépondérante attachée par les rapporteurs aux questions microbiologiques, et, au point de vue pratique, la prétention de réduire toute la prophylaxie et toute la thérapeutique de la tuberculose à la cure de sanatorium. La chose est tellement vraie que, officieusement tout au moins, le Congrès de Berlin s'intitulait « Congrès pour la création de sanatoria affectés au traitement des maladies pulmonaires ».

Or, comme, en raison de l'état très avancé de sa législation ouvrière (2), l'Allemagne avait été appelée à se préoccuper, de bonne heure, de la création de sanatoria populaires, les savants allemands en profitèrent pour se mettre à la tête du mouvement contre la tuberculose, et lorsque le Congrès de Londres décida, l'année dernière, de créer un organe international pour la lutte contre la tuberculose, le Comité central allemand pour l'établissement de sanatoria ne manqua pas d'offrir ses services pour mener à bonne fin cette œuvre et pour assurer, du même coup, à la suprématie de l'Allemagne, une sanction en quelque sorte officielle.

Sur l'initiative d'une commission composée de MM. les professeurs B. Fränkel, von Leyden, Pannwitz et de feu le professeur Gerhardt, et présidée par M. Althoff, directeur du Comité scientifique des affaires médicales au ministère prussien des cultes, fut créé le *Bureau central international pour la lutte contre la tuberculose*. Ce Bureau a son siège à Berlin, et les frais occasionnés par son fonctionnement devaient rester à la charge du Comité central allemand pour l'établissement de sanatoria, tant que le Bureau ne disposait pas lui-même des fonds nécessaires pour les couvrir.

Autre détail d'organisation qui mérite également d'être signalé : d'après l'article 8 des statuts du Bureau central, le Comité administrateur auquel incombe la direction de la partie administrative est autorisé à s'assurer le concours d'adjoints « de pays étrangers » (*aus ausserdeutschen Ländern*), mais ces auxiliaires « doivent fixer leur domicile à Berlin » ! (1).

(1) L. Cheinisse. L'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose d'après les travaux du Congrès de Berlin. (*Semaine Médicale*, 31 mai 1899.) — Le traitement de la tuberculose d'après les travaux du Congrès de Berlin. (*Semaine Médicale*, 7 juin 1899.)

(2) Cette législation comporte notamment tout un vaste système d'assurances contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse, système auquel participent à la fois les patrons, les ouvriers et l'État.

II

La Conférence internationale qui vient de se tenir à Berlin n'était autre chose que la première réunion du *Grand Conseil* du Bureau central ou, en d'autres termes, la réunion des membres de toutes les catégories de ce Bureau. Celui-ci se compose, en effet, de membres ordinaires, de membres correspondants et de membres honoraires. Les premiers sont désignés par les organes centraux soutenant, dans les divers Etats, la lutte contre la tuberculose et ayant donné leur adhésion au Bureau central. Chaque pays y est représenté par deux membres; tout pays comptant plus de 10 millions d'habitants y délègue un membre de plus par 5 millions d'habitants, sans que le nombre total des délégués puisse, cependant, dépasser cinq. Les membres ordinaires ainsi désignés forment le *Conseil particulier* du Bureau central. Les membres correspondants — dont le rôle se borne, d'ailleurs, à tenir, d'une façon suivie, le Bureau central au courant des progrès réalisés contre la tuberculose dans le domaine d'observation qui leur a été assigné — sont élus par ce Conseil particulier; quant aux membres honoraires, ils sont élus par le Grand Conseil, sur proposition du Conseil particulier.

La séance ordinaire du Conseil particulier se tient à Berlin, au printemps de chaque année. D'autre part, en règle générale, le Grand Conseil — dont les séances, à l'encontre de celles du Conseil particulier, sont publiques — tient tous les deux ans une séance dans laquelle il lui est rendu compte des travaux du Bureau central. D'après les statuts, cette séance *coïncide autant que possible avec un Congrès de la tuberculose*, ce qui équivaut à dire que le Bureau central, laissant de côté les questions qui se rattachent à l'étude scientifique proprement dite de la tuberculose et qui resteront, comme de juste, plutôt du ressort des Congrès, se propose surtout de centraliser les documents intéressant la lutte contre la tuberculose et de faire une œuvre de propagande.

Cela étant, et si l'on veut bien se rappeler, d'autre part, que quinze mois à peine se sont écoulés depuis le Congrès de Londres, on comprendra que les problèmes scientifiques devaient forcément être loin de constituer la principale préoccupation de la réunion qui vient de se tenir à Berlin. Aussi bien, à cet égard, le bilan de la Conférence se réduit-il à fort peu de chose. Sur les cinq séances tenues par le Grand Conseil, une seule a été consacrée à l'étude d'une question qui tient à la fois de la science et de la pratique : je veux parler de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme. Si l'on ajoute à cela une communication faite par M. le professeur von Baumgarten (de Tubingue) au cours de la deuxième séance, et, d'ailleurs, *en dehors de l'ordre du jour*, sur la lutte contre la tuberculose, envisagée au point de vue bactériologique, ainsi que le discours lu par M. le professeur B. Fränkel (de Berlin), qui, tout en visant principalement l'évolution de la lutte contre la tuberculose jusqu'au moment de la création du Bureau central, donnait en même temps un aperçu rapide de l'état actuel de nos connaissances sur la tuberculose (la question de l'unicité de la tuberculose animale et de la tuberculose humaine mise à part), on aura épuisé la liste des travaux scientifiques de la Conférence. Le reste visait surtout les moyens de prophylaxie générale, tels qu'éducation scolaire et publique, déclaration obligatoire, inspection des ateliers, assurances, etc., ainsi que les divers modes d'hospitalisation et de secours aux tuberculeux (sanatoria, polycliniques, dispensaires, etc.), toutes questions que nous nous réservons de passer en revue dans un second article.

(1) Au cours de la séance de clôture, la Conférence a, sur la proposition du *Conseil particulier*, modifié cet article, en supprimant pour les adjoints du Comité administrateur l'obligation de fixer leur domicile à Berlin et en déclarant que, dans le cas où ces adjoints seraient appelés à Berlin, ils recevraient une indemnité de déplacement et de séjour.

III

Depuis quelques années, les Congrès nationaux et internationaux se succèdent si rapidement qu'on finit par s'apercevoir combien ce prétendu « mouvement » de la pensée scientifique ressemble à un piétinement sur place. Ces réunions de savants, qui devraient marquer, chacune, une date dans le développement de la science, ne répondent, en réalité, que trop souvent à un besoin factice et toujours croissant de publicité, à ce même besoin qui fait se multiplier à l'infini les Sociétés et les publications scientifiques, sans démentir, hélas, le dicton d'après lequel « abondance n'est pas richesse ».

En ce qui concerne particulièrement les Congrès internationaux, leur seule raison d'être devrait, semble-t-il, consister dans l'échange des opinions ayant cours sur telle ou telle question dans les divers pays, car c'est précisément du choc des idées que peut et doit jaillir la lumière. Or, à la Conférence de Berlin, comme à un bon nombre de réunions internationales antérieures, la plupart des communications n'ont guère été discutées, et seule la question de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme a fait l'objet de très vifs débats. Quelques orateurs ayant largement usé, pour ne pas dire abusé, de la liberté qu'on leur avait laissée de parler aussi longtemps qu'ils le désiraient, il en est résulté que, faute de temps, un certain nombre de communications inscrites sur le programme n'ont pu être entendues, bien qu'une séance supplémentaire ait eu lieu le 26 octobre. La même raison a souvent, nous semble-t-il, empêché toute discussion.

Il se peut aussi que la multiplicité des langues y ait été pour quelque chose, encore qu'on eût eu soin d'imprimer d'avance les conclusions de la plupart des communications en allemand, en français et en anglais. Mais ceux des membres de la Conférence qui n'avaient pas le privilège d'être polyglottes — et il y a lieu de croire que c'était le cas de la grande majorité — se trouvaient dans l'impossibilité de comprendre les communications pour lesquelles on n'avait pas pris cette précaution, ainsi que les observations présentées par les orateurs non inscrits sur le programme. En bonne règle, on aurait dû faire pour les travaux de la Conférence ce qu'on avait fait pour les trois discours officiels prononcés par le secrétaire d'Etat, M. le comte von Posadowsky-Wehner, au nom du gouvernement impérial, par le chambellan M. von dem Knesebeck, au nom de l'impératrice, et par le bourgmestre en chef, M. Kirschner, au nom de la ville de Berlin. Ces discours, prononcés en allemand, furent ensuite traduits successivement en français et en anglais. Fort heureusement, on se dispensa de procéder de même pour les nombreuses allocutions des représentants officiels des divers pays. En effet, ce n'est pas un des moindres défauts dans l'organisation des réunions de ce genre que l'abondance de ces morceaux d'éloquence officielle, l'abus des échanges de politesses, de salutations et d'hommages. Qu'on fasse montre de ces civilités empressées au cours de la soirée de réception qui précède les travaux, ou — pour nous servir d'une expression qui a fait fortune — « dans la chaleur communicative d'un banquet », on ne saurait, à la rigueur, y trouver aucun inconvénient. Mais il est réellement fâcheux de leur consacrer une bonne partie de la première séance, comme on vient de le faire, une fois de plus, à Berlin, en sacrifiant pour cela un certain nombre de communications et, entre autres, celle de M. Pannwitz sur l'*état actuel de la lutte contre la tuberculose*.

La profusion avec laquelle on se répandait, de part et d'autre, en toute sorte de compliments était telle qu'on pouvait facilement avoir l'illusion d'assister à une de ces petites scènes extrême-orientales qu'a si bien décrites M. Pierre Loti : « et je te salue — et tu me salues, — et je te resalue, et tu me le rends, —

et moi je me cogne le front par terre », etc. Car n'est-ce pas « se cogner le front » que de déclarer, comme l'a fait le délégué français, que « le Congrès de Berlin avait été une véritable révélation, et que les Allemands avaient réussi à montrer qu'on pouvait se garder et se guérir de la tuberculose, avaient réussi à vaincre, en quelques jours, l'indifférence à laquelle nous nous étions toujours heurtés », etc. A notre avis, c'est faire humblement table rase de tous les efforts qu'on a faits en France avant 1899, c'est oublier la Ligue contre la tuberculose, fondée par le regretté Verneuil, oublier les quatre Congrès pour l'étude de la tuberculose qui ont été organisés à Paris dans la période de 1888 à 1898. Et puisque, au yeux même du chef de la délégation française, 1899 est la seule date qui compte et qui inaugure la lutte contre la tuberculose, comment les Allemands pourraient-ils en douter? Ils en doutent, en effet, si peu, que dans un journal médical allemand paru le 25 octobre on pouvait lire, au sujet de la Conférence de la tuberculose, ce qui suit : « La lutte contre la tuberculose a mobilisé en Allemagne des forces nombreuses qui ont fini par se fusionner dans le Comité central allemand en vue d'un travail uniforme. Dans nombre d'autres pays on se souleva contre cette maladie endémique et la résultante des tendances du même genre dans le monde entier *trouva, pour la première fois, son expression dans le Congrès international de la tuberculose tenu à Berlin en 1899*. Puis vint le Congrès de Naples et ensuite celui de Londres. » Voilà comment on écrit l'histoire, à moins qu'on ne préfère, à l'exemple de M. Ch. Denison (de Denver), prophétiser l'avenir, en déclarant que « l'Allemagne a contribué plus qu'aucune autre nation à la découverte du germe de la tuberculose; qu'elle détermine maintenant le terrain où ce germe se développe (*now let her determine the soil*), et elle aura encore fait davantage pour exterminer cette maladie, qu'en en découvrant l'agent pathogène ».

IV

Au point de vue scientifique, la Conférence de Berlin n'a donné qu'une sorte de mise au point de l'état actuel de nos connaissances sur la tuberculose, en mettant particulièrement en évidence les questions qui sont encore en litige et dont la solution nécessite des recherches patientes, des enquêtes minutieuses, des travaux de longue haleine. Or, ce sont précisément ces éléments qui manquaient le plus à la Conférence, de sorte que la discussion sur l'unicité de la tuberculose et sur la transmissibilité de cette maladie de l'homme à l'animal et *vice versa* a revêtu elle-même un caractère à peu près exclusivement dialectique, les partisans de chacune des deux théories en présence se bornant, pour la plupart, à rappeler les faits déjà connus et à soumettre à une critique plus ou moins serrée et plus ou moins juste les faits non moins connus invoqués par le camp opposé.

Comme l'a rappelé avec raison M. le professeur B. Fränkel, la découverte du bacille de la tuberculose, tout en marquant la date la plus importante dans l'histoire de la tuberculose, n'a cependant pas résolu tous les problèmes que soulève l'étude de cette maladie. Cette découverte a complété et confirmé la conception anatomo-pathologique du tubercule, élaborée par Virchow, et les recherches expérimentales de Villemin et de Cohnheim sur la contagiosité de la tuberculose. Elle a, de plus, permis d'asseoir le diagnostic de cette maladie sur une base solide, en même temps qu'elle mettait hors de doute la possibilité de la guérison de la tuberculose, car si les faits de guérison publiés avant la découverte de M. Koch avaient pu être contestés et interprétés comme des erreurs de diagnostic, il n'en fut plus de même après cette découverte.

Mais M. Fränkel reconnaît que savoir ne veut pas toujours dire pouvoir. De ce que nous connaissons l'agent pathogène de la tuberculose, s'ensuit-il nécessairement que nous soyons à même d'assurer la prophylaxie générale de ce fléau? Ici encore nous avons à résoudre, au préalable, un certain nombre de questions scientifiques visant le mode de propagation du bacille de Koch. Il importerait notamment de savoir si la tuberculose se transmet par les bacilles qui proviennent des crachats desséchés et pulvérisés, comme on l'avait longtemps admis et comme le soutient encore aujourd'hui M. Cornet, ou si cette transmission se fait, au contraire, par les microorganismes contenus dans les gouttelettes de salive expectorées et disséminées par les phtisiques au moment de leurs quintes de toux, comme l'affirme M. Flügge. Dans les deux cas, il est vrai, c'est toujours le malade lui-même qui constitue la source d'infection. Toutefois, la pénétration de bacilles par la voie pulmonaire avec les gouttelettes de salive pulvérisée paraît être le mode d'infection le plus fréquent, qui a, du reste, d'autant plus de chances de se réaliser qu'on se trouve plus près du malade. Plus la promiscuité dans laquelle vivent et travaillent les individus bien portants et les phtisiques est étroite, plus grand est le danger d'infection. La prophylaxie de la tuberculose implique, par conséquent, une amélioration des conditions sociales des classes inférieures. Mais comme en Allemagne on n'attache que peu de valeur à la prédisposition morbide, comme le rôle du *bacille* y prime complètement celui du *terrain*, M. Fränkel déclare que la prophylaxie de la tuberculose doit avoir un caractère nettement spécifique et viser surtout l'isolement des phtisiques, car de même que l'organisme le plus robuste contracterait nécessairement la tuberculose à la suite d'une injection sous-cutanée d'une culture virulente de bacilles de Koch, de même un individu mis à l'abri de tout contact avec ces bacilles ne deviendra jamais tuberculeux, si mal nourri et si mal entretenu qu'il puisse être.

C'est à peu près à la même conclusion qu'est arrivé M. le professeur von Baumgarten, en envisageant la lutte contre la tuberculose au point de vue bactériologique. Deux voies semblent, à première vue, être indiquées pour combattre d'une manière efficace cette maladie : la plus sûre consisterait évidemment à agir sur le bacille lui-même. Malheureusement, lorsque ce microorganisme se trouve au sein de l'économie, on ne saurait l'atteindre que par des substances bactéricides introduites dans le système sanguin, et cela à des doses tellement fortes, qu'elles seraient préjudiciables au malade. D'autre part, les essais que M. Koch a faits avec la tuberculine ont permis d'entrevoir la possibilité d'influencer l'évolution de la tuberculose, en provoquant une inflammation de voisinage qui isolerait le foyer morbide. Toutefois, là encore, l'application pratique de la méthode n'a pas réalisé les espérances que celle-ci avait suscitées au début. Aussi, force nous est de nous en tenir au traitement diététique et hygiénique, qui doit viser à fortifier l'organisme, de façon à en faire un milieu impropre à la pullulation des bacilles tuberculeux. Pour que cette thérapeutique puisse être tout à fait rationnelle et efficace, de nouvelles recherches sont encore nécessaires en ce qui concerne les modes de propagation du bacille de Koch, ainsi que l'hérédité de la tuberculose et de la prédisposition à cette maladie. Pour sa part, M. von Baumgarten est d'avis que la tuberculose est transmissible par hérédité, mais qu'on ne saurait encore se prononcer d'une façon aussi ferme sur l'hérédité de la prédisposition.

V

Ainsi donc, pour peu que la Conférence abordât telle ou telle autre question scientifique, elle se voyait invariablement réduite au même aveu, à savoir qu'elle était impuissante à résoudre ces problèmes, faute d'une préparation suffisante. Aussi les travaux de la réunion étaient-ils, en général, fort peu suivis, et dès la troisième séance un journal local constatait déjà, dans la salle des séances, « des signes nets d'un intérêt languissant » (*bereits deutliche Anzeichen eines schwindenden Interesses*). Mais le grand événement, le « clou » de la Conférence, n'était-il pas réservé pour la quatrième séance, au cours de laquelle la question des rapports entre la tuberculose bovine et la tuberculose humaine allait encore une fois être remise sur le tapis? Eh bien, il faut avouer franchement que, malgré la grande autorité scientifique des orateurs qui ont pris part aux débats et malgré l'éloquence dépensée par quelques-uns d'entre eux, cette séance — si impatiemment attendue et qui attira une assistance des plus nombreuses — a été une véritable déception. C'est que nombre de gens étaient venus là, non pas pour assister à un tournoi oratoire, dût-il être très brillant, mais pour pouvoir, enfin, être fixés d'une façon définitive sur cette question éminemment troublante à tant de points de vue : la tuberculose bovine est-elle, oui ou non, transmissible à l'homme? Or, à ceux qui venaient naïvement chercher une réponse nette et précise à cette question importante et qu'il est urgent de résoudre, la Conférence a répondu comme répondit Pantagruel à Panurge, lorsque celui-ci lui demanda s'il devait se marier.

Le directeur de l'Office sanitaire impérial, M. le docteur Köhler, auquel le Comité d'organisation de la Conférence avait confié le soin de rédiger un rapport sur la question dont il s'agit, ne s'est pas départi pendant un seul instant du « juste milieu », maniant fort bien l'alternative pour aboutir finalement à cette conclusion qu'à l'heure actuelle... on n'est guère plus avancé qu'au moment où M. Koch a fait sa retentissante communication au Congrès de Londres. M. Köhler, il est vrai, a eu soin d'indiquer dès le début de son rapport que les expériences de contrôle instituées à l'Office sanitaire impérial en vue de vérifier les assertions de M. Koch ne sont pas encore terminées, car elles demandent beaucoup de temps pour être concluantes. Dès lors, n'eût-il pas été préférable de s'abstenir de remettre sur le tapis une question insuffisamment étudiée que de se borner à une simple énumération des *pour* et des *contre*, sans aucune sorte de conclusion ferme?

Fait à remarquer, malgré la longue série d'alternatives à laquelle se réduisait le rapport de M. Köhler, on resta sur cette impression que le rapporteur penchait plutôt en faveur de la théorie soutenue par M. Koch. C'est ainsi que, après avoir indiqué que la tuberculose intestinale primitive serait, d'après certains auteurs, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement, M. Köhler insiste particulièrement sur ce point que ces tuberculoses mésentériques, en apparence d'origine alimentaire, peuvent en réalité être dues à des poussières bacillifères ramassées par les enfants pendant leurs jeux et portées ensuite à la bouche, sans compter que ces cas relèveraient souvent tout simplement de la misère physiologique (*carreau*) et non pas de la tuberculose. Ainsi, tout le long de son rapport, M. Köhler fait suivre chaque proposition de son contraire : c'est, pour emprunter le langage de Hegel, la *thèse* et l'*antithèse*, qui malheureusement ne se concilient pas dans une *synthèse*, comme l'exigerait la doctrine du philosophe allemand. Le rapporteur cite-t-il, par exemple, à l'appui de la théorie de M. Koch, les faits relatés par M. von Baumgarten et qui ont trait à des cancéreux inoculés sans succès avec des bacilles de la tuberculose bovine, il a soin d'ajouter immédiatement que ces faits ne sont pas très probants, car il existerait entre le cancer et la tuberculose un antagonisme qui suffirait pour expliquer les résultats négatifs de ces inoculations. Et ainsi de tout le reste. M. Köhler estime cependant — et ici il ne fait qu'exprimer l'opinion prédominante en Allemagne — que le danger principal réside dans la transmissibilité de la tuberculose, non pas des animaux à l'homme, mais *de l'homme à l'homme*. Qu'on fasse bouillir le lait, comme l'exigent les partisans de l'unicité des tuberculoses bovine et humaine, le directeur de l'Office sanitaire impérial n'y voit pas d'inconvénient, puisque ce liquide constitue le véhicule d'autres germes infectieux, tels que celui de la fièvre typhoïde, etc. On voit, par ce seul exemple, combien le rapporteur a été loin de donner une réponse directe et décisive à la question en litige.

M. le professeur Nocard (d'Alfort), qui a pris

la parole immédiatement après, s'est, au contraire, déclaré nettement partisan de la doctrine uniciste. Il a rappelé que tout le monde était d'accord sur cette doctrine lorsque M. Koch, dans une communication qui souleva une vive émotion au Congrès de Londres, essaya d'établir : 1° que la pommelière diffère de la tuberculose humaine, celle-ci ne pouvant se transmettre aux bovidés; et 2° que la transmission de la tuberculose par le lait ou par la viande des animaux infectés est à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire, laquelle, d'après le savant allemand, serait très rare, pour ne pas dire exceptionnelle. Or, sans compter les expériences déjà anciennes de M. Chauveau, qui a parfaitement réussi à inoculer la tuberculose d'origine humaine aux bovidés, toute une série de travaux parus depuis le Congrès de Londres (Ravenel, Max Wolff, Fibiger et Jensen, Schottelius, Spronck et Hoefnagel, etc.), ne laisse aucun doute sur la réceptivité des bovidés *à l'égard de certaines formes de la tuberculose humaine*. Cela étant, M. Nocard estime qu'à la formule absolue de M. Koch sur la non-transmissibilité de la tuberculose humaine aux bovidés, il faut opposer celle-ci : les bovidés sont réfractaires à certaines formes de la tuberculose humaine, tandis qu'ils se montrent en état de réceptivité à l'égard d'autres formes de la même maladie. C'est qu'il n'y a pas *un bacille* de la tuberculose humaine, mais *des bacilles* de virulence différente : en opérant toujours avec le même type, on risque d'obtenir des résultats incomplets et qui ne peuvent pas avoir une portée générale. Sans doute, le bacille de Koch est une des bactéries les plus fixes, mais sa virulence peut, cependant, subir des oscillations considérables sous l'influence des variations du milieu. Le bacille de la tuberculose bovine est, en général, plus virulent que celui de la tuberculose humaine.

Il existe d'ailleurs, dans la science, un certain nombre de faits d'inoculation — le plus souvent accidentelle — de la pommelière à l'homme, et si dans la plupart des cas de ce genre l'infection resta purement locale, il en est aussi d'autres où elle s'est généralisée et a fini par entraîner la mort du malade. M. Nocard reconnaît qu'étant donnée la rareté de ces faits, il n'y aurait guère lieu de s'en préoccuper, si à côté de l'inoculation accidentelle il n'existait pas un danger beaucoup plus important, à savoir la consommation des produits alimentaires provenant d'animaux tuberculeux. La viande de ces animaux renferme rarement, il est vrai, des bacilles de Koch, et ceux-ci n'y sont jamais très nombreux, de sorte que cette viande, tout en étant susceptible de conférer au cobaye la tuberculose par inoculation, peut cependant être impunément ingérée. Mais il n'en est pas de même pour le lait qui, chez les vaches atteintes de mammite tuberculeuse, renferme un nombre considérable de bacilles et qui, partant, présente en pareille occurrence un très grand danger, surtout pour les individus qui font du lait leur nourriture unique ou principale, comme les tout jeunes enfants ou les malades soumis au régime lacté.

L'argumentation de M. Koch, qui se base sur la rareté de la tuberculose intestinale primitive, est, aux yeux de M. Nocard, loin d'être péremptoire, car elle ne tient pas compte de ce fait que le lait n'est dangereux qu'à la condition de contenir de nombreux bacilles; or, comme les marchands mélangent le lait provenant de différentes vaches, les bacilles d'un lait tuberculeux sont souvent rendus inoffensifs tout simplement parce qu'ils se trouvent dilués dans une grande quantité de liquide. D'autre part, il est difficile d'admettre que seule la tuberculose intestinale primitive témoigne de l'origine alimentaire de la maladie : la tuberculose linguale, celle des amygdales et des ganglions lymphatiques avoisinants peuvent également reconnaître la même origine, sans qu'il soit cependant possible de constater la moindre lésion du côté de la muqueuse digestive. Ne sait-on pas, d'ailleurs, combien la porte d'entrée de l'infection est difficile à trouver, par exemple, dans certains cas de méningite tuberculeuse sans autres lésions concomitantes que quelques ganglions caséeux? M. Nocard a, du reste, noté parfois chez des animaux soumis à des repas infectants des lésions pulmonaires beaucoup plus étendues et plus importantes que les altérations abdominales.

D'autre part, dans une série d'expériences qu'il a récemment instituées, le professeur d'Alfort a été à même de constater que les singes sont aussi sensibles à l'égard de la tuberculose bovine que d'autres animaux. On a dit aussi que le bacille de la tuberculose bovine perd ses propriétés virulentes sous l'influence du passage chez l'homme. L'orateur a pu se rendre compte que le passage par l'organisme du singe diminue le pouvoir virulent de la tuberculose bovine, sans pourtant le détruire. En présence de ces résultats, conclut M. Nocard, qui oserait prétendre que l'homme ou l'enfant fassent seuls exception à la règle générale?

Il importe donc, au point de vue pratique, de maintenir et de renforcer les mesures prises contre le danger du lait provenant de vaches atteintes de mammite tuberculeuse. En France, d'après la loi sur le Code rural (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 112 et 330), les animaux atteints de tuberculose dûment constatée doivent être abattus sur ordre du maire, mais cette loi est mal appliquée, les propriétaires des vaches tuberculeuses ne faisant la déclaration que lorsque celles-ci cessent de donner du lait et, partant, ne constituent plus un danger. D'autres mesures s'imposent et, en particulier, l'inspection périodique des étables en vue de l'élimination des vaches atteintes de mammite tuberculeuse; en attendant cette inspection, il faut répéter au public que le moyen le plus simple et le plus sûr de se mettre à l'abri du danger consiste à faire bouillir le lait avant de le consommer.

Telle est également la conclusion à laquelle arrive M. le professeur S. Arloing (de Lyon), après avoir rappelé ses expériences personnelles sur la transmissibilité de la tuberculose humaine aux animaux (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 429). M. Arloing insiste particulièrement sur ce point qu'il est impossible de se prononcer sur l'insuccès d'une inoculation sans avoir procédé à une étude microscopique du poumon et des principaux viscères parenchymateux.

De nombreux orateurs se succèdent à la tribune, invoquant les uns (MM. Max Wolff, Bang, Orth, etc.), des faits positifs d'inoculation de la tuberculose humaine aux bovidés, les autres (MM. von Baumgarten et Moeller), des faits négatifs qui semblent aller à l'encontre de l'unicité de la tuberculose. Ces expériences ayant été, pour la plupart, récemment relatées ou analysées dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 246, 337, 338 et 341-343), il serait fastidieux d'y insister à nouveau.

Invité par le Comité d'organisation à prendre la parole, M. le professeur Koch s'est borné à reproduire à peu près les arguments qu'il avait invoqués devant le Congrès de Londres, en insistant tout d'abord sur la rareté de la tuberculose intestinale primitive, rareté qui se trouverait confirmée par l'enquête qu'il a entreprise auprès des cliniques et des instituts anatomo-pathologiques allemands : pendant quatre mois, un seul cas de ce genre lui a été communiqué (par R. Virchow) et c'est précisément celui qu'a signalé M. Max Wolff (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 246). Or, M. Koch ne partage nullement l'interprétation de M. Max Wolff, ce qui confirme, une fois de plus, l'antique adage : *si duo faciunt idem, non est idem.* D'autre part, l'orateur estime que l'expérience de tous les jours met en évidence l'innocuité de la consommation de la viande provenant d'animaux tuberculeux. Pourquoi n'en serait-il pas de même du lait ? Pour détruire les bacilles de la tuberculose, il ne suffirait pas, du reste, de faire bouillir le lait. Et alors irait-on jusqu'à ne vouloir admettre que la consommation du lait stérilisé ? On ne prend, d'ailleurs, aucune précaution à l'égard du beurre, sans qu'il en résulte un inconvénient quelconque.

D'après M. Koch, il n'existerait pas dans la littérature médicale une seule observation dûment établie de contamination *en masse* par du lait provenant de vaches tuberculeuses; quant aux cas isolés, il estime qu'ils ne sont pas assez probants tant qu'on n'a pas pratiqué l'autopsie et tant qu'on n'est pas en mesure d'exclure toute autre source d'infection (comme l'infection par les poussières chez les enfants), sans compter qu'il faut encore démontrer qu'on se trouve réellement en présence d'une tuberculose bovine. Alors même que, sur 30 hommes ingérant du lait tuberculeux, il y en aurait un qui deviendrait phtisique, M. Koch n'en persisterait pas moins à croire que la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme par le lait n'est pas prouvée, puisque les 29 autres sujets seraient restés indemnes.

En définitive, le directeur de l'Institut des maladies infectieuses de Berlin déclare que, pour lui, le danger principal, voire même unique, en matière de tuberculose, réside dans le malade lui-même, et c'est sur cette formule absolue que l'assemblée se sépara, sans essayer, et pour cause, de tirer une conclusion ferme de ces longs et pénibles débats.

Jamais discussion ne fut plus stérile (1), car si, malgré le plaidoyer de M. Koch, on restait sur cette impression que la transmission de la tuberculose bovine à l'homme est parfaitement possible, il manquait cependant à ces débats une sanction qui, seule, aurait pu leur donner une signification pratique. Ce n'est pas sans raison que M. le professeur Hüppe (de Prague) a comparé le rapport de M. Köhler à une balance dont les deux plateaux se maintiennent dans un équilibre parfait. Le malheur est que cet équilibre n'a que trop duré et qu'il est susceptible d'entraîner des conséquences fâcheuses, en jetant un discrédit quelque peu légitime sur les discussions scientifiques et sur les notions qui ont jusqu'à présent servi de base à la prophylaxie de la tuberculose. Il appartenait à une Conférence internationale organisée en vue de la lutte contre la tuberculose de ne pas aggraver cette faute en abordant prématurément des questions qui sont encore à l'étude, et de ne pas faire ressembler la science à l'image officielle de Thémis.

Dr L. CHEINISSE,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

MÉDECINE PRATIQUE

La levure de bière dans le traitement des fièvres éruptives et de l'érysipèle.

Depuis qu'on a fait connaître les bons effets de la levure de bière dans la furonculose, quelques auteurs ont expérimenté le même moyen de traitement dans diverses affections, et nous avons signalé cette année même les résultats obtenus avec la levure, dans la variole, par M. le docteur S. Piétri (de Nice) et par M. le docteur Conche (de Lyon) (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 64 et 348).

Toutefois, en tenant compte des dates de publication, il reviendrait à deux médecins de Barcelone, MM. les docteurs A. Presta et J. Tarruella, d'avoir fait connaître — juin 1901 — les premiers essais de traitement de la petite vérole par la levure de bière, qu'ils ont employée aussi, avec succès, dans la scarlatine, la rougeole et l'érysipèle. Le nombre de malades que nos confrères espagnols ont soignés de la sorte est maintenant assez élevé pour qu'on puisse porter un jugement d'ensemble sur la valeur de cette méthode.

Les cas de variole traités par MM. Presta et Tarruella, tant dans le service de M. le docteur Ors, à l'hôpital de la Santa Cruz de Barcelone, que dans leur clientèle privée, sont au nombre de 43; dans tous, la médication aurait traduit son efficacité en imprimant à la maladie un nouveau mode d'évolution bien caractérisé, que nos confrères décrivent de la manière suivante :

Les varioleux traités dès la période des papules et des vésicules, avec œdème et tuméfac-

(1) Elle avait, pourtant, duré quatre heures, et encore le temps mis à la disposition des orateurs non inscrits sur le programme avait-il été limité à cinq minutes, sauf pour M. Koch qui a parlé pendant une heure environ.

tion, surtout à la face, température élevée, phénomènes énanthématiques plus ou moins accentués, etc., évoluent rapidement et régulièrement, en dix à quinze jours, vers la guérison définitive par lysis progressive. La température baisse et devient normale du troisième au cinquième jour, suivant l'intensité du mal; le nombre des pulsations diminue également. On n'observe dans aucun cas de dissociation de la température et du pouls. L'exanthème subit bientôt l'effet du traitement : les vésicules ne poursuivent pas leur évolution pyogène. Celles de la face seulement laissent exsuder un liquide séreux légèrement lactescent, qui se dessèche sur la vésicule en formant une mince croûte. Ces croûtes ne confluent pas, d'où l'absence de masque séro-purulent; beaucoup ne produisent pas d'exsudat et se résorbent.

Sur le corps, on ne verrait jamais de vésicules suppurer ni fournir de sérosité : toutes se dessèchent par résorption et la pellicule dermique se kératinise. La rougeur et l'œdème de la face disparaissent complètement en vingt-cinq à quarante heures. Il ne persiste pas de bouffissure du visage, pas plus que des paupières, et les malades conservent leurs traits de physionomie; ils n'éprouvent au visage ni douleur, ni cuisson, comme c'est le cas avec les autres traitements; ils ne ressentent qu'un léger tiraillement de la peau. Aussi voit-on le varioleux pâle, sans plaques congestives, placide et tranquille, assister en spectateur à sa maladie.

L'évolution définitive de l'éruption se produit au dixième ou au douzième jour, par la disparition des petites croûtes séreuses, la peau restant décolorée. Au lieu des ulcérations cicatricielles que l'on remarque dans les cas ordinaires, où elles constituent la trace indélébile de l'*usure* dermique produite par le processus de suppuration, on constate, comme dernière manifestation de l'éruption variolique, des saillies dures, légèrement rosées, sans contenu liquide, semblables à des tubérosités dermiques, qui, au bout de vingt jours tout au plus, disparaissent sans laisser de déformation cutanée. On ne constaterait de perte de substance dans aucun cas.

L'état général va habituellement de pair avec cette rapide évolution des manifestations exanthématiques. Le système nerveux, l'appareil circulatoire et le poumon, la fonction urinaire, le tube digestif n'ont présenté, chez aucun des patients observés par MM. Presta et Tarruella, de complications venant troubler la bonne marche de la variole ainsi traitée. Au contraire, dans les cas rares où il y avait des phénomènes de bronchite, de catarrhe gastro-entérique, d'asthénie cardiaque, etc., ceux-ci cédèrent au traitement par la levure, sans qu'il fût nécessaire d'instituer d'importantes médications symptomatiques. Toutefois, nos confrères estiment que le clinicien doit, en principe, surveiller attentivement l'état de tous ces appareils et systèmes, pour pouvoir parer à toute complication éventuelle, provenant d'une maladie antérieure ou de la toxi-infection varioleuse elle-même, et susceptible d'altérer à un moment donné la bonne marche d'ensemble du mal, obtenue grâce à la levure.

La présence des *tubérosités secondaires*, après la dessiccation des vésicules, explique l'absence de période de suppuration. L'infiltration leucocytaire et plasmatique qui se produit dans les couches tégumentaires par diapédèse est arrêtée et n'atteint pas le dernier terme de son évolution, la mort des leucocytes avec usure du tissu conjonctif. Elle ne dépasse pas sa première période, et la peau se trouve envahie par les éléments morphologiques amenés par la phlogose, lesquels se résorbent peu à peu sans laisser de trace cutanée.

Les suppurations secondaires (furonculose, abcès, adénites), si fréquentes pendant la convalescence de la variole, ont toujours fait défaut chez les malades traités par la levure.

Les modifications de la sécrétion urinaire méritent d'être signalées. Dans les cas où le patient était albuminurique au début du traitement, l'albuminurie, au lieu d'augmenter, disparut à mesure que la guérison progressait. Quand il n'y avait pas d'albuminurie au début, cette complication ne s'est jamais présentée au cours du traitement par la levure. Le taux de l'urine totale et l'élimination azoturique augmentèrent, et vers la fin survinrent des crises de polyurie azoturique.

MM. Presta et Tarruella ont aussi traité de la même façon 28 cas de rougeole et 17 de scarlatine. A part un décès, les effets de dessiccation rapide de l'exanthème morbilleux et scarlatineux (de trente à quarante-cinq heures) se montrèrent également dans ces deux séries de faits. On put y remarquer, comme dans la variole, la prompte disparition des phénomènes énanthématiques (oculaires, naso-pharyngo-bronchiques, quelquefois pulmonaires, entériques, amygdaliens, rénaux, etc.) et l'effacement du tableau général de toxi-infection, avec apyrexie au bout de trente à trente-six heures.

La plupart des observations ont été recueillies en pleine épidémie de ces deux infections, épidémie dans laquelle abondaient les cas mortels; nos confrères eux-mêmes, ayant traité plusieurs malades atteints de rougeole et de scarlatine par les méthodes classiques, avaient constaté chez eux des évolutions très accidentées (méningisme, broncho-pneumonies, entérites, ophtalmies, angines membraneuses à streptocoque, néphrites fortement albumineuses, accompagnées d'œdèmes), avec une durée moyenne de vingt à trente jours. Par contre, chez les sujets qui prirent de la levure, l'affection qui eut la plus longue durée atteignit le sixième jour; tous les autres cas évoluèrent en trois ou quatre jours à partir du commencement de l'exanthème.

Dans tous ces faits, la levure parut exercer une sorte de jugulation, en abrégeant le cours de la maladie et en lui donnant une évolution franche, sans aucune des suites et complications qu'elle comporte si souvent.

Les caractères que présenta la marche des exanthèmes morbilleux et scarlatineux, sous l'influence de la levure, furent pour ainsi dire ceux des cas légers où l'éruption se dessine et s'efface en peu de temps, sans persister et sans devenir hémorrhagique. Dans la scarlatine, l'épiderme subit à peine un peu de dessiccation, d'exfoliation, surtout quand le médicament fut administré dès les trente premières heures. Au lieu de grands lambeaux épidermiques, on verrait alors tomber de tout petits morceaux de peau, et, quelquefois, se produire une sorte de desquamation furfuracée rappelant la desquamation morbilleuse.

Dans la rougeole, les taches disparurent, dans nombre de cas, sans être suivies de desquamation; le moins souvent — d'ordinaire chez les malades traités tardivement — il y eut une desquamation en minces pellicules semblables à du son, laquelle cessa au bout de vingt-quatre heures, la peau restant pâle et nette comme dans la scarlatine.

Pour ce qui est de cette dernière affection, l'angine céderait aux premières prises de levure; elle finirait par disparaître entièrement, ainsi que le syndrome général, et, par cela même, toutes les médications locales deviendraient inutiles. Lorsque, dans quelques cas, il y avait déjà de l'albuminurie, cette complication cessa également, et l'urine resta débarrassée d'albumine au bout de quatre à six jours.

L'effet d'ensemble consista en somme en une réduction du processus infectieux, le syndrome local et général s'atténuant à la manière d'une infection de virulence amoindrie.

Enfin, sur 24 cas d'érysipèle que MM. Presta et Tarruella ont aussi traités par la levure, les résultats ont été uniformément excellents : l'évolution fut rapide et si bénigne que, lorsqu'on avait fait prendre le médicament dès le début de l'infection streptococcique, la dessiccation, la disparition de la température et du syndrome général au troisième ou au quatrième jour furent la règle. Dans tous les cas le diagnostic bactériologique avait été fait, avec culture du streptocoque et inoculation expérimentale pour déterminer sa virulence.

Lorsque l'infection fut traitée dans les premières quarante heures, on vit constamment la marche envahissante de la plaque érysipélateuse s'arrêter, l'œdème et la rougeur s'effacer progressivement, les ampoules et les vésicules se dessécher et se résorber, la douleur spontanée et la douleur provoquée disparaître. Après quatre jours au maximum, la lésion locale était réduite à une légère plaque de peau infiltrée, indolore et de couleur rosée qui, au sixième jour, s'effaçait complètement, avec desquamation. Le syndrome général se montrait atténué au bout de quarante heures et il prenait fin au bout de trois jours.

Le résultat a été aussi brillant dans les cas déjà avancés, au huitième ou au douzième jour, avec grave syndrome de toxi-infection générale, avec lésion locale énorme et tête monstrueuse, ainsi que dans les érysipèles à forme ambulatoire. L'évolution a été cependant plus longue et a nécessité des médications distinctes pour répondre à des indications secondaires présentant parfois de l'importance (anurie, insuffisance cardiaque, hyperpyrexie, congestion pulmonaire, etc.). Les phénomènes locaux ont toujours évolué progressivement vers la guérison, bien que l'on n'ait fait usage d'aucun topique : tous les moyens locaux avaient d'ailleurs échoué avant le traitement par la levure). L'œdème, la tuméfaction et la douleur ont diminué, les vésicules se sont desséchées jusqu'à complète disparition du sixième au huitième jour, dans les cas de plus longue durée. Il n'y eut de récidive chez aucun de ces malades, fait important, car quelques-uns d'entre eux étaient d'anciens érysipélateux récidivants.

En ce qui concerne les doses, on donnait, dans toutes ces affections, de 4 à 6 cuillerées à café de levure sèche par vingt-quatre heures. Aux premières doses, les malades éprouvaient du bien-être; les phénomènes subjectifs s'apaisaient tout d'abord, bientôt suivis par les phénomènes objectifs.

En présence de ces résultats, MM. Presta et Tarruella seraient portés à croire que la levure de bière exerce dans ces affections une action quasi spécifique, en réalisant une véritable médication *étio-pathogénique*. Ils ont pu se convaincre, en effet, par des expériences de laboratoire, que la levure, injectée soit en même temps qu'un streptocoque ou un staphylocoque virulent, soit jusqu'à trois jours plus tard, atténue ou guérit l'infection. Cette action serait due non à des produits solubles sécrétés par la levure, mais au protoplasma même de celle-ci, car si l'on fait végéter sur le même milieu de la levure et des streptocoques, ces derniers ne commencent à s'agglutiner que lorsqu'un certain nombre de cellules de levure se sont désagrégées.

QUINZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 20 au 25 octobre 1902.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Séance du 22 octobre 1902.

Résultats de la gastro-entérostomie par les divers procédés.

M. Monprofit. — Sur 101 cas de gastro-entérostomie, j'ai pratiqué 15 fois la gastro-entérostomie antérieure par le procédé de Wölfler, 73 fois la gastro-entérostomie postérieure par le procédé de von Hacker, 13 fois la gastro-entérostomie par le procédé de Roux. Dans mes gastro-entérostomies antérieures, le fonctionnement de l'anastomose a été beaucoup plus défectueux qu'avec les deux autres procédés. Le fonctionnement des anastomoses gastro-jéjunales a été sensiblement aussi bon avec le procédé de von Hacker et avec celui de Roux, bien que ce dernier donne des résultats plus constamment parfaits.

Néanmoins, comme la durée et la difficulté de l'opération de Roux sont un peu plus grandes, j'emploie de préférence le procédé de von Hacker chez les cancéreux très affaiblis; au contraire, dans les affections bénignes de l'estomac, j'ai plus volontiers recours au procédé de Roux.

M. Hartmann (de Paris). — J'ai pratiqué 60 interventions sur l'estomac, dont 53 gastro-entérostomies, avec 10 morts. Pour obtenir des

succès dans les cas de lésions bénignes de l'estomac, il importe de suivre certaines règles au point de vue des indications, et de ne pas opérer tous les cas rebelles au traitement médical. On doit surtout se méfier des dyspepsies nerveuses, qui donnent des insuccès. La dilatation simple, même à la période atonique, ne fournit qu'exceptionnellement une indication opératoire. Dans le cas de sténose pylorique, je suis partisan de l'intervention hâtive. Un ulcère récent non compliqué doit être traité médicalement; quand l'ulcère est chronique, il ne faut intervenir que lorsque la lésion siège au niveau du pylore et détermine des troubles mécaniques.

M. Roux. — Je ne partage pas l'opinion de M. Hartmann au sujet du traitement de l'ulcère, et je n'attends pas l'apparition des troubles mécaniques pour pratiquer la gastro-entérostomie, qui facilite singulièrement la guérison. Je n'approuve pas non plus l'expectation dans le cas de grande hémorrhagie, car l'excision ou la suture m'ont fourni de très beaux résultats. J'ai complètement renoncé à l'emploi du bouton de Murphy, qui m'a donné le seul cas de mort que j'aie eu sur 40 gastro-entérostomies pour lésions bénignes de l'estomac.

M. Pauchet (d'Amiens). — J'ai opéré 30 malades atteints de lésions non malignes de l'estomac, avec 2 morts seulement; ces 30 interventions comprennent 25 gastro-entérostomies, avec un décès. Je considère cette dernière opération comme d'une bénignité absolue, lorsqu'on la pratique pour des affections non malignes de l'estomac. Le résultat thérapeutique a été très satisfaisant dans la plupart des cas, et je crois, comme M. Hartmann, que ce sont surtout les dyspepsies nerveuses qui ne sont pas améliorées par la gastro-entérostomie. Au point de vue de la technique opératoire, je donne actuellement la préférence au procédé de Petersen, qui a l'avantage de laisser l'estomac et l'intestin dans leurs rapports normaux.

Diagnostic et traitement de l'appendicite.

M. Cazin. — La numération des globules blancs du sang constitue un élément d'appréciation des plus importants, au point de vue de l'indication opératoire, dans l'appendicite à chaud, et plus particulièrement en ce qui concerne le diagnostic précoce des abcès, bien avant que les autres signes permettent d'affirmer la suppuration; ce sont donc surtout les temporisateurs qui doivent tirer profit de l'examen hématologique.

L'indication opératoire, en effet, reste formelle pour le premier et le deuxième jour, attendu que les résultats de l'opération précoce sont ici parfaits. Nous visons donc seulement les malades pour lesquels le chirurgien n'est consulté qu'à partir du troisième jour, car c'est dans ces cas que les temporisateurs attendent que le patient soit à peu près irrémédiablement perdu pour penser que l'opération ne peut plus être dangereuse. C'est que, en effet, il peut arriver au clinicien le plus expérimenté de laisser évoluer une forme grave sans la reconnaître à temps. Or, l'examen du sang, qui n'est guère pratiqué qu'en Amérique et en Allemagne, dans les cas d'appendicite, permet d'éviter tout retard.

J'ai pu, grâce aux travaux de M. Curschmann (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 129) et de M. Da Costa junior (de Philadelphie), réunir, en y comprenant 23 cas personnels, 201 observations d'appendicite avec examen du sang.

Au début de la crise, il y a toujours augmentation du taux leucocytaire, mais cette augmentation n'est que passagère dans les formes bénignes. Elle est d'ailleurs ordinairement beaucoup plus considérable dans les cas de gangrène, d'abcès ou de péritonite généralisée.

L'élévation du nombre des globules blancs, à un jour éloigné du début, prouve avec certitude l'existence d'un abcès. A elles seules, les petites collections enkystées, qu'on découvre parfois dans les opérations à froid, ne permettent pas la résorption des toxines qui déterminent l'augmentation des leucocytes.

Cette étude du sang dans l'appendicite ne peut être instructive qu'à la condition de s'appuyer sur des examens répétés. Elle doit, en outre, être continuée après l'opération, jusqu'à constatation du retour au chiffre normal.

M. Thiéry. — C'est des indications opératoires dans l'appendicite que je veux dire quelques mots.

Dans le cas d'abcès, on doit intervenir sans retard, et, en pareille occurrence, j'emploie toujours l'incision de Roux; je ne pratique la résection de l'appendice que lorsque celui-ci se présente en quelque sorte de lui-même, mais je ne le recherche pas. Quand on a affaire à une appendicite aiguë au début, sans suppuration, il faut opérer, si, au quatrième jour, la défense musculaire, la température et l'accélération du pouls n'ont pas disparu. Enfin, dans les cas de péritonite généralisée, on ne doit pas hésiter à intervenir, si minimes que puissent être les chances de guérison.

M. Braquehaye (de Tunis). — Le diagnostic de l'appendicite présente souvent de grandes difficultés. Dans un cas où je suis intervenu, chez un enfant de huit ans, au huitième jour après le début d'accidents que j'avais rapportés à une appendicite, j'appris ensuite que le petit malade avait reçu des coups de pied dans l'abdomen, coups qui avaient déterminé la production d'un hématome; la tuméfaction que j'avais constatée dans la fosse iliaque droite était due à cet hématome.

M. Guinard (de Paris). — J'ai observé 2 cas de pleurésie purulente d'origine nettement appendiculaire. Le premier concerne un enfant de onze ans, que j'avais opéré d'une appendicite aiguë à forme très grave; j'avais réséqué l'appendice et établi un large drainage. Malgré mon intervention, l'infection continuait, sans qu'il me fût possible de trouver le siège du pus. Je fis une pleurotomie exploratrice qui me permit d'évacuer un épanchement purulent abondant. A partir de ce moment, l'enfant se rétablit rapidement.

Le second de mes malades était un homme de quarante-neuf ans qui me fut amené pour une pleurésie purulente et auquel je fis immédiatement une pleurotomie. J'appris ensuite que le malade souffrait de crises appendiculaires depuis sept ou huit ans. Un an auparavant, il avait notamment présenté une violente crise d'appendicite, suivie d'une pleurésie séreuse du côté droit. Six mois plus tard, une nouvelle crise d'appendicite détermina derechef des accidents thoraciques, pour lesquels on porta le diagnostic de pleurésie purulente. Cependant les ponctions restèrent blanches, et seule la pleurotomie me permit de trouver une collection interlobaire. Un mois après avoir quitté l'hôpital, le malade eut une nouvelle crise d'appendicite; je l'ai opéré ensuite à froid, avec certaines difficultés, et il en est résulté une fistule stercorale, qui semble actuellement avoir une tendance à guérir spontanément.

M. Lapeyre (de Tours). — J'ai pu suivre pendant cinq ans une femme atteinte de colite muco-membraneuse, qui, il y a un an, eut pour la première fois une crise d'appendicite. L'appendice fut enlevé et le résultat thérapeutique, au point de vue de la colite, a été excellent. Dans un cas analogue, chez un enfant de quatorze ans, j'ai constaté, à la suite de l'ablation de l'appendice, la même amélioration des symptômes de colite.

M. Barnsby (de Tours). — Dans un travail publié en 1898, j'ai déjà attiré l'attention sur une variété d'appendicite d'origine annexielle, chez la femme. J'ai continué à m'occuper de ce sujet et j'ai pu me convaincre que le diagnostic de cette forme pouvait être parfaitement posé dans la plupart des cas. Cette variété évolue à la façon d'une appendicite chronique d'emblée. La constatation des lésions annexielles, l'existence de crises douloureuses développées au niveau de la fosse iliaque droite et compliquées de constipation, constituent les principaux éléments du diagnostic.

Chirurgie du foie.

M. Tédenat (de Montpellier). — J'ai opéré 4 cas très nets de grands abcès du foie consécutifs à la grippe; ils contenaient en moyenne de un litre à un litre et demi de pus, dont l'examen bactériologique a donné des résultats négatifs, ce qui nous autorise à penser que ce pus était stérile. Chez les 4 malades, les suites opératoires ont été normales et la guérison a été obtenue.

M. Paul Delbet (de Paris). — Chez une femme de trente-deux ans, souffrant depuis dix ans de douleurs qu'on pouvait rapporter à une lithiase vésiculaire, je fis une laparotomie qui me permit de trouver seulement une adhérence large de 2 centimètres entre le foie et la paroi antérieure de l'abdomen. Je détruisis cette adhérence, qui, selon toute vraisemblance, était congénitale, et ma malade a parfaitement guéri.

Dans un autre cas, relatif à une femme de cinquante-deux ans, qui présentait un ictère chronique faisant songer à une obstruction calculeuse du cholédoque, je trouvai une induration et une augmentation de volume de la tête du pancréas. Je pensai qu'il s'agissait d'un cancer et je refermai le ventre. Or, la malade a guéri et reste bien portante depuis deux ans. Le seul diagnostic possible est donc celui de pancréatite chronique.

M. Barnsby. — J'ai opéré un cas de cholécystite calculeuse suppurée, chez une femme qui n'avait jamais eu aucun symptôme du côté des voies biliaires, mais qui, en revanche, avait souffert de troubles gastro-intestinaux, de sorte que je crus tout d'abord à un abcès péri-appendiculaire. L'opération montra qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire énorme, adhérente au cœcum, en bas, et au côlon descendant, en dedans. J'en retirai 700 grammes de pus et 294 petits calculs polyédriques. Je réséquai, après une dissection laborieuse, tout le fond de la vésicule, et je marsupialisai le reste de la poche. La malade a guéri rapidement, ne conservant qu'une fistulette insignifiante.

M. Péraire (de Paris). — Chez un marin de vingt-cinq ans, qui avait eu la dysenterie et des accès de fièvre intermittente, et qui présentait un foie volumineux et très douloureux, j'ai pratiqué une laparotomie, pensant avoir affaire à un abcès des pays chauds. Je suis tombé sur une hépatite hypertrophique sans abcès et sans splénomégalie. J'ai fait alors une cholécystostomie, qui amena une amélioration, mais la fistule s'est fermée trop tôt, et j'ai appris dernièrement que le malade avait succombé à la cachexie.

J'ai opéré aussi une femme de soixante et un ans, qui offrait une tuméfaction douloureuse au niveau de la vésicule biliaire. L'incision latérale de l'abdomen mit à nu une vésicule distendue par de la bile, mais ne renfermant pas de calculs dans sa cavité; par contre, il y en avait dans la paroi de la vésicule. Je fis la cholécystectomie et j'abouchai à la paroi abdominale le canal cystique dans lequel j'avais senti des calculs. Cette cysticostomie m'a permis d'extraire 27 calculs et de cathétériser le canal cholédoque. La malade est complètement guérie.

M. Maire (de Vichy). — J'ai pratiqué une cholécystostomie chez une femme de soixante-six ans, sans antécédents hépatiques, qui avait brusquement présenté des accidents simulant une hernie étranglée. La vésicule biliaire renfermait 400 grammes de liquide et un calcul de 27 grammes, enclavé dans le canal cystique. Je terminai l'opération en fixant la vésicule à la paroi. La malade guérit très simplement, et la fistule se ferma spontanément deux mois plus tard.

De l'intervention chirurgicale dans les coups de feu de l'estomac.

M. Forgue (de Montpellier). — J'ai eu l'occasion d'intervenir dans un cas de plaie de l'estomac par balle de revolver; après avoir suturé la plaie de la face antérieure, j'ai cherché sans succès l'orifice de sortie sur la face postérieure. Mon malade a succombé au troisième jour à une hématémèse; l'autopsie m'a montré qu'il n'y avait pas, en effet, d'orifice de sortie, et j'ai retrouvé la balle dans l'estomac. Il existait, en revanche, une ulcération gastrique, avec lésions inflammatoires très étendues; cette ulcération était due évidemment à une contusion produite par le projectile.

M. Souligoux (de Paris). — Je suis intervenu deux fois dans le courant de l'année dernière, pour des plaies de l'estomac par coup de revolver. Dans le premier cas, je n'ai découvert l'orifice postérieur qu'à l'autopsie, la malade ayant succombé à un hémopneumothorax. Dans le deuxième fait, il m'a été difficile de trouver la perforation de la face antérieure de l'estomac, que j'ai obturée par ligature; quant à la plaie postérieure, il m'a été impossible de la déceler; j'ai établi un drainage, et ma malade a parfaitement guéri.

M. Cazin. — J'ai eu l'occasion d'opérer une femme qui, dans une tentative de suicide, s'était fait une plaie de l'estomac par balle de re-

volver; je découvris facilement une plaie perforante sur la face antérieure et je la suturai. J'explorai ensuite soigneusement la face postérieure, sans rencontrer la moindre lésion; je fus forcé d'en conclure que le projectile était resté dans l'estomac. Je fis surveiller les évacuations, et, au huitième jour, la balle fut retrouvée dans les selles. Ma malade a rapidement guéri.

M. Mauclaire communique une observation d'*hématome de l'arrière-cavité des épiploons consécutif à une nécrose pancréatique.*

M. Faure relate deux cas de *pancréatite suppurée.*

Séance du 24 octobre 1902.

Traitement du tétanos.

M. Vallas (de Lyon), *rapporteur.* — Malgré cinq insuccès qui ont été publiés, la valeur préventive du sérum antitétanique est rigoureusement démontrée, et l'on peut dire que, si la sérothérapie préventive était appliquée à tous les blessés, le tétanos disparaîtrait de la pathologie humaine, comme la variole devant le vaccin. Malheureusement, c'est là un idéal impossible à atteindre, car le tétanos est relativement trop rare pour que l'on puisse faire accepter une telle pratique. Il n'en est pas moins certain que le traitement préventif est formellement indiqué dès qu'on se trouve en présence d'une plaie contuse, anfractueuse, souillée de terre ou de débris étrangers; il faut alors faire une injection de 10 c.c. le premier jour, une seconde injection le troisième jour, et enfin une troisième le dixième jour. Si la plaie suspecte persiste plus longtemps, surtout s'il y a des complications locales, susceptibles, par des associations microbiennes, de favoriser la végétation du bacille de Nicolaïer, il sera prudent de renouveler l'injection préventive tous les quinze jours.

En face d'un tétanos déclaré, il faut reconnaître que nous sommes désarmés. Cependant, la sérothérapie constitue encore à ce moment notre ressource la plus précieuse. Par elle, on pourra agir sur les cas chroniques à évolution lente, et apporter un secours efficace aux efforts spontanés de l'organisme vers la guérison.

On a utilisé, pour les injections de sérum antitétanique, les voies sous-cutanée, intraveineuse, cérébrale et sous-arachnoïdienne.

Le traitement par les injections intracérébrales paraît surtout avoir l'énorme désavantage de n'être pas inoffensif. Alors qu'on ne cite que des accidents insignifiants à la suite des injections sous-cutanées et même intraveineuses, les faits ne sont pas rares où l'injection intracérébrale a provoqué des accidents sérieux, voire même la mort des malades. Cette méthode est donc à rejeter d'une façon absolue.

Les observations relatives à la voie sous-arachnoïdienne, d'ailleurs peu nombreuses, sont également peu favorables au procédé. La statistique, en effet, fournit des résultats lamentables : 13 morts sur 20 cas, soit une mortalité de 65 %. Il est d'ailleurs à noter que, sur les 7 cas de guérison, la plupart sont peu démonstratifs. La voie sous-arachnoïdienne doit donc être laissée de côté, comme inutile et dangereuse.

Le mode d'introduction du sérum sera donc l'injection sous-cutanée, et, pour quelques indications exceptionnelles, l'injection intraveineuse.

J'ai pu réunir 373 cas de tétanos traités par les injections sous-cutanées de sérum antitétanique, avec 145 morts et 228 guérisons, ce qui donne une mortalité de 39 %, alors que la proportion des décès pour les cas de tétanos traités par la méthode ancienne est de 70 % environ; on est donc en droit de conclure que la sérothérapie a abaissé d'une façon générale le taux de la mortalité.

La voie veineuse paraît destinée à rendre des services surtout dans les cas où la violence et la rapidité de l'intoxication imposent la nécessité d'agir vite. Il faut bien dire cependant que le nombre des observations publiées n'est pas encore assez élevé pour que cette conclusion ait une valeur définitive.

La médication chloralique et l'acide phénique en injections hypodermiques constituent des traitements symptomatiques destinés à agir sur la contracture. Ils ne doivent être considérés que comme des moyens auxiliaires, mais il est bon de les utiliser en même temps que le sérum. Toutefois, la toxicité de l'acide phénique et l'innocuité du chloral doivent, jusqu'à nouvel ordre, faire donner la préférence au second de ces agents médicamenteux.

Il est impossible de formuler un jugement sur les autres méthodes proposées, mais rien n'autorise à espérer qu'elles puissent fournir un agent véritablement spécifique ou seulement supérieur à ceux que nous possédons déjà.

Quant au traitement chirurgical, il se bornera à la désinfection antiseptique de la plaie.

M. Lucas-Championnière. — J'ai eu l'occasion de suivre 2 malades traités par l'injection intracérébrale; l'un a guéri et l'autre a rapidement succombé. Deux ou trois autres faits que j'ai pu observer m'ont démontré l'innocuité de la méthode.

En ce qui concerne le traitement préventif, je suis absolument convaincu de son efficacité. A la suite de l'entrée d'un cas de tétanos utérin dans mon service, j'ai eu à déplorer très rapidement 2 cas de tétanos abdominal, qui se sont terminés tous deux par la mort. A ce moment j'ai fait des injections préventives à tous les opérés et même au personnel, pendant quatre mois consécutifs, et il ne s'est produit aucun autre cas de tétanos. D'autre part, depuis que je fais l'injection préventive pour toutes plaies qui ont été en contact avec le sol, je n'ai plus observé de tétanos.

M. Bazy (de Paris). — Lorsque j'ai attiré l'attention de la Société de chirurgie sur les avantages du traitement préventif par le sérum antitétanique (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 91), ma communication a été accueillie avec un certain scepticisme; je vois que le nombre des partisans de la méthode a augmenté, pour le grand bénéfice des blessés. Je continue pour ma part à me féliciter de l'application de cette méthode, attendu que je l'emploie depuis sept ans sans avoir eu un seul insuccès.

M. Girard (de Berne). — On ne peut nier qu'il y ait un certain danger à pratiquer les injections intracérébrales; je puis même vous citer une autopsie qui a permis de constater un petit foyer de ramollissement au niveau de l'injection, et un autre cas où l'on a trouvé le sérum enkysté dans le tissu cérébral. Mais il n'y en a pas moins des malades qui ont guéri à la suite des injections intracérébrales; j'ai vu notamment un fait assez démonstratif, où les injections sous-cutanées avaient été répétées pendant plusieurs jours sans succès, alors qu'une injection intracérébrale a été rapidement suivie de guérison. Je crois donc, contrairement à M. Vallas, qu'il serait injuste de proscrire la voie intracrânienne d'une façon absolue.

M. Maunoury (de Chartres). — Je pense aussi qu'il est un peu prématuré de formuler un jugement aussi sévère sur la méthode des injections intracérébrales. Dans un certain nombre d'observations citées comme des exemples d'insuccès, les malades ont été soignés pendant plusieurs jours par d'autres méthodes, et l'injection intracérébrale n'a en quelque sorte été faite qu'en désespoir de cause. Pour ma part j'ai guéri 2 cas de tétanos par la méthode intracrânienne, l'un en 1899, l'autre en 1900.

M. Barette (de Caen). — J'ai observé 11 cas de tétanos dans ces dernières années. Dans 5 de ces faits, on a seulement institué le traitement médical, qui a donné 1 guérison et 4 morts. Un autre malade a succombé, malgré le sérum injecté par voie sous-cutanée et malgré l'amputation. Dans la septième observation, les injections répétées de sérum et une amputation de Lisfranc ont d'abord été suivies d'une amélioration réelle, mais le patient n'en a pas moins succombé. J'ai eu ensuite trois guérisons grâce au sérum, injecté par la voie cérébrale dans 2 cas et par la voie sous-cutanée dans le troisième. Enfin la méthode intracrânienne a échoué dans ma onzième observation.

M. Reynier (de Paris). — Je crois qu'il faut insister sur la nécessité de faire les injections préventives de sérum antitétanique aussi près que possible du moment même de l'accident, ainsi que l'ont démontré les expériences sur les animaux. J'ai malheureusement vu la méthode échouer chez un malade qu'on allait opérer d'une hernie et auquel on a fait l'injection préventive sur le lit d'opération; le tétanos n'en a pas moins éclaté au quatorzième jour.

Dans le cas de tétanos déclaré, il ne faut pas craindre d'associer à la sérothérapie sous-cutanée les injections de chloral *à doses massives;* c'est ainsi que j'ai pu sauver 3 malades dans mon service.

M. Villar. — J'ai eu recours dans 2 cas à l'injection intracérébrale; les 2 malades sont morts. Quant à la méthode des injections préventives, je la crois très efficace et j'y ai recours d'une façon systématique.

M. Reboul. — Avant l'emploi du sérum antitétanique, tous les cas de tétanos que j'ai vus se sont terminés par la mort. Depuis 1897, je pratique systématiquement la sérothérapie préventive pour toutes les plaies suspectes; en outre, après avoir nettoyé la plaie, je l'imprègne avec un mélange d'eau oxygénée et de naphtol camphré, et j'injecte ce mélange dans les anfractuosités. Je n'ai pas observé un seul cas de tétanos chez les malades que j'ai ainsi traités.

En revanche, j'ai vu 2 cas de tétanos chez des blessés auxquels la méthode préventive n'avait pas été appliquée. Le sérum antitétanique a été injecté par voie sous-cutanée dans le premier cas, et par voie intracérébrale dans le deuxième, et les 2 malades ont succombé.

M. Schwartz (de Paris). — Depuis 1898, 330 blessés ont été soumis dans mon service à l'injection préventive de sérum antitétanique, et aucun d'eux n'a été atteint de tétanos; les 2 seuls cas de tétanos observés par moi durant cette période concernent des blessés qui n'avaient pas reçu d'injections préventives.

M. Tailhefer (de Béziers). — Je puis vous citer un cas de mort subite à la suite d'une injection intrarachidienne de sérum antitétanique. J'avais injecté 5 c.c., très lentement, quand la mort se produisit; j'avais auparavant évacué 20 c.c. de liquide céphalo-rachidien. Je dois ajouter que le sérum datait d'un an et quelques jours.

M. Tavel (de Berne). — Le tétanos splanchnique me paraît n'être influencé en aucune façon par le sérum antitétanique. En revanche, j'ai vu dans plusieurs cas le tétanos céphalique arrêté immédiatement dans son évolution par les injections sous-cutanées ou intracérébrales.

Dans les expériences que j'ai faites sur les animaux, j'ai pu guérir des lapins, après le début des accidents tétaniques, en injectant des doses très fortes d'un sérum très actif.

Mes expériences m'ont également démontré qu'il faut associer aux injections sous-cutanées ou intraveineuses les injections intraventriculaires, pour chercher à immuniser les centres médullaires.

M. Blanquinque (de Laon). — Je crois que M. Vallas n'a pas suffisamment insisté sur les avantages des injections de *doses massives* de sérum antitétanique. J'ai eu l'occasion d'en apprécier l'efficacité dans 3 cas qui se sont terminés par la guérison.

M. Guinard. — Depuis neuf ans que j'emploie les injections préventives, je n'ai vu qu'un cas de tétanos, chez un blessé qui précisément n'avait pas été soumis à ce traitement.

Anus artificiel et entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale.

M. Monprofit. — Dans un cas d'occlusion intestinale aiguë, j'ai pratiqué d'abord une fistule stercorale sous-ombilicale, pour mettre fin aux accidents d'occlusion; ultérieurement, afin de rétablir le cours normal des matières, j'ai anastomosé l'intestin grêle, au-dessus de l'obstacle, avec le côlon ascendant, et j'ai supprimé l'anus artificiel devenu inutile. Dans ce cas, l'obstacle était constitué par des adhérences intestinales très étendues et ne pouvait être levé. Je crois que la conduite que j'ai suivie est indiquée dans tous les cas de ce genre.

M. Roux. — L'anastomose peut s'appliquer, en effet, non seulement à l'iléus paralytique, mais aussi aux cas où l'on a levé l'obstacle. On évite ainsi à coup sûr la stercorémie, à laquelle succombent tant de malades, malgré la fistule stercorale que l'on a établie.

Adénite iliaque tuberculeuse compliquée d'occlusion intestinale.

M. Reboul. — Appelé auprès d'une femme de trente-deux ans qui présentait tous les signes d'une occlusion intestinale, je constatai, au niveau de la partie moyenne de la région inguino-crurale droite, l'existence d'une tumeur offrant tous les caractères d'une hernie étranglée, inguinale ou crurale. L'opération me montra qu'il s'agissait d'une tumeur ganglionnaire, dont je pratiquai l'extirpation; à la suite de mon inter-

vention, les symptômes d'occlusion disparurent complètement. Les ganglions enlevés renfermaient des foyers caséeux de tuberculose.

M. Jacques Reverdin (de Genève). — J'ai eu l'occasion d'observer 2 cas analogues à celui que M. Reboul vient de nous communiquer. Dans le premier, où j'ai enlevé la tumeur, le résultat a été excellent; mon opéré est toujours en bonne santé, et l'intervention date actuellement de vingt ans. Mon deuxième malade était dans un si mauvais état général, que j'ai cru devoir me borner à instituer un traitement médical, qui a amené une amélioration assez rapide.

Trois cas d'ablation du cæcum.

M. Duret (de Lille). — J'ai pratiqué 3 fois l'ablation du cæcum; mes 3 malades ont guéri. Dans un de ces cas, je croyais absolument avoir affaire à un cancer; or, il s'agissait de cette variété de tuberculose cæcale sur laquelle M. le professeur Dieulafoy a dernièrement attiré l'attention (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 329-336); le résultat opératoire a été excellent, mais malheureusement le résultat éloigné est moins satisfaisant, car mon malade, que j'ai vu récemment, est actuellement dans un mauvais état général.

Les 2 autres faits concernent des lésions cancéreuses; un de ces patients m'avait été envoyé comme atteint d'appendicite. Tous les deux sont encore sans récidive, l'un depuis huit mois, et l'autre depuis trois.

Des rapports de certaines tumeurs incluses avec le côlon pelvien.

M. Forgue. — J'ai rencontré cinq fois, du côté gauche, des tumeurs incluses ayant dédoublé le mésocôlon pelvien, au point de perdre toute mobilité dans le bassin et de présenter avec l'anse pelvienne du côlon de telles adhérences que l'ablation de la masse se heurtait aux plus grosses difficultés.

Une fois seulement, dans un cas de kyste suppuré, j'ai pu, après évacuation, pratiquer l'énucléation de la tumeur; dans un autre fait, je n'ai pu enlever qu'une partie de la poche et j'ai traité la portion inextirpable par une sorte de capitonnage.

Dans 2 cas, il s'agissait de cysto-épithéliomes ayant déjà entraîné la formation de végétations épithéliales sur le péritoine pelvien, et j'ai dû me borner à une laparotomie exploratrice.

Enfin, chez une femme atteinte de kyste glandulaire à masses polykystiques compactes, j'ai dû pratiquer l'hystérectomie et réséquer l'anse pelvienne du côlon; les suites ont été excellentes et la malade est actuellement en parfait état de santé.

De la compatibilité de l'existence avec des résections étendues de l'intestin grêle.

M. Dujon (de Moulins). — J'ai été appelé l'année dernière auprès d'un homme de soixante ans, porteur d'une volumineuse hernie scrotale depuis l'âge de vingt-deux ans, et atteint d'accidents d'occlusion. Au moment de l'opération, la hernie était sortie, mais elle semblait facilement réductible. Croyant à un étranglement interne, je fis une incision médiane sous-ombilicale, et, n'ayant rien trouvé au milieu de l'abdomen, je sentis des brides près de l'orifice profond du canal inguinal. Je fermai alors ma première incision et j'ouvris le canal inguinal, qui contenait plusieurs anses intestinales réunies par des adhérences anciennes tellement intimes que je dus enlever toute la masse intestinale, ainsi que le cordon, au ras de l'anneau. Les deux extrémités de l'intestin furent ensuite accolées en canon de fusil pour constituer un anus contre nature. La longueur de l'intestin réséqué atteignait 1 m. 60. Le malade a guéri de cette opération, mais j'ai ultérieurement supprimé l'anus contre nature, et le patient a malheureusement succombé à cette seconde intervention.

Cure radicale des hernies inguinales.

M. Bégouin. — Le procédé de Bassini pour la cure radicale des hernies inguinales doit être modifié de façon à supprimer le trajet intrapariétal du cordon, qui affaiblit la paroi, et à fermer l'orifice profond, par lequel la récidive se produit habituellement. On place donc le cordon en arrière de la paroi que l'on reconstitue en un seul plan, et on le fait sortir de l'abdomen, en bas, au niveau de l'orifice externe. Pour les sutures perdues, j'emploie le fil d'argent, qui m'a donné de bons résultats dans 11 cas.

M. Barette communique une observation de *fistule ombilicale externe d'origine omphalo-mésentérique*, traitée avec succès par la cure radicale.

M. Reynès relate un cas d'*abcès profond de la paroi abdominale*, survenu tardivement après la kélotomie.

Séance du 25 octobre 1902 (matin).

Indications et contre-indications de l'opération de Delorme.

M. Gangolphe (de Lyon). — J'ai voulu pratiquer l'opération de Delorme dans 2 cas d'empyème chronique, datant l'un de trois ans et demi, l'autre de six ans et demi, mais je n'ai pu y réussir à cause de l'épaississement considérable de la paroi thoracique qui s'opposait au renversement du volet thoracique. J'ai donc dû réséquer, sur une longueur de 11 centimètres, six côtes dans le premier cas, et quatre dans le second. Les deux malades guérirent parfaitement.

L'opération de Delorme a l'avantage de rendre au patient un organe essentiel, mais elle a l'inconvénient d'être plus difficile à exécuter et plus grave que la résection costale.

Chez les enfants, il est inutile d'y recourir, l'incision pleurale suffisant généralement. Chez l'adulte, le déplissement du poumon peut aussi s'observer après la simple incision.

Quand l'opération de Delorme a réussi et a permis le déplissement du poumon, on peut craindre que l'organe ne soit enserré ultérieurement dans la cicatrice; pour prévenir cet accident, il faudrait, d'après M. Garré, être sobre de résections costales et suturer les lèvres de la plèvre décortiquée à l'incision pariétale.

Incision postérieure dans l'empyème.

M. Moty (médecin militaire). — Je crois que dans l'empyème l'incision verticale postérieure doit être considérée comme l'incision de choix. Cette incision, un peu oblique, doit suivre autant que possible la direction des fibres du grand dorsal, qu'elle traverse; son milieu tombe à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate; elle conduit un peu en dedans de l'angle des côtes; on pénètre ainsi dans la plèvre par le huitième, ou, mieux, par le neuvième espace en rasant la côte sous-jacente. Avec ce procédé, qui satisfait aux lois de la physiologie pathologique et aux données de l'anatomie topographique, on n'a pas encore observé de fistules persistantes. Il est rapide, et, au moins, aussi facile à exécuter que l'incision latérale; la cicatrice qu'il laisse n'entraîne pas de gêne appréciable.

La hernie inguinale de la vessie.

M. Lucas-Championnière. — J'ai opéré récemment un nouveau cas de hernie inguinale avec cystocèle, chez un homme de cinquante-trois ans. La hernie était constituée par une masse tellement dure qu'on pouvait douter de sa nature. En dessous du sac, je trouvai une masse irréductible et dure, perdue dans de la graisse jaunâtre, et je m'aperçus, devant un écoulement d'urine, que la vessie venait d'être déchirée. J'en réséquai une portion et je suturai la plaie vésicale en trois plans. Le malade a été sondé une seule fois et ensuite il a uriné spontanément. La guérison a été obtenue sans incident.

Sur 900 hernies inguinales, j'ai rencontré la vessie certainement 6 fois et probablement 2 ou 3 autres fois, sans avoir pu le vérifier. Je n'ai observé dans ces cas aucun symptôme urinaire, et le plus souvent le diagnostic de cystocèle, avant l'opération, n'avait pas été fait.

Au cours des interventions, on reconnait la vessie à la masse graisseuse, dure et jaunâtre, qui enveloppe la saillie vésicale. La présence de cette masse graisseuse, sur laquelle j'ai appelé surtout l'attention, m'a permis plusieurs fois d'éviter la vessie.

Après la suture vésicale, je ne laisse pas de sonde à demeure : je la considère comme inutile et dangereuse.

M. Jacques Reverdin. — Je crois que M. Lucas-Championnière est un peu pessimiste au point de vue de la difficulté du diagnostic de la hernie de la vessie. Dans un premier cas que j'ai rencontré, je n'avais pas fait ce diagnostic, mais j'ai pu le poser très facilement dans un deuxième fait.

M. Gangolphe. — J'ai eu plusieurs fois l'occasion de porter le diagnostic de cystocèle inguinale avant l'opération. Dans d'autres cas, j'ai reconnu l'existence de la vessie herniée au cours de la cure radicale, en raison de l'épaisseur des parois de l'organe hernié, de sorte que j'ai pu la réduire sans l'avoir ouverte. Une fois seulement, j'ai réséqué une partie de la vessie que je n'avais pas reconnue; j'ai fait alors une suture et placé une sonde à demeure; le malade a parfaitement guéri.

M. Souligoux. — J'ai vu un de mes maîtres, au cours d'une cure radicale, ouvrir la vessie au milieu d'une masse de graisse. J'ai rencontré moi-même assez souvent la vessie en pratiquant la cure radicale de la hernie inguinale, et je l'ai toujours reconnue sans l'ouvrir.

M. Tédenat. — J'ai observé un cas de cystocèle sus-pubienne, que j'ai ouverte au milieu d'une tumeur graisseuse; la portion de vessie herniée était séparée de la cavité vésicale par une sorte d'orifice valvulaire et renfermait du pus mélangé d'urine, alors qu'il n'y avait pas de pus dans les urines émises par la malade.

Méthode rationnelle de castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule.

M. Villar. — La méthode de castration que j'emploie depuis quelques années, pour le cancer du testicule, consiste à sectionner les éléments du cordon dans l'abdomen, après avoir fendu la paroi antérieure du canal inguinal et coupé la couche musculaire de la paroi abdominale. Cette incision permet aussi d'extirper les ganglions engorgés. Je la fais commencer dans la région funiculaire, au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal; de là, elle se porte en haut, au-dessus et près de l'arcade crurale, qu'elle longe, remonte jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, pour se recourber ensuite perpendiculairement à l'arcade et s'arrêter à 3 centimètres environ en dehors de l'ombilic.

Cette méthode, qui permet de couper le cordon loin de la lésion et d'extirper les ganglions, diffère essentiellement des méthodes classiques, qui se contentent de sectionner le cordon au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, ce qui est contraire aux lois générales de la chirurgie du cancer.

M. Souligoux. — J'ai pratiqué, dans un cas, une opération analogue à celle que M. Villar vient de décrire, de façon à sectionner le cordon très haut; mon malade n'en a pas moins eu une récidive.

M. Pousson (de Bordeaux). — J'ai employé également un procédé semblable à celui de M. Villar, pour sectionner le canal déférent aussi haut que possible; l'état de mon opéré est actuellement assez satisfaisant.

M. Gangolphe. — Je me demande si l'on peut empêcher la récidive des cancers du testicule, même en opérant aussi largement qu'on vient de l'indiquer; pour être démonstratives, d'ailleurs, les observations doivent comporter une longue durée. J'ai vu, en ce qui me concerne, la castration simple suivie dans quelques cas d'une survie très longue.

M. Tédenat. — J'ai fait moi-même des opérations aussi étendues que possible, pour des cancers du testicule, et les résultats éloignés ne m'ont guère semblé supérieurs à ceux de la castration simple.

Le traitement de la tuberculose de l'épididyme et du testicule.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Depuis près de dix ans, j'ai renoncé à l'opération sanglante pour la tuberculose du testicule et de l'épididyme, et j'ai toujours obtenu des résultats très satisfaisants, même dans les cas graves, compliqués de fistules multiples.

Lorsqu'il y a une simple infiltration, je profite de l'hydrocèle qui existe souvent, en faisant des injections de naphtol camphré dans la vaginale, comme dans le cas d'abcès froid; s'il n'y

a pas d'hydrocèle, je cherche à en créer une par des injections dans la vaginale, et je continue ensuite le traitement ainsi que dans le cas précédent. Pour les abcès fermés, je me comporte comme s'il s'agissait d'un abcès froid ordinaire. Enfin, lorsqu'il y a une fistule, je fais des injections modificatrices dans les tissus malades, tout autour de la fistule.

La néphrotomie dans le traitement de l'anurie calculeuse.

M. Demons (de Bordeaux). — J'ai été le premier à attirer l'attention sur les avantages de la néphrotomie dans le traitement de l'anurie calculeuse. Je puis dire aujourd'hui que c'est le seul traitement efficace de cette complication. La néphrotomie, qui réveille la sécrétion urinaire, a d'autant plus de chances de succès qu'elle est faite d'une façon plus précoce; elle n'est ni difficile ni grave. Le choix du côté à opérer est aisé. Au cours de l'intervention, il est facile de voir si les calculs doivent être abandonnés à eux-mêmes ou extraits, et si le drainage du rein est utile ou non.

Grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal incomplet.

M. Boursier (de Bordeaux). — J'ai eu l'occasion de diagnostiquer et d'opérer 2 cas de grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal incomplet. Dans le premier, après deux ou trois crises, suivies chaque fois d'une augmentation du volume de la tumeur tubaire, la laparotomie m'a permis d'enlever la trompe gravide, dont le pavillon était dilaté et qui ne présentait aucune trace de rupture. Chez ma deuxième malade, je trouvai un embryon au milieu des caillots et un placenta engagé dans l'orifice tubaire élargi; il s'agissait bien encore d'une grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal incomplet; j'ai enlevé la trompe et la malade a parfaitement guéri.

M. Picqué (de Paris). — J'ai opéré 22 cas de grossesse extra-utérine, avec 2 morts et 20 guérisons.

Hystérectomie abdominale pour fibromes.

M. Lafourcade (de Bayonne). — Lors de mes premières opérations, je pratiquais l'hystérectomie totale que j'ai abandonnée pour la sus-vaginale. Dans les cas simples, je me sers du procédé de Kelly. Si les fibromes sont enclavés dans les ligaments larges, je fais l'énucléation préliminaire. Pour les fibromes ayant envahi la matrice en totalité ou développés aux dépens de la portion sus-vaginale du col, j'ai eu recours à des procédés un peu spéciaux, sur lesquels je n'insisterai pas.

J'ai pratiqué 72 hystérectomies abdominales, avec 4 morts et 68 guérisons. Mes insuccès appartiennent au début de ma série, et 2 seulement sont directement imputables à l'opération. Mes 42 dernières hystérectomies ont toutes été suivies de guérison.

Fibromes des ovaires et des ligaments larges.

M. Demons — Je ne veux insister que sur un point de l'évolution des fibromes des ovaires et des ligaments larges. On sait que ces tumeurs produisent très souvent de l'ascite, mais, en outre, elles occasionnent fréquemment des épanchements pleuraux, de l'œdème des membres inférieurs, de l'amaigrissement. Il en résulte un ensemble symptomatique qui peut faire croire à la malignité du néoplasme. J'ai vu dans ces conditions 3 malades que d'autres chirurgiens avaient absolument refusé d'opérer; moi-même je ne suis intervenu chez une d'elles que sur les instances pressantes de son fils. Or, ces femmes ont parfaitement guéri et, aussitôt après l'opération, tous les accidents ont cessé, y compris les épanchements pleuraux qui se sont résorbés.

M. Estor (de Montpellier) communique un cas de *torsion du cordon spermatique.*

M. Barette relate une observation de *hernie inguinale bilatérale congénitale, avec ectopie testiculaire intra-inguinale,* traitée par la cure radicale et l'orchidopexie.

M. Vanverts (de Lille) relate une observation d'*extirpation d'anévrysme du creux poplité.*

Séance du 25 octobre 1902 (soir).

De la tumeur blanche sous-astragalienne.

M. Gangolphe. — J'ai pu rassembler une quarantaine d'observations de tumeur blanche sous-astragalienne, soit personnellement, soit grâce à quelques-uns de mes élèves. Cette forme d'ostéo-arthrite tuberculeuse présente une symptomatologie tout à fait spéciale.

Le calcanéum est le point de départ habituel de cette tumeur blanche; l'astragale vient en seconde ligne, mais il est fréquent de voir ces deux os lésés en même temps.

On peut distinguer trois formes : l'astragalo-calcanéenne postérieure, la plus commune; l'astragalo-calcanéenne antérieure, et enfin la forme totale, dans laquelle les deux articulations sont prises à la fois. L'ostéo-arthrite astragalo-calcanéenne postérieure, en raison de l'envahissement si fréquent des gaines tendineuses latérales, peut être facilement confondue avec la synovite fongueuse de ces gaines, mais la bilatéralité des lésions des gaines doit toujours faire soupçonner une origine osseuse commune, qu'on trouve alors dans l'articulation astragalo-calcanéenne postérieure.

Dans la majorité des cas, l'astragalectomie est formellement indiquée, car seule elle ouvre une large voie d'accès permettant l'exploration et les opérations complémentaires qui sont souvent nécessaires.

Effets du redressement manuel du pied bot congénital.

M. Frœlich (de Nancy). — J'ai étudié l'action anatomique définitive du redressement des pieds bots congénitaux, grâce à deux dissections que j'ai pu faire, l'une chez un enfant de deux mois ayant succombé à une bronchopneumonie huit jours après une seule séance de redressement, et l'autre chez une fillette de treize mois qui mourut d'une méningite après guérison complète de ses deux pieds bots.

J'ai pu ainsi me rendre compte que l'action anatomique du redressement manuel consiste à amener progressivement une luxation de l'avant-pied sur l'arrière-pied au niveau de l'articulation de Chopart. Le redressement est définitif lorsque l'avant-pied a été luxé d'une façon permanente au-dessus et en dehors de l'arrière-pied. L'adduction est guérie par la rupture des jambiers, du ligament en V, et par la luxation du cuboïde sur le bord externe du calcanéum; le varus disparaît grâce à la luxation du scaphoïde sur le bord externe du col de l'astragale et par la luxation du cuboïde au-dessus du calcanéum; enfin l'équinisme est détruit par la luxation du scaphoïde au-dessus de l'astragale, par la rentrée partielle de cet os dans la mortaise et par la section du tendon d'Achille.

Transplantations musculo-tendineuses pour pieds bots d'origine paralytique.

M. Péraire. — Je compte actuellement 26 transplantations tendineuses avec résultats absolument parfaits.

Après avoir mis à nu les muscles à anastomoser, on dédouble les segments tendineux, en coupant de haut en bas, au bistouri, un segment tendineux dans le tendon du muscle paralysé, et en agissant de même, mais de bas en haut, sur le muscle sain. On écarte les deux segments tendineux, en haut et en bas, avec des pinces de Kocher; cet écartement laisse voir les deux surfaces cruentées des muscles, ainsi avivées par dédoublement, et on réunit ces deux surfaces par un surjet ou une suture à points séparés, au fil de soie. On accole ensuite les lambeaux tendineux repérés par les pinces, à l'aide de deux points de suture en U.

J'ai fait ces transplantations dans toutes les variétés de pieds bots, et non seulement j'ai obtenu la correction de la marche et la disparition des douleurs, mais encore les muscles voisins ont recouvré leur vigueur, et l'atrophie musculaire a disparu dans un certain nombre de cas.

La transplantation des tendons dans les cas de paralysie de la cuisse.

M. Vulpius (de Heidelberg). — Ce n'est pas le fait de la paralysie du genou qui constitue l'indication opératoire, mais plutôt la constatation d'un trouble fonctionnel considérable, pouvant se manifester soit sous forme d'un relâchement de l'articulation, auquel cas le traitement sera mécanique ou opératoire (arthrodèse), soit sous forme d'une contracture, qui a son origine dans une paralysie des muscles extenseurs, les fléchisseurs ayant conservé leur énergie. Dans cette dernière éventualité, la ténotomie simple des fléchisseurs n'a aucune valeur, et beaucoup plus rationnelle est la transplantation tendineuse, qui transmet l'activité des fléchisseurs aux extenseurs. Pour cela, nous avons à notre disposition les trois fléchisseurs et un des adducteurs.

Au point de vue des résultats, il faut reconnaître que le remplacement opératoire du grand muscle extenseur de la cuisse paraît exceptionnellement difficile, mais la pratique nous démontre que l'on peut arriver à un résultat complet, quant à la fonction. Le genou reprend sa fonction d'extension active, à mesure que le nouveau muscle se fortifie et s'exerce.

Sur l'amputation interscapulo-thoracique dans le traitement des tumeurs malignes de l'omoplate.

M. Berger (de Paris). — J'ai pratiqué une amputation interscapulo-thoracique chez un homme qui depuis un an souffrait de douleurs dans l'épaule et le membre supérieur, et qui, depuis quelques mois, présentait une tumeur assez volumineuse occupant les régions scapulaire et axillaire. Je lui avais d'abord proposé une résection de l'omoplate, qu'il n'avait pas acceptée, et bientôt un œdème était apparu sur le membre supérieur, en même temps que la tumeur commençait à faire saillie dans la région sus-claviculaire.

Pour effectuer l'amputation interscapulo-thoracique, je pratiquai dans un premier temps, assez pénible, la résection de la clavicule et la ligature des vaisseaux, puis, dans un deuxième temps, je terminai très rapidement l'amputation; mais il me fallut ensuite reprendre tous les muscles de l'omoplate envahis par le néoplasme, et l'hémostase fut laborieuse. La durée totale de l'opération avait été d'une heure et quart.

Au quatrième jour, je trouvai une accumulation séro-sanguine au niveau du grand dorsal; la température s'éleva et le malade succomba à la septicémie en quatre jours.

Il est important, comme on le voit, de faire une hémostase parfaite, car mon opéré a succombé à une hémorrhagie post-opératoire, compliquée d'infection.

D'une façon générale, on peut dire que l'amputation interscapulo-thoracique est particulièrement grave dans les cas de tumeur de l'omoplate, parce qu'elle nécessite alors des délabrements considérables. Sur 46 observations d'amputation interscapulo-thoracique pour tumeur de l'humérus, j'ai relevé seulement 2 morts, tandis que la même opération, pour tumeur de l'omoplate, donne une mortalité beaucoup plus élevée.

Cals vicieux de l'articulation tibio-tarsienne.

M. Paul Delbet. — Les cals vicieux du cou-de-pied sont dus, tantôt à une contracture musculaire, tantôt à une interposition tendineuse ou encore à certaines variétés rares de fractures, telles que la fracture marginale postérieure du tibia avec ou sans fracture juxta ou sus-malléolaire du péroné, ou quelques cas de fracture de Dupuytren à trois fragments avec diastasis tibio-péronière.

La réduction manuelle peut suffire à éviter la production de ces cals vicieux; lorsqu'elle échoue, il faut avoir recours à la réduction instrumentale.

Quand le cal est constitué, une opération sanglante est nécessaire pour rendre à l'articulation son fonctionnement normal. On pratiquera d'abord l'ostéotomie du péroné, puis, à l'aide d'une incision longitudinale prémalléolaire, on essayera de dégager la malléole interne. Lorsque cela est nécessaire, on luxe le pied en dehors et on découvre toute l'extrémité inférieure du tibia, aux dépens de laquelle on reconstitue la malléole.

M. Calot lit un mémoire sur *les causes et le traitement des boiteries et raccourcissements consécutifs à la coxalgie.*

Maurice Cazin,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

D'APRÈS

LES TRAVAUX DE LA CONFÉRENCE DE BERLIN

Si, en raison même de son organisation, et comme nous l'avons fait ressortir dans un précédent article (1), la première Conférence internationale de la tuberculose ne pouvait guère enrichir nos connaissances sur cette maladie, on n'en était pas moins en droit de s'attendre à ce que les travaux issus de la réunion plénière du Bureau central international pour la lutte contre la tuberculose imprimassent à cette lutte une direction pratique. En effet, ce Bureau n'a-t-il pas été créé précisément en vue « de faciliter les efforts tentés par les différentes nations pour lutter avantageusement contre la tuberculose », et cette tâche ne laissait-elle pas à supposer que la Conférence prendrait, à l'égard de la prophylaxie générale de la tuberculose, des décisions qui, le cas échéant, pourraient devenir le point de départ de mesures législatives appropriées, puisque l'article 15 des statuts du Bureau central mentionne, entre autres moyens d'action, « des requêtes aux autorités compétentes » ?

Mais là encore la Conférence s'est bornée à enregistrer purement et simplement les diverses communications, sans en approuver ni désapprouver aucune. Elle n'a pas adopté les idées qui semblaient mériter d'être mises en pratique, pas plus qu'elle n'a rejeté celles qui paraissaient peu réalisables. Le plus souvent, les unes et les autres n'ont pas même été discutées, ce qui est d'autant plus regrettable qu'un certain nombre de communications portaient sur des questions graves et qui auraient gagné à être soumises à des débats sérieux.

I

Il en est ainsi, en particulier, pour la *déclaration des cas de tuberculose*. Sans doute, en règle générale, la déclaration obligatoire des maladies infectieuses est la *conditio sine quâ non* d'une prophylaxie rationnelle de ces maladies. Mais encore importe-t-il de tenir compte des difficultés auxquelles on se heurterait dans la pratique, pour ce qui concerne la déclaration de la tuberculose. Et n'est-ce pas afin d'éviter ces difficultés qu'en Angleterre on s'en est prudemment tenu d'abord à la déclaration facultative (*voluntary notification*) ? D'après le secrétaire de l'Association britannique pour la prévention de la tuberculose, M. le docteur A. Hillier (de Londres), ce mode de déclaration a, du reste, donné des résultats très encourageants et a suffisamment préparé le terrain pour qu'on puisse aujourd'hui songer à introduire la déclaration obligatoire. Celle-ci existe déjà en Norvège, où elle a été établie en vertu de la loi du 8 mai 1900 (entrée en vigueur le 1er janvier 1901), et M. le docteur Andvord (de Christiania) affirme que, somme toute, l'application de cette loi n'a pas soulevé de grandes difficultés. Toutefois, il est bon de faire remarquer que, d'après la législation en vigueur, la déclaration incombe au médecin traitant et qu'elle doit être faite au président du Comité d'hygiène publique, qui est toujours un médecin. Or, à côté de cette forme de déclaration, M. le docteur Van Ryn (de Bruxelles) (2) voudrait en établir une autre, *extra-médicale* en quelque sorte, en *obligeant* les directeurs, tenanciers ou propriétaires d'asiles, prisons, hôpitaux, hospices, pensionnats, maisons garnies, hôtels, etc., à signaler aux autorités le nom, l'âge, le sexe, le dernier domicile de toute personne atteinte de tuberculose, qui se présente ou est logée dans leur établissement.

M. Van Ryn ne nous dit pas comment on s'y prendrait pour mettre les tenanciers d'hôtels à même de reconnaître les personnes atteintes de tuberculose ; mais, comme son projet stipule que « des pénalités seront infligées aux contrevenants », il est à prévoir qu'on ne se ferait pas faute de traiter les suspects sur le même pied que les phtisiques avérés. Dès lors, nous ne voyons pas trop comment on pourrait concilier cette déclaration avec le désir de « ne brusquer personne et de ne pas faire de la mesure en question un épouvantail ni un instrument de vexation gratuite ».

M. Van Ryn reconnaît, d'ailleurs, lui-même que l'obligation de déclarer la tuberculose soulève un certain nombre d'objections, à savoir : la déclaration porte atteinte à la liberté individuelle et au secret professionnel, elle risque d'effrayer les malades et d'aggraver leur état, sans compter qu'elle peut leur faire perdre leur situation et les mettre dans l'impossibilité de trouver un emploi. Toutefois, M. Van Ryn estime qu'on peut aisément réfuter ces objections en se basant sur la nécessité d'agir dans l'intérêt général. La chose ne nous paraît pas aussi aisée, ne serait-ce que par cette simple raison que les sujets atteints de tuberculose sont trop nombreux pour qu'on puisse considérer *leurs intérêts* comme quantité négligeable. A une époque où la société omnipotente ne reconnaissait pas de droits à l'individu, la théorie de *l'intérêt général* était assez puissante pour permettre au prévôt de Paris de contraindre une certaine catégorie de malades à vider « ladite Ville et Forsbourgs de Paris... sur peine d'être jectés en la Rivière ». Aujourd'hui, c'est la « libre Amérique » qui, par un piquant retour en arrière, interdit l'accès de ses villes aux immigrants atteints de tuberculose. Aussi, lorsque M. Van Ryn invoque les heureux effets de la déclaration et des mesures de prophylaxie qui en sont le corollaire, aux Etats-Unis d'Amérique et notamment à New-York, où la mortalité tuberculeuse a diminué de 30 % en quelques années, ne saurait-on s'empêcher de penser : « autre pays, autres mœurs », car, dans le vieux monde, les esprits ne paraissent guère enclins à se plier au joug de mesures prophylactiques qui ne tiennent pas suffisamment compte des intérêts individuels.

II

Un grand nombre de communications a été consacré à l'étude des divers modes d'hospitalisation et de secours aux tuberculeux.

A côté des sanatoria qui, au Congrès de 1899, avaient été seuls en cause, il existe aujourd'hui un autre type d'établissements, connus sous le nom de *dispensaires antituberculeux*, et auxquels M. le professeur Calmette (de Lille) assigne pour but la prophylaxie, l'assistance à domicile des malades (assainissement du logement, désinfection et blanchissage du linge, secours matériels indispensables pendant les périodes de chômage forcé), et l'éducation hygiénique des familles. C'est dire que les dispensaires ne visent point à remplacer les sanatoria, mais constituent seulement un moyen d'étendre au plus grand nombre possible de malades pauvres les bénéfices d'une assistance médicale et surtout matérielle suffisante pour subvenir aux besoins les plus pressants. Ils sont, en outre, un instrument précieux de propagande antituberculeuse, à la condition que leur fonctionnement ne soit pas calqué sur celui des polycliniques ou des consultations de bureau de bienfaisance, car M. Calmette estime qu'en matière de lutte antituberculeuse, le rôle du médecin consultant importe beaucoup moins que l'éducation du malade et de son entourage.

Le secrétaire général de l'Assistance nationale aux tuberculeux de Portugal, M. de Lancastre, reconnaît, lui aussi, des avantages multiples aux dispensaires antituberculeux. Il attire particulièrement l'attention sur ce fait que les dispensaires rendent des services à des malades incurables qui ne peuvent être admis dans les sanatoria. D'autre part, et c'est là un point important, les dispensaires viennent également en aide aux tuberculeux sortis des sanatoria. En effet, si 66 à 86 % des malades sortent *économiquement guéris* des sanatoria populaires, il n'en reste pas moins que, quatre ans après leur sortie, 25 % seulement sont capables de travailler et 57 % ont déjà succombé à la tuberculose.

L'orateur estime que les dispensaires peuvent également faciliter et rendre plus efficace l'application de la déclaration obligatoire de la tuberculose, en renseignant sur le nombre des malades qui y sont traités, ainsi que sur la situation des foyers tuberculeux dans la localité, etc. Enfin, en attirant des patients qui se trouvent encore au début de la maladie, les dispensaires offrent aux médecins le matériel nécessaire pour s'exercer au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

III

En ce qui concerne les sanatoria pour les tuberculeux pauvres, M. le docteur A. Espina y Capo (de Madrid) a rappelé combien il importe que ces établissements — construits à proximité des grandes villes et qui doivent représenter par rapport à celles-ci ce que les hôpitaux d'évacuation sont pour les champs de bataille — réunissent les conditions suivantes : orientation au levant ou au midi, endroit boisé (de préférence avec des conifères), plus grande altitude possible, meilleur approvisionnement en eau potable, proximité des égouts collecteurs pour les eaux résiduelles de la ville. D'autre part, étant donnée la variété des formes de la tuberculose, on doit s'appliquer à éviter, dans les sanatoria populaires, l'uniformité du régime alimentaire et du genre de vie.

Plusieurs orateurs sont venus insister sur la nécessité de combattre plus énergiquement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent la tuberculose infantile. A cet effet, M. Andvord recommande surtout le traitement de sanatorium, dont les principes devraient aussi servir de base à la prophylaxie dans la maison et hors de la maison. M. le professeur Egger (de Bâle), en passant en revue les mesures prises à Bâle contre la tuberculose infantile, attire principalement l'attention sur les moyens prophylactiques (crèches, soins pendant les vacances, établissements pour enfants convalescents, asiles pour enfants naturels) qui, dans l'espèce, sont d'autant plus importants que la tuberculose se manifeste souvent, chez les enfants, sous des formes qui ne se laissent guère influencer par la thérapeutique.

M. le docteur Armaingaud (d'Arcachon) rappelle le rôle des sanatoria marins destinés à la cure des enfants débiles, rachitiques, lymphatiques, scrofuleux. On sait que ces sanatoria ont été, en France, la première étape de la lutte contre la tuberculose. Les conditions géographiques font que le traitement marin est quelque peu négligé en Allemagne, où il n'existe qu'un petit nombre de sanatoria de ce genre, dans lesquels les enfants séjournent, d'ailleurs, trois semaines seulement. Mais pour les pays qui, comme la France, l'Angleterre, la Hollande, l'Italie, etc., possèdent une grande étendue de côtes, les sanatoria marins constituent une des armes les plus puissantes dans la lutte antituberculeuse. En effet, le traitement marin guérit presque toujours les débiles, les lymphatiques, les rachitiques, les ganglionnaires, etc. D'autre part, dans la plupart des cas où il est commencé assez tôt et prolongé assez longtemps, il guérit aussi les lésions osseuses et articulaires, dites autrefois *scrofuleuses*, et dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui mise hors de doute. Chez les petits malades de l'une et de l'autre catégorie, la cure marine, en reconstituant la nutrition, réussit à écarter et à vaincre la récep-

(1) L. Cheinisse. La première Conférence internationale de la tuberculose et l'état actuel de nos connaissances sur cette maladie. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 357-359.)

(2) En l'absence de M. Van Ryn, sa communication a été lue par M. le docteur Dewez (de Bruxelles).

tivité tuberculeuse et transforme un terrain de culture en un terrain réfractaire.

M. le professeur Ewald (de Berlin), qui déclare partager l'avis de M. Armaingaud sur l'utilité des sanatoria marins dans le traitement de la tuberculose infantile, fait remarquer que, dans ces derniers temps, des dispositions ont été prises dans les sanatoria allemands de ce genre pour prolonger, autant que possible, le séjour des petits malades.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que nos confrères d'outre-Rhin commencent eux-mêmes à s'apercevoir que la création de sanatoria populaires ne saurait résumer toute la lutte contre la tuberculose. C'est ainsi que M. le professeur von Leube (de Wurtzbourg) n'a pas hésité à reconnaître que jusqu'à présent un nombre relativement faible de tuberculeux a bénéficié des progrès de l'assistance, la plupart de ceux qui se trouvent dans les stades avancés de la maladie n'étant pas admis dans les sanatoria. Pour remédier à cet état de choses, M. von Leube estime qu'on devrait ériger, aux frais des communes, des hôpitaux pour phtisiques dans des endroits sains, autant que possible boisés, et situés à proximité des villes, ou tout au moins réserver dans tous les hôpitaux des pavillons spécialement aménagés pour la cure de la tuberculose.

La communication de M. Gebhard (de Lubeck), président de l'Institution nationale des assurances sociales pour les villes hanséatiques, témoigne également de l'insuffisance des sanatoria dans la lutte contre la tuberculose en tant que maladie populaire. En effet, M. Gebhard croit que, pour mener à bonne fin cette lutte, il est indispensable de construire un grand nombre d'asiles pour tuberculeux invalides, et cela en évitant les installations luxueuses et en organisant l'administration de ces asiles de façon à concilier les besoins de leurs habitants avec les exigences d'une sage économie. Or, on sait que, jusqu'à présent tout au moins, des principes diamétralement opposés avaient présidé à l'agencement des sanatoria populaires en Allemagne.

Enfin, M. le docteur von Unterberger (de Tzarskoïe-Sélo), en partant, lui aussi, de cette considération que jamais on ne possédera un nombre suffisant de grands sanatoria et que jamais tous les tuberculeux ne pourront et ne voudront être admis dans ces établissements, a insisté sur l'utilité qu'il y aurait à installer, dans les hôpitaux et dans les habitations particulières, ce que notre confrère russe appelle des *sanatoria à domicile* (aération, hydrothérapie, traitement diététique). Peu coûteuses, ces installations peuvent fort bien remplacer les grands sanatoria et donner des résultats tout aussi satisfaisants (1).

IV

On a aussi songé à faire participer l'école à la lutte antituberculeuse. A cet effet, M. le professeur Landouzy et MM. A. Weil et Sersiron (de Paris), d'une part, et M. Obertüschen (de Wiesbaden), d'autre part, recommandent d'instruire la jeunesse scolaire, par des leçons de choses, illustrées de projections, sur la nature infectieuse de la tuberculose et sur les moyens de s'en préserver. On ne saurait évidemment y voir le moindre inconvénient, pas plus qu'à la proposition formulée par M. Obertüschen d'accorder une plus grande attention aux exercices corporels, notamment à ceux qui sont destinés à fortifier les poumons et le cœur, surtout à l'époque de la puberté, entre quatorze et dix-neuf ans. Mais il sera, peut-être, plus difficile d'exclure de la classe, comme le veut le même orateur, tout enfant tuberculeux (avec envoi dans un sanatorium spécial) et d'éloigner de l'école tout instituteur tuberculeux, en le maintenant en traitement dans un établissement tant qu'il constituera un danger d'infection. Ce n'est pas que ces deux mesures — qui ont soulevé une protestation énergique de la part de M. le professeur Hüppe — soient tout à fait irréalisables; et la preuve en est dans la circulaire toute récente (20 octobre 1902) du ministre de l'instruction publique de France, que le lecteur trouvera dans les *Annexes* de ce numéro de la *Semaine Médicale*. Aux termes de cette circulaire, « lorsque la tuberculose apparaîtra chez un maître, dans le cours de ses fonctions, il conviendra de le mettre en inactivité avec traitement soumis à la retenue, pendant le temps nécessaire à sa guérison »; d'autre part, « aucun enfant atteint de lésions tuberculeuses ouvertes contagieuses (lésions suppurées ouvertes des os ou des ganglions, lésions pulmonaires ouvertes avec toux et expectorations chargées de bacilles) ne doit être admis à l'école ». Tout cela est fort bien en principe, mais il est permis de se demander comment on s'y prendra dans la pratique pour ne pas priver ces enfants de l'instruction à laquelle ils ont droit. Edifiera-t-on des sanatoria-écoles pour cette catégorie de jeunes malades? La chose n'est pas impossible, mais elle exige des ressources matérielles considérables, qui ne semblent guère faciles à trouver, si l'on tient compte de la situation financière de la plupart des Etats européens.

V

Si, après avoir passé en revue les principaux travaux de la Conférence (1), nous essayons d'en dégager une conclusion générale, nous sommes surtout frappé par le contraste qui s'est manifesté entre l'insouciance avec laquelle la plupart des savants allemands envisagent la tuberculose des animaux, et les mesures draconiennes que les mêmes savants prétendent édicter contre l'homme tuberculeux. D'une part, lorsqu'on propose de recommander au public de ne consommer que du lait bouilli, un des représentants les plus autorisés de la science allemande répond sceptiquement : « A quoi bon! » D'autre part, on va jusqu'à demander l'exclusion de l'école de tout enfant tuberculeux, et l'installation, dans les ateliers et bureaux, de cloisons vitrées destinées à séparer les ouvriers et employés travaillant les uns à côté des autres (2). Comme l'a fait remarquer très judicieusement M. le professeur Saugman (de Vejlefjord), de pareilles mesures, en conférant au public une crainte exagérée de la contagion, ne tendent à rien moins qu'à faire dégénérer la lutte contre la tuberculose en *lutte contre les tuberculeux*. C'est qu'en Allemagne, comme nous l'avons déjà constaté, on est trop porté à ne voir dans les maladies infectieuses que le *bacille*, sans se préoccuper du *terrain* sur lequel il est appelé à évoluer. Or, il est temps de se souvenir de l'excellent conseil qu'un clinicien français donnait à ses élèves, peu après les premières tentatives thérapeutiques antituberculeuses instituées par M. Koch : « Nous, médecins — disait le professeur Peter — devons chercher, non pas à tuer le bacille, mais à faire vivre le tuberculeux. »

Dr L. CHEINISSE,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

(1) Il importe, du reste, de noter que les sanatoria dits *populaires* ne méritent guère, en réalité, cette dénomination, étant donnés leur installation luxueuse, d'une part, et le mode de recrutement de leurs malades, d'autre part; en effet, ce sont à peu près exclusivement les ouvriers de villes qui bénéficient de la cure en question, et encore leur séjour est-il tout juste suffisant pour obtenir ce qu'on est convenu d'appeler la *guérison économique*, c'est-à-dire pour prolonger leur capacité de travail. Enfin, ces établissements sont, à notre avis, loin de justifier les grandes espérances qu'ils avaient soulevées, parce qu'ils n'admettent que des malades avec des lésions plus ou moins insignifiantes des poumons et refusent ceux qui, étant profondément atteints, constituent précisément le plus grand danger pour leur entourage.

(1) Pour être complet, il nous reste à mentionner quelques communications visant la propagande antituberculeuse au moyen d'expositions et de projections des diagrammes, des courbes, cartes, etc., destinées à mettre à la portée de tous l'histoire sociale de la tuberculose et de sa prophylaxie (M. Blumenthal), l'inspection médicale obligatoire des ateliers et des collectivités en général (M. Savoire), le rôle de l'assurance mutuelle volontaire dans la lutte contre la tuberculose (M. Dumarest), les conventions internationales à établir relativement à l'appréciation des degrés de la tuberculose pulmonaire (M. Turban, M. Guinard et M. C. Th. Williams), etc.

(2) Telle est la conclusion d'un mémoire de M. le professeur Flügge (de Breslau) sur les *mesures à prendre contre la propagation de la phtisie dans les ateliers, bureaux, etc.*, mémoire qui n'a pas été lu à la Conférence, mais dont un résumé imprimé a été communiqué aux membres de cette assemblée.

BULLETIN

L'insuffisance de la docimasie pulmonaire hydrostatique dans les cas où il existe des germes dans la cavité utérine.

On admet généralement, en médecine légale, que les poumons d'un nouveau-né, même en voie de décomposition cadavérique, ne peuvent surnager que si l'enfant a déjà respiré. Cet axiome médico-légal a été porté jeudi dernier devant le Sénat français, non pas à propos d'une discussion sur l'infanticide ou la suppression de part, comme on serait tenté de le croire tout d'abord, mais au cours d'une interpellation sur la fermeture des écoles tenues par des membres de congrégations autorisées. M. Clémenceau, sénateur du Var, qui, il y a trente-huit ans, a obtenu son diplôme de docteur devant la Faculté de médecine de Paris, mais qui presque en même temps a en quelque sorte abandonné notre profession pour la politique et la littérature, a jugé que cela était nécessaire afin d'expliquer que les droits du père sur son enfant sont limités.

« Dans la barbarie, a-t-il dit, ces droits sont absolus. Dans l'ancienne Rome elle-même, le père avait droit de vie et de mort sur l'enfant. Aujourd'hui, la personnalité de l'enfant se dresse en face de celle du père et si le médecin légiste jette dans l'eau un morceau de poumon du petit mort, et trouve qu'il a respiré, le père ou la mère sont condamnés; ce sont des meurtriers. »

Les sénateurs n'auront sans doute pas bien saisi la valeur de l'argument, car le compte rendu officiel ne fait mention après ces paroles d'aucun de ces mouvements sensationnels si fréquents dans les assemblées parlementaires de notre temps. La faute en est peut-être à M. Clémenceau qui, dans l'emportement de son éloquence imagée, a omis de pratiquer sous les yeux de ses collègues l'épreuve hydrostatique.

Pour nous, et pour bien d'autres aussi, cette démonstration eût-elle été faite qu'il n'aurait pas été prouvé que la loi énoncée fût exacte dans tous les cas. Depuis plus de deux siècles que la docimasie pulmonaire hydrostatique a été introduite dans la pratique médico-légale, il a été publié nombre d'observations montrant que cette épreuve était parfois insuffisante pour décider si l'enfant avait ou non respiré. Aussi une série d'autres procédés ont-ils été proposés pour résoudre le problème; le dernier date à peine de quelques mois et il a été porté à la connaissance de nos lecteurs (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 231).

Les nouvelles acquisitions de la science, en étendant le champ de nos connaissances, viennent à leur tour nous révéler que, dans certaines circonstances, autres que celles que l'on connaît déjà, la docimasie pulmonaire hydrostatique peut se trouver en défaut. C'est ce qui résulte des deux observations suivantes, publiées tout récemment par MM. F. Hitschmann et Th. Lindenthal dans le second fascicule du tome LXVI de l'*Archiv für Gynäkologie :*

Chez une multipare dont le travail était lent et dont la poche des eaux s'était rompue prématurément, apparut de la tympanite utérine. Cette femme mit au monde un enfant mort-né, dont la peau, fortement macérée, était soulevée en de nombreux endroits par des bulles gazeuses et dont le poumon lui-même contenait des gaz, en sorte que l'épreuve docimasique fut po-

sitive. Il n'y avait cependant aucune trace de décomposition cadavérique. Par contre, l'examen bactériologique des poumons démontra l'existence de nombreux microbes anaérobies, en tout semblables à ceux que MM. Hitschmann et Lindenthal ont antérieurement décrits et qu'ils considèrent comme les agents de la tympanite utérine. Supposé qu'il se fût agi d'une suppression de part et que l'autopsie du petit cadavre n'eût eu lieu qu'après un début de putréfaction, on aurait probablement méconnu l'action préalable des microbes anaérobies et conclu, à tort, que l'enfant était né vivant.

Dans une autre circonstance — enfant mort-né, se présentant par le siège chez une éclamptique —, il était moralement certain que l'enfant n'avait pas inspiré d'air; néanmoins, on trouva encore des microbes anaérobies à l'intérieur des poumons, et ceux-ci flottaient à la surface de l'eau.

Ainsi donc, sans vouloir insister plus qu'il ne convient sur ces exceptions, il appert que l'évolution de la science médicale fait perdre à certaines lois admises jusqu'ici en médecine l'absolu de leur trop grande rigueur. En portant incidemment devant un auditoire extra-médical la question de la docimasie pulmonaire hydrostatique, et en lui attribuant une valeur qu'elle n'a pas toujours, M. Clémenceau a jeté dans le public un élément d'appréciation dont les citoyens peuvent faire une application fautive lorsqu'ils sont appelés à siéger dans un jury criminel. Le fait est d'autant plus fâcheux qu'il ne s'agissait pas de la discussion d'un projet de loi sur la matière, et que dès lors aucun commissaire du gouvernement n'était présent pour démontrer que la règle citée par notre confrère ne doit pas être acceptée sans réserves.

DOUZIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Rome du 28 au 31 octobre 1902.

La thérapeutique intraveineuse.

M. F. Mariani (de Gênes), *rapporteur*. — Le 3 janvier 1893, M. le professeur Baccelli, dans un cas de syphilis cérébrale pour lequel tous les moyens employés n'avaient en rien modifié la gravité des symptômes, fit pratiquer une injection de 0 gr. 002 milligr. de sublimé dans les veines, après s'être assuré par une série d'expériences que des chiens de petite taille avaient pu tolérer l'injection de 0 gr. 05 centigrammes de sublimé en solution à 1 ‰ sans autre inconvénient qu'un peu de salivation. Les injections, chez le malade de M. Baccelli, furent continuées pendant quarante-cinq jours : le patient put quitter l'hôpital le 19 février.

La publication de ce cas, ainsi que de deux autres traités la même année (érysipèle et syphilis linguale), souleva tout d'abord beaucoup de méfiance dans le monde médical. MM. Nothnagel, Caspary, Kaposi craignaient qu'il ne se produisît des lésions des vaisseaux; et, de fait, MM. Dinkler et Görl constatèrent la formation de thrombus. Mais, d'autre part, MM. Abadie, Neumann, Tommasoli, Ullmann, Angelucci, Maragliano, Patella, Desguin et nombre d'autres expérimentateurs purent employer la même méthode sans aucun accident. MM. Singer et Maragliano l'appliquèrent au traitement du rhumatisme articulaire, M. Lewi à celui du rhumatisme blennorrhagique; dernièrement M. Baccelli l'a proposée contre l'aphte épizootique.

Il est aujourd'hui hors de doute que les injections intraveineuses de sublimé sont efficaces dans la syphilis et dans quelques autres maladies infectieuses. Toutefois, les recherches instituées pour démontrer expérimentalement cette efficacité parurent toujours répondre négativement.

Cette année même, la question a été reprise par MM. Serafini (de Padoue) et Spissu (de Cagliari), ainsi que par M. Canalis et par moi.

MM. Serafini et Spissu, après avoir établi la dose maxima non mortelle pour le lapin, l'utilisèrent pour le traitement des infections expérimentales (charbon, choléra des poules, etc.) chez les animaux de laboratoire. Les résultats furent complètement négatifs. Il faut seulement retenir de ces expériences que ce sont les animaux ayant reçu les moindres quantités de sublimé qui périrent les derniers. Et en cela les résultats de MM. Serafini et Spissu sont en parfait accord avec les nôtres. Du reste, M. Baccelli avait déjà annoncé cette particularité dans son aphorisme : *dose maxima, effet minimum; dose minima, effet maximum;* il avait, en proposant sa méthode, fixé les doses de sublimé entre 0 gr. 005 et 0 gr. 010 milligr. pour l'adulte, tandis que les expériences de MM. Serafini et Spissu donneraient proportionnellement pour l'homme 0 gr. 20 centigr. de sublimé par injection.

Dans nos recherches, après avoir établi la dose minima mortelle pour le lapin (de 0 gr. 003 à 0 gr. 005 milligr. par kilo) nous avons, M. Canalis et moi, infecté une série de lapins avec des cultures de charbon, de diplocoque et de streptocoque; ces animaux furent ensuite traités par les injections de sublimé dans les veines, à la dose d'un dixième à un quart de milligramme par kilo : nous avons pu constater que même avec ces faibles doses on ne réussit jamais à enrayer la septicémie expérimentale.

Au contraire, avec le sérum des sujets soumis aux injections intraveineuses de sublimé, j'ai pu soustraire quelques rares lapins à la septicémie streptococcique. J'ai alors voulu rechercher si les sérums ainsi préparés possédaient une action antitoxique. Dans ce but j'ai injecté une série de lapins avec la dose minima mortelle de tuberculine, et les ai soumis ensuite aux injections intraveineuses de ces sérums. Les résultats n'ont pas été tous positifs; néanmoins, je crois pouvoir conclure que les injections de doses minimes de sublimé exercent un pouvoir antitoxique sur l'organisme.

Pour ce qui a trait aux modifications apportées dans le sang par les solutions de sublimé, je puis déclarer qu'en traitant le sérum du sang par un égal volume d'une solution de sublimé de $^1/_{1.000}$ à $^1/_{10.000}$, rien d'anormal ne se produit; avec une solution à $^5/_{1.000}$, on obtient un précipité abondant qui se dissout dans un excès de sérum. Le coagulum albumineux, d'après mes recherches, ne contiendrait ni chlore ni mercure, tandis que ces deux éléments se trouvent en abondance dans le liquide filtré. Il faut retenir de ces recherches que les injections de la solution à $^1/_{1.000}$ ne déterminent aucun précipité; que les solutions plus concentrées peuvent précipiter une partie de l'albumine, laquelle se redissout dans un excès d'albumine; enfin qu'il n'y a jamais formation d'albuminate de mercure, le sublimé circulant dans le sang exclusivement sous sa forme propre.

M. D'Anna, dans ses expériences sur les altérations des parois vasculaires, avait constaté que les solutions de formol, de sublimé, d'iodure de potassium, de fer, d'arsenic, etc., provoquent une irritation chimique de l'endothélium, et, par suite, la formation de thrombus. Mais en pratiquant les injections avec une extrême lenteur, on évite les lésions des parois vasculaires, lésions qui sont la première origine des thromboses. De plus, chez le lapin, les veines marginales de l'oreille étant de petit calibre, on supprime le passage du sang par le seul fait de l'introduction de l'aiguille : on comprend que, dans ces conditions, le liquide injecté soit irritant. La même injection, pratiquée dans la jugulaire, ne donne lieu à aucun accident, si l'on pousse lentement le liquide. Dans aucune des injections que j'ai faites à des malades, je n'ai observé la formation de thrombus, sauf dans un cas où j'avais injecté 0 gr. 030 milligr. de sublimé en solution à 1 %. Il y eut thrombose de la veine, phlébite, œdème : la guérison survint au bout de huit jours.

Il faut donc choisir une grosse veine, laisser circuler le sang pendant l'injection, pousser lentement le liquide, employer de préférence les solutions de $^1/_{10.000}$ à $^1/_{5.000}$, bien que la solution à $^1/_{1.000}$ soit inoffensive si l'on respecte les règles énoncées plus haut. Ni les globules rouges, ni les leucocytes ne sont influencés par ces injections; l'hémoglobine est inaltérée; il n'y a pas de modifications appréciables dans le point de congélation.

On connaît les applications des injections intraveineuses de sublimé au traitement de l'aphte épizootique. Une statistique, établie tout récemment sur les rapports de 68 vétérinaires chargés de l'enquête, donne 2,305 cas de guérison sur 2,308 cas traités, c'est-à-dire presque 100 pour 100.

Je n'insiste pas sur l'introduction dans les veines des sels de quinine, ni de divers autres médicaments employés par différents auteurs. Mais il m'a paru de quelque importance de tenter l'introduction dans les veines des substances le plus couramment utilisées dans la pratique médicale journalière.

L'injection dans le courant sanguin de créosote, d'ergotine et de chloral a été si funeste pour le lapin, même à petite dose, que je n'ai pas osé la tenter sur l'homme.

Le salicylate de soude, introduit dans les veines, donne la mort à la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 centigr. par kilogramme d'animal. J'en ai injecté de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. à un malade atteint de polyarthrite rhumatismale : malgré le nombre des injections, la température n'a pas baissé et les localisations ne cessèrent pas de se produire.

Le benzoate de soude et le benzoate de lithine sont bien tolérés par le lapin jusqu'aux quantités de 1 à 4 grammes *pro die;* chez l'homme j'ai employé la dose de 1 gramme par jour, sans résultats évidents.

La teinture d'iode, en solution aqueuse à 1 %, est bien supportée par les animaux à la dose de 0 gr. 01 centigr.; un tuberculeux en voie de cicatrisation reçut de 0 gr. 02 à 0 gr. 20 centigr. de cette substance; les résultats furent satisfaisants.

La solution iodo-iodurée de Durante, toxique pour le lapin à la dose de 5 c.c., est bien tolérée, au contraire, à la dose de 2 c.c. J'ai traité avec cette solution (de 1 à 4 c.c. par jour) un malade atteint d'adénite sous-maxillaire; la régression de la tumeur fut assez rapide.

L'antipyrine en solution de 1 à 4 % est bien supportée par le lapin à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 80 centigr. par jour. C'est le médicament qui chez le malade m'a donné le plus de succès. En effet, j'ai observé constamment, à la suite de l'injection de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 centigr. d'antipyrine, l'abaissement de la température (de 1° à 1°5). Dans un cas de tuberculose à la dernière période, la fièvre disparut une première fois pour quatre jours, une deuxième fois pour douze jours, après une injection de 0 gr. 40 centigr. de cette substance. Je crois que cette médication pourra être utilement appliquée à d'autres cas analogues.

Le nitrate d'argent en solution aqueuse à 0.10 % est toxique pour le lapin à la dose de 0 gr. 03 centigr.; mais 0 gr. 01 centigr. est bien toléré. Chez l'homme, on peut injecter de 0 gr. 001 à 0 gr. 002 milligr. sans noter aucun symptôme inquiétant; toutefois, ce traitement ne fut suivi d'aucun succès dans le seul cas de tabes où je l'ai essayé.

L'alcool en solution à 20 % est mortel pour le lapin à la dose de 12 c.c. par kilogramme. Les doses de 4 et 8 c.c. déterminent la résolution musculaire avec abaissement de la température, immobilité ou mouvements d'ébriété, durant une heure environ; 1 c.c. d'alcool absolu (5 c.c. de solution) reste sans effet.

J'ai pu m'assurer dans une série de recherches que l'introduction d'alcool dans les veines produit une augmentation de la pression artérielle (de 112 à 116 millimètres). Chez l'homme, les doses de 0 c.c. 40 à 4 c.c. d'alcool absolu procurent une sensation de bien-être qui dure de deux à quatre heures. Le pouls devient ample et régulier.

La gélatine en solution physiologique (à 2 %) alcalinisée avec le carbonate de soude et injectée à la dose de 50 c.c. est bien supportée par le lapin. Les chiens tolèrent des quantités beaucoup plus élevées. L'injection est suivie des effets hémostatiques que l'on connaît. J'ai traité par ce moyen quelques cas d'hémoptysie grave; en général, l'hémorrhagie cesse rapidement avec 100 à 150 gr. de solution. Je n'ai jamais observé aucun accident; l'hémorrhagie ne s'est jamais reproduite.

Je n'insisterai pas sur les injections d'oxygène, dont j'ai déjà publié un cas chez l'homme (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 243-244). On peut, sans crainte, introduire lentement dans les veines, chez les lapins et chez les chiens, jusqu'à 5 litres de ce gaz, sans entraîner d'em-

bolie et sans causer la mort de l'animal. L'oxygène injecté est complètement fixé par les globules rouges. L'injection doit être pratiquée très lentement : il ne faut pas injecter plus de 500 c.c. d'oxygène par heure; cette quantité est parfaitement absorbée dans ce laps de temps.

L'introduction de 10 c.c. d'oxygène par minute détermine l'élévation de la pression artérielle; les doses plus fortes, ou administrées plus rapidement, produisent l'abaissement de la pression, avec arythmie et troubles respiratoires. L'oxygène exerce aussi une action favorable sur les échanges organiques. Ainsi, chez un chien soumis à ce traitement, le rapport uréo-azotique monta rapidement de 87 à 89 %.

Les faits que je viens de vous exposer me semblent suffisants pour montrer que la voie ouverte à la thérapeutique par M. Baccelli a devant elle un grand avenir.

M. V. Patella (de Sienne), *co-rapporteur.* — La méthode des injections intraveineuses a réalisé un véritable progrès, car elle permet de soustraire à l'influence des sucs digestifs certains médicaments dont l'action pharmacodynamique se maintient ainsi complètement inaltérée. L'audacieuse tentative de M. Baccelli, d'introduire la quinine dans le sang au contact du parasite du paludisme, n'est pas la résurrection de la *chirurgia infusoria*, mais bien la création d'une méthode très originale, déduction logique des données physio-pathologiques et pharmacodynamiques. Cette méthode a déjà donné naissance à d'autres essais heureux; c'est d'elle que naquit l'idée de porter directement l'antitoxine tétanique dans les centres nerveux qui, plus que tous autres tissus, sont imprégnés par les toxines spécifiques.

Mon attention a été particulièrement attirée sur la valeur des injections intraveineuses de bichlorure de mercure dans le traitement des infections. Quel est leur mécanisme d'action? Je repousse *a priori* l'hypothèse d'un effet bactéricide, qui ne peut être que nul, si l'on pense que de 0 gr. 002 à 0 gr. 006 milligr. de médicament sont dissous dans 4 ou 5 litres de sang.

Ayant pu constater que des lapins qui recevaient dans le péritoine 0 gr. 002 milligr. de nitrate d'argent présentaient une augmentation rapide et persistante des leucocytes, augmentation portant exclusivement sur les polynucléaires, j'ai voulu rechercher si chez l'homme sain, de même que chez le malade (polyarthrite rhumatismale), les injections intraveineuses de sublimé, et chez le lapin les injections de nitrate d'argent par la même voie, étaient capables de produire la polynucléose.

Les résultats ont été évidents : chez le lapin, les injections intraveineuses déterminèrent une élévation du nombre des polynucléaires beaucoup plus considérable que les injections intrapéritonéales. Les injections hypodermiques de sublimé ne possèdent pas cette activité, ou ne la manifestent qu'à un degré bien moindre. L'augmentation de 3 à 4,000 leucocytes par millimètre cube que l'on constate deux à trois heures après l'injection intraveineuse de sublimé est toujours plus faible pour les injections successives, si l'on maintient constante la dose de médicament.

Ce nouvel ordre de recherches peut être très utile pour éclairer l'action des injections mercurielles dans les veines, injections qui mobilisent des millions d'éléments dont le mode d'action très complexe représente un des moyens de défense de l'organisme.

J'ai eu l'occasion de traiter, par les injections de sublimé dans les veines, 9 cas de rhumatisme articulaire aigu; chez 2 de ces malades, rebelles au salicylate de soude, les résultats ont été excellents; chez 4, médiocres; chez les 3 derniers, complètement négatifs. Si la leucocytose survient, l'effet est positif.

Je dois citer en passant les injections de chlorhydrate de quinine que M. Baccelli pratiqua le premier en 1870, et les excellents résultats qu'il en obtint dans les formes pernicieuses du paludisme. J'ai appliqué ces injections au traitement de quelques cas de carcinomes viscéraux, mais sans aucun résultat.

En 1893, M. Baccelli, comme le rappelait M. Mariani, appliqua sa méthode des injections intraveineuses au traitement des accidents graves et rebelles de la syphilis, en injectant le sublimé en solution à 1 ‰. Les bienfaits de cette intervention ont été plusieurs fois confirmés par divers auteurs tant italiens qu'étrangers, qui s'accordent à reconnaître son innocuité et louent sa grande puissance contre les accidents tertiaires de la syphilis. Les indications ont été établies avec précision; si la technique est parfaite, on n'observe aucun accident.

Quelques cas très graves d'infection charbonneuse chez l'homme, que j'ai réussi à guérir par les injections de sublimé, confirment le désaccord qui règne entre les résultats de laboratoire et l'observation clinique : mais M. le professeur Bouchard a, avec raison, contesté aux expériences de laboratoire le droit de formuler des lois immuables en pathologie humaine.

Cela est vrai aussi pour le traitement du tétanos par l'acide phénique, qui a traduit son efficacité par des centaines de guérisons, bien que les expériences de M. Josias (tétanos expérimental chez les cerfs) aient été négatives à ce sujet.

J'ai voulu expérimenter largement le cinnamate et le cacodylate de soude : ces médicaments, introduits dans les veines, ne déterminent aucun accident local ni général.

Un cas de diphtérie et un cas d'infection charbonneuse, traités par le sérum antidiphtérique et par le sérum de Sclavo, introduits par la voie veineuse, me donnèrent un succès aussi brillant qu'inattendu; les conditions des deux patients étaient en effet très graves, malgré des injections très abondantes de sérum par la voie hypodermique.

Je ne dois pas cacher, cependant, que les injections de préparations ferrugineuses ne semblent pas répondre aux principes fondamentaux d'une thérapeutique rationnelle, d'autant plus que l'action chimique du citrate de fer ammoniacal sur les vaisseaux ne paraît pas indifférente.

Si les indications établies par M. Baccelli n'ont pas été modifiées, il faut savoir éviter les enthousiasmes exagérés, qui enlèveraient tout crédit à cette méthode dont le principe est hautement scientifique.

M. Devoto (de Pavie). — J'estime que, au lieu de parler de *coagulum* obtenu à la suite des injections de sublimé dans le sang, il faudrait employer le terme de *précipité*, car le véritable coagulum ne se redissout pas spontanément dans un excès de sérum, comme cela a lieu pour le précipité albumineux provoqué par le sublimé. Je ne crois pas, contrairement à M. Mariani, que ce dernier sel puisse circuler dans le sang sous forme de bichlorure de mercure, étant donnée la grande facilité avec laquelle il forme des combinaisons avec les nucléines et les globulines. J'ai pu constater que, chez les sujets et les animaux cachectiques ou malades, les combinaisons globuliniques ou nucléiniques avec le mercure sont moins faciles. Il est donc très important d'introduire le mercure et l'arsenic aussi dans les cas moins graves, quand il y a indication.

M. Pane (de Naples). — J'ai eu l'occasion de pratiquer une série de recherches sur les injections de sublimé dans les veines. Mes tentatives ont toujours été couronnées de succès, et j'ai constaté que l'injection d'une substance toxique dans le courant circulatoire provoque d'une façon évidente l'augmentation des anticorps (agglutinines, antitoxines).

M. Rossoni (de Rome). — Mes expériences d'injection d'oxygène dans les veines de chiens n'ont jamais déterminé la mort, malgré les grandes quantités de gaz que j'ai employées. Je suis donc amené à conclure que cette méthode pourra être appliquée à l'homme sans crainte et avec succès, surtout dans les cas d'urgence (asphyxie, croup, corps étrangers des voies respiratoires, affections aiguës des poumons). Chez un chien de 20 kilogrammes, j'ai pu, malgré la ligature de la trachée, entretenir la vie pendant huit minutes en injectant plusieurs litres d'oxygène dans les veines.

M. V. Ascoli (de Rome). — La thrombose est plutôt l'effet de la blessure de la veine que celui des propriétés chimiques du sublimé, ainsi que je l'ai déjà démontré en 1898.

En ce qui concerne les injections ferrugineuses, j'ai constaté que l'hémoglobine et les globules rouges augmentent rapidement après quelques injections; mais cette augmentation s'arrête à une certaine limite, malgré la continuation du traitement. M. Patella considère les injections de sels de fer comme constituant une méthode d'exception; je partage son opinion, la voie d'élection restera le tube digestif. Mais pour l'arsenic les faits se présentent autrement.

M. Riva (de Parme). — J'aurais bien des choses à dire au sujet de la méthode intraveineuse, que j'ai été le premier à appliquer au traitement des cas de chlorose rebelles, au moyen de l'arsenic. Dans ces cas, il faut utiliser l'arséniate de soude. J'admets la nécessité des injections intraveineuses de fer pour les cas d'urgence de chlorose et d'anémie graves, et je voudrais même que l'application de cette méthode fût généralisée, en raison de ses bons résultats et de sa complète innocuité, à tous les cas d'anémie susceptibles d'être traités par les injections intraveineuses. Je ne partage pas les craintes que l'on vient d'exprimer, à propos de l'introduction du citrate de fer dans les veines; nous pratiquons, à la clinique de Parme, ces injections intraveineuses dans tous les cas un peu graves : jamais elles ne produisent d'accidents; elles sont demandées même par les malades, à cause de la rapidité de leurs effets.

M. Boari (de Pescia). — Dans un cas de pustule maligne avec infection généralisée, j'ai pratiqué deux injections intraveineuses de 0 gr. 01 centigr. chacune d'une solution de sublimé à 1 %; dans un autre cas, j'ai fait trois injections de la même dose, à dix-huit ou vingt heures d'intervalle. La température baissa de 40°4 à 38° dans un cas, à 37° dans l'autre. L'œdème disparut en cinq ou six jours, et la guérison fut rapide, sans aucune complication.

M. Maragliano (de Gênes). — Je vois avec satisfaction que l'opportunité et l'efficacité des injections intraveineuses sont maintenant reconnues en Italie comme à l'étranger. En clinique, donc, pas d'opposition. Par contre, les divergences proviennent des laboratoires : le sublimé injecté dans les veines ne réussit pas à sauver les animaux des infections expérimentales. Mais ces expériences ne peuvent prévaloir, car à l'heure actuelle il est impossible de ne pas tenir compte du terrain, où se développent toutes les énergies de défense de l'organisme.

Contre l'infection, l'organisme joue un rôle très important; du reste, le point capital des recherches expérimentales ne peut pas être limité à l'étude et à la démonstration des substances défensives du sang vis-à-vis d'un médicament déterminé introduit dans la veine.

En tous les cas, nous savons aujourd'hui qu'il existe des médicaments qu'on peut utilement injecter dans les veines, de sorte qu'on doit compter dorénavant pour eux, parmi les divers modes d'administration, la voie intraveineuse.

Le sérum névrotoxique.

M. Boeri (de Naples). — Si l'on injecte dans le péritoine de cobayes une émulsion de substance cérébrale de lapin, on obtient un sérum dont l'injection dans la cavité sous-durale du lapin détermine une augmentation considérable et prolongée de l'excitabilité des centres nerveux. Si on le chauffe à 55° pendant une demi-heure, ce sérum perd complètement ses propriétés excitantes.

Le sérum névrotoxique est aussi hémolytique, de même que le sérum hémolytique est légèrement névrotoxique. Les sérums cytotoxiques ne possèdent donc pas une spécificité absolue.

Secousses rythmiques de la tête dans l'hypertension artérielle.

M. Bucco (de Naples). — Chez 4 malades qui ne présentaient aucun des symptômes qu'on exige pour le signe de Musset, j'ai pu constater la présence de secousses rythmiques de la tête. Toutefois, la tension artérielle de ces patients était très élevée (210 à 290 millimètres) et ils étaient atteints d'artériosclérose diffuse, en l'absence de toute lésion aortique. Je crois donc que le signe de Musset n'appartient pas exclusivement aux lésions aortiques, mais que les secousses céphaliques ont les caractères de véritables pulsations; leur origine doit être recherchée dans la transmission à la tête des secousses du cœur, pathologiquement exagérées.

L'action physiologique des ferments et des antiferments du sérum sanguin.

M. Maurice Ascoli (de Pavie). — Dans une série d'expériences entreprises avec M. C. Bez-

zola, nous avons tout d'abord établi le principe de la spécificité des antiferments du sérum humain pour la trypsine et la rénine, car nous avons réussi à démontrer que les sérums pour lesquels on neutralise l'action antitrypsique, en ajoutant des doses convenables de trypsine, conservent entièrement leur action antirénique, et *vice versa*.

La méthode employée pour la détermination de la valeur antitrypsique consiste à mettre en contact avec la même quantité de pancréatine en solution des doses croissantes de sérum d'un même individu, à jeun et pendant la digestion, en éprouvant ensuite l'activité des différents mélanges au point de vue de la dissolution de la gélatine et de la coagulation du lait.

Pour l'étude du pouvoir hémolytique, nous avons employé le sang de lapin, en comparant les propriétés lytiques de doses croissantes du sérum d'un même sujet, avant et après le repas, sur des solutions de sang au même titre.

Nous avons ainsi constaté que le pouvoir hémolytique et antitrypsique du sérum est moindre pendant la digestion qu'à l'état de jeûne.

Nous avons donc démontré expérimentalement que les hémolysines sont en rapport étroit avec les phénomènes de la nutrition, ce qui n'est pas sans importance dans la physiologie des échanges organiques.

L'introduction d'oxygène dans l'intestin contre la péritonite tuberculeuse.

M. Bernabei (de Sienne) préconise l'insufflation d'oxygène dans l'intestin pour le traitement de la péritonite tuberculeuse; ce procédé donnerait d'aussi bons résultats que la laparotomie, et mériterait d'être utilisé avant de recourir à cette dernière.

L'ostéomalacie, l'arthrite déformante, même avancée, bénéficieraient aussi du même moyen thérapeutique.

Dr G. Zanoni (de Gênes).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1902.

Traitement de l'appendicite.

M. Moty (médecin militaire). — Je veux surtout m'occuper de ces cas d'appendicite dans lesquels on hésite à intervenir. Comme pour les contusions abdominales, j'attache la plus grande importance à l'état du pouls. Si je constate la moindre accélération au bout de quelques heures, je propose l'intervention. Si, au contraire, le pouls reste stationnaire, j'attends au lendemain; et, à ce moment, si la fréquence du pouls a augmenté, je pratique immédiatement l'opération. Cette manière de faire m'a toujours donné de bons résultats.

Je n'emploie jamais la glace dans les cas de ce genre, car je crois qu'elle masque l'évolution des symptômes; je me borne à mettre le malade au repos et à la diète.

M. Segond. — A propos de l'observation d'appendicite perforée à la période de refroidissement, que M. Legueu nous a récemment communiquée, M. Reynier a contesté la valeur de ce fait isolé (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 345 et 355), et il a semblé incriminer l'intervention dans certains cas d'appendicite terminés par la mort. Dans un fait qui m'est personnel, je crois, au contraire, que la terminaison fatale a été la conséquence d'un diagnostic tardif, qui a empêché d'opérer assez tôt. Il s'agit d'une jeune femme qui, après avoir été soignée pendant plusieurs mois pour des coliques hépatiques, fut prise brusquement d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. C'est seulement à la cinquantième heure qu'on fit le diagnostic de perforation appendiculaire avec péritonite généralisée, et qu'on porta le pronostic le plus grave. D'accord avec M. le professeur Dieulafoy, j'opérai cette malade, estimant qu'elle était perdue, mais que seule l'intervention pourrait lui donner une chance de salut. J'ai trouvé un appendice gangrené, sans adhérences, avec quelques cuillerées de liquide louche dans le péritoine. La mort est survenue au bout de trois jours.

J'ai la conviction que, si cette femme avait été opérée plus tôt, elle aurait guéri, comme j'ai vu guérir plusieurs malades qui présentaient une gangrène de l'appendice aussi complète et qui ont été opérés avant la quarante-huitième heure.

Je crois que le moment est venu de publier tous les cas de mort dus à la temporisation, car il y a dans l'application systématique de cette méthode un véritable danger que nous devons dénoncer.

M. Villar (de Bordeaux). — Je suis devenu de plus en plus interventionniste en raison de l'impossibilité où nous nous trouvons de prévoir ce que deviendra une appendicite que nous venons de diagnostiquer, étant donné que, dans les formes en apparence les plus bénignes au début de la crise, les lésions sont parfois extrêmement graves et susceptibles de déterminer la mort, si l'on n'intervient pas d'une façon hâtive.

Tous les malades que j'ai opérés au début des accidents ont guéri, de sorte que je ne vois pas quels reproches les temporisateurs peuvent faire à l'intervention précoce. Tous les désastres que j'ai eu à enregistrer sont dus, au contraire, à la temporisation.

Néphrotomie pour calcul rénal, avec suture immédiate du rein, sans drainage.

M. Bazy. — M. Riche nous a présenté une observation au sujet de laquelle je dois vous faire un rapport. Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, pour laquelle on porta le diagnostic de pyélonéphrite droite, à son entrée à l'hôpital. La néphrotomie permit d'enlever un volumineux calcul; le tissu rénal paraissant en bon état, notre confrère ne fit pas de drainage et sutura le rein. La malade a parfaitement guéri.

Il y avait évidemment une certaine hardiesse à suturer un rein infecté, mais M. Riche ne s'est décidé à pratiquer cette suture qu'après avoir constaté qu'il n'y avait pas de rétention et que l'on pouvait compter sur l'uretère pour assurer le drainage. Il a ainsi évité à sa malade tous les inconvénients d'une fistule lombaire.

Notre confrère avait eu recours avant son opération à la séparation des urines. Je crois que cette méthode n'est utile que dans un très petit nombre de cas, car le plus souvent on peut faire le diagnostic par les autres moyens cliniques, et, d'autre part, pour l'homme en particulier, l'application de ce procédé ne me paraît pas devoir être toujours exempte d'inconvénients.

M. Routier. — J'estime, avec M. Bazy, qu'on peut faire le diagnostic des lésions rénales, sans la séparation des urines.

Dans un cas récent, j'ai agi comme M. Riche, chez une femme atteinte de lithiase rénale du côté droit. Après avoir incisé le rein et enlevé 3 calculs, je suturai l'organe, malgré un certain degré de purulence des urines, constaté avant l'opération. La guérison a été obtenue sans incident.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 24 et 31 octobre 1902.

Sur le tabes hérédo-syphilitique.

M. Babinski. — Bien qu'il n'existe guère dans la littérature qu'une vingtaine de cas de tabes hérédo-syphilitique, j'incline cependant à croire que cette affection, qui se manifeste souvent sous une forme fruste, est plus commune qu'on ne le pense généralement. En voici, en tout cas, deux exemples d'autant plus intéressants que le père de chacun des deux sujets est lui-même tabétique.

Le premier concerne une jeune fille de vingt-deux ans, ayant des dents d'Hutchinson, qui jusqu'à dix-huit ans a joui d'une bonne santé, sauf qu'à sa naissance elle présentait des ulcérations anales et que, depuis l'âge de sept ans, elle est atteinte de la maladie des tics convulsifs. A dix-sept ans survint une kératite interstitielle offrant les caractères de la kératite hérédo-syphilitique. Depuis deux ans, cette malade est sujette à des crises de douleurs fulgurantes et, de plus, ses pupilles ne réagissent pas à la lumière. Notons enfin que le père de cette jeune fille a contracté la syphilis pendant que sa femme était enceinte et qu'il l'a contaminée. Il présente lui-même des signes caractéristiques de tabes : abolition des réflexes rotuliens et achilléens, troubles vésicaux, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson.

Voici une autre jeune fille de quinze ans, dont les pupilles sont insensibles à la lumière, dont les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis, qui offre des troubles urinaires, de la choroïdite du côté gauche, ayant les caractères de la choroïdite syphilitique, et chez laquelle, enfin, l'examen du liquide céphalo-rachidien a décelé de la lymphocytose. Cette malade présente, en outre, des désordres mentaux relevant soit d'une démence précoce, soit d'une méningo-encéphalite diffuse; quant à son père, il est atteint de tabes comme celui de la précédente patiente.

La connaissance de ces faits a un réel intérêt pratique, car il y a tout lieu d'admettre que le traitement hydrargyrique, intensif et longtemps prolongé, peut exercer sur le tabes hérédo-syphilitique une influence au moins aussi grande que sur le tabes vulgaire, c'est-à-dire qu'il peut en enrayer dans une certaine mesure l'évolution.

M. Gaucher fait remarquer que le mot intensif appliqué au traitement spécifique ne doit s'entendre que de sa durée, car chaque fois que l'on dépasse les doses maxima habituelles des sels mercuriels communément employés contre la syphilis, on provoque des phénomènes d'intolérance.

Le traitement du tétanos par la méthode de Baccelli.

M. Claude communique l'observation d'un homme de quarante-six ans qui, cinq jours après une légère blessure du petit doigt de la main gauche, présenta une contracture intense généralisée avec crises paroxystiques, fièvre, délire, etc. On lui pratiqua immédiatement une injection de 20 c.c. de sérum antitétanique, puis, les jours suivants, des injections quotidiennes de 0 gr. 20 centigr. d'acide phénique. A cette médication on associa la saignée, les injections de sérum artificiel, le chloral à hautes doses et l'on amputa le doigt blessé. Pendant dix-huit jours, l'état du malade resta à peu près stationnaire; à ce moment, la fièvre tomba, les autres symptômes s'amendèrent, en même temps que se produisait une crise de sueurs et d'urines. Quelques jours après la guérison était complète.

Bien qu'on ne soit pas en droit d'attribuer ce succès aux injections d'acide phénique, puisque d'autres médications ont été employées concurremment, on peut cependant supposer, étant donné le peu d'activité de ces médications dans la majorité des cas, que le traitement préconisé par M. Baccelli n'a pas été étranger à l'heureuse issue de la maladie.

M. Chauffard. — Je puis vous signaler un cas de tétanos traité sans succès par la méthode de Baccelli; il s'agit d'un homme de quarante ans qui, étant ivre, fut frappé sur la tête avec un coup de poing américain; il resta toute la nuit étendu sur le sol, et la plaie qu'il présentait au niveau du cuir chevelu fut souillée par le contact de la terre.

Six jours après cette blessure, le malade fut pris de vertiges et, le lendemain, d'une première crise de contracture accompagnée de trismus et de dysphagie. Le jour même on lui injecta à trois reprises différentes 10 c.c. de sérum antitétanique, et, le lendemain, 20 c.c. de ce sérum; on lui fit, en outre, quatre injections de 0 gr. 04 centigr. chacune d'acide phénique.

Malgré une nouvelle injection de 0 gr. 04 centigrammes du même médicament, pratiquée pendant la nuit, et l'administration d'un lavement contenant 4 grammes de chloral, le patient succomba le lendemain matin dans une violente crise de contracture.

Cet insuccès est peut-être dû à ce que la médication n'a pu être employée que pendant un laps de temps très court. Peut-être aussi les doses d'acide phénique ont-elles été trop faibles, puisque l'on a pu sans inconvénient aucun, dans des cas qui ont guéri, injecter des doses beaucoup plus élevées du médicament (0 gr. 72 centigrammes par vingt-quatre heures pendant sept jours chez un patient, 0 gr. 65 centigr. par jour pendant quarante et un jours chez un autre),

Les doses moyennes de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 centigrammes *pro die* sont cependant les plus communément citées dans les nombreux travaux publiés sur cette question en Italie.

Méningite cérébro-spinale traitée avec succès par les ponctions lombaires.

M. Babinski présente une fillette chez laquelle une surdité complète survenue en vingt-quatre heures s'est accompagnée de céphalalgie et de raideur de la nuque, avec fièvre, signe de Kernig, etc. Deux mois environ après le début de ces accidents, on lui pratiqua une ponction lombaire qui donna issue, sous forte pression, à un liquide louche contenant du pus, mais dont les cultures restèrent négatives. Cette ponction ayant été suivie d'une diminution de la céphalalgie et de la raideur de la nuque, on en fit successivement cinq autres à sept ou huit jours d'intervalle : elles amenèrent la disparition complète de tous les accidents sauf, cependant, des troubles auriculaires, lesquels semblent devoir être rattachés à une lésion labyrinthique.

M. Widal montre un homme chez lequel on constate une absence complète du petit pectoral et du chef sterno-costal du grand pectoral du côté gauche. A ce niveau, la peau est glabre, amincie et collée aux côtes, qui ont leur volume normal. Cette malformation, qui est congénitale, ne détermine aucune gêne; les mouvements d'adduction sont cependant un peu moins forts que du côté droit.

M. Ménétrier présente des pièces anatomiques provenant d'une femme qui a succombé à un cancer de l'estomac avec adénopathie sus-claviculaire et épanchement chyliforme dans le péritoine et dans les cavités pleurales. Cet épanchement était la conséquence d'une propagation, par la voie des lymphatiques, de l'infiltration cancéreuse au canal thoracique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 octobre 1902.

Bactériologie des cholécystites.

MM. Gilbert et **Lippmann**. — De l'étude de 12 cas de cholécystite avec examen du liquide intravésiculaire, nous croyons pouvoir conclure que ce liquide est toujours fertile, quelle que soit la nature de la cholécystite, suppurative ou non. Dans l'un et l'autre cas on y trouve des germes anaérobies; quant aux aérobies, ils sont plus nombreux dans les cholécystites suppurées. Les microbes que l'on observe le plus fréquemment en anaérobiose sont le colibacille, l'entérocoque, le *funiculiformis*, le *Streptococcus anaerobius*, le *perfringens* et le *radiformis;* en milieux ordinaires, on rencontre le colibacille et l'entérocoque. La plupart de ces germes anaérobies sont, en outre, les hôtes assidus à l'état normal de la vésicule biliaire de nombreux animaux (chien, chat, bœuf, porc); au contraire, les microbes aérobies y sont excessivement rares.

Il y aurait donc, dans les cholécystites, infection à un premier degré par les germes autochtones et, à un degré plus accusé, association de ces mêmes germes avec des bactéries aérobies étrangères.

Sur un cas de morve humaine.

MM. Gabrielidès et **Remlinger**. — Nous avons observé, à l'hôpital français de Constantinople, un jardinier âgé de trente ans, qui était atteint d'une collection purulente de la région pectorale droite avec température élevée, état typhique, etc. Le mode de contamination n'a pu être découvert. L'incision de l'abcès ne modifia en rien la marche de la maladie, et le patient succomba vingt-six jours après le début de l'affection, avec des lymphangites et des abcès multiples.

Le diagnostic de morve a été confirmé par l'examen direct du pus provenant de l'abcès sous-pectoral — le bacille caractéristique s'y rencontrait en quantité abondante —, par les cultures sur pomme de terre et par l'inoculation au cobaye. Un demi-centimètre cube de culture en bouillon, injecté dans le péritoine, amenait, en quarante-huit heures, le développement de la vaginalite caractéristique. La mort de l'animal survenait le huitième jour.

L'ensemencement sur bouillon du sang prélevé dans la veine saphène trois jours avant la mort a permis également d'isoler le bacille de la morve. Ce bacille existait, en outre, dans le pus des abcès multiples survenus pendant les derniers jours de la maladie.

L'examen du sang, pratiqué au vingtième jour de l'affection, a décelé l'existence d'une polynucléose avec diminution des mononucléaires.

Le pouvoir agglutinant s'est montré positif : il commençait à se manifester après une demi-heure de contact et l'agglutination était complète au bout de trois quarts d'heure. Il semble résulter de ce fait que, dans certains cas tout au moins, la réaction agglutinante est applicable au diagnostic de la morve humaine. Si l'on en juge d'après ce que nous avons observé chez le cobaye, il serait possible que la mort pût survenir avant que le sérum eût acquis des propriétés agglutinantes.

Monoplégies diphtériques expérimentales.

M. Babonneix. — Lorsqu'on injecte à des lapins de la toxine diphtérique, les accidents varient avec les doses injectées. A très forte dose la mort survient rapidement sans paralysie. A forte dose, la paralysie affecte le type de la paralysie ascendante aiguë. Enfin, à dose encore plus faible, on peut réaliser des monoplégies qui sont dues non à des lésions purement locales, mais à des altérations nerveuses analogues à celles que l'on a plusieurs fois signalées chez l'homme au cours de la paralysie diphtérique.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 13 octobre 1902.

Sur l'excès de travail biologique imposé à l'organisme des nourrissons par l'allaitement artificiel.

M. Wassermann. — Les découvertes de ces dernières années ont mis en évidence les différences séparant, au point de vue biologique, l'albumine du lait des différentes espèces animales : on sait qu'un lapin injecté avec un lait déterminé fournit un sérum qui provoque la coagulation de ce seul lait. On peut conclure de cette spécificité de l'albumine de chaque lait que l'albumine du lait de femme est seule *homologue* pour l'alimentation du nourrisson, d'où il résulte que l'allaitement maternel constitue une continuation directe de la nutrition placentaire. Aussi rien ne peut remplacer ce mode d'allaitement; c'est ainsi que M. Heubner a vu qu'à apport égal de calories un enfant nourri au sein (alimentation homologue) a dans les six premiers mois une croissance plus considérable qu'un enfant recevant une albumine *hétérologue;* ce dernier doit, en effet, transformer d'abord cette albumine en albumine homologue.

Je me suis efforcé de démontrer en quoi consiste ce surcroît de travail imposé à l'organisme et de déterminer en quel point de l'économie il se produit. Quand on injecte à un animal, dans la cavité péritonéale, un aliment hétérologue (sérum ou substance cellulaire), cet animal acquiert le pouvoir de détruire des quantités de bactéries, introduites peu après dans son organisme, suffisantes pour tuer un témoin; cette immunité résulte de ce que l'injection de substances hétérologues a pour effet d'amener l'accumulation, au lieu même où elle est pratiquée, de ferments digestifs, plus exactement de compléments. Ceux-ci se fixent sur les bactéries, qu'ils dissolvent à la façon d'une albumine hétérologue, car on sait l'analogie étroite existant entre les éléments de l'organisme qui digèrent les matériaux nutritifs et ceux qui assurent la défense contre les germes pathogènes. Au contraire, si c'est une substance homologue que l'on a injectée (par exemple du sérum de cobaye à un cobaye), l'infection suit son cours, et l'animal succombe comme les témoins, parce qu'ici il n'y a pas eu accumulation de compléments digestifs.

L'albumine hétérologue exige donc pour son assimilation l'intervention de toute une série de ferments qui ne sont pas nécessaires quand il s'agit d'albumine homologue, et le fait est vrai en particulier pour le lait. On comprend dès lors que, la production de ferments étant faible dans le jeune âge, l'allaitement naturel convienne seul, surtout chez les enfants affaiblis, parce qu'il réalise une économie de ferments.

M. L. Michaelis. — Je crois qu'on ne peut pas comparer ce qui se passe quand on introduit une substance albuminoïde dans la cavité abdominale avec les phénomènes de la digestion gastro-intestinale. Il ne faut pas oublier que la pepsine a précisément pour effet de faire perdre aux albuminoïdes leur spécificité, et cela beaucoup plus rapidement que leur caractère même d'albuminoïde : il arrive un moment où la substance protéique soumise à l'action de ce ferment cesse d'être coagulable par la précipitine correspondante, mais l'est encore par la chaleur; aussi est-il beaucoup plus difficile de provoquer la formation des précipitines par l'ingestion d'albuminoïdes que par l'introduction de ces substances dans le péritoine; et avec le lait, il n'y a plus du tout production de précipitines dans l'estomac, en raison de l'action du ferment lab qui coagule immédiatement la caséine et la soustrait ainsi à l'influence des autres ferments. Je pense donc que les causes qui rendent le lait hétérologue plus difficile à digérer que l'homologue ne sont pas encore élucidées.

M. G. Klemperer. — J'estime aussi qu'on ne saurait attribuer aux précipitines les différences présentées par les divers laits au point de vue de leur digestion dans le tractus gastro-intestinal, puisque nous savons que les albuminoïdes perdent complètement, dans l'intestin, leur caractère albuminoïde; leur transformation ne s'arrête pas au stade de peptone, comme on l'a cru longtemps — et d'ailleurs il n'existe pas d'antipeptone —, mais va jusqu'à la production de leucine, de tyrosine, etc., substances azotées mais non albuminoïdes; aussi, ce que le nourrisson résorbe, de l'albumine du lait, n'est plus de l'albumine, mais bien des dérivés de l'albumine.

M. von Leyden. — Comment est digéré le lait introduit sous la peau?

M. Wassermann. — Ici les ferments digestifs n'interviennent pas, mais seulement les précipitines.

M. L. Michaelis. — Quand on injecte à un animal du sérum de bœuf, il ne se produit qu'une élévation légère de la température, ainsi que de la leucocytose; si l'on répète l'injection, on observe qu'à un moment où tout le sérum injecté n'est pas encore résorbé, le péritoine est en entier recouvert de petits amas de substance albuminoïde, entourés de leucocytes distribués en deux zones, dont l'interne est formée de cellules géantes, monocellulaires, et l'externe d'éléments polynucléaires plus petits. Après injection intraveineuse d'albumine, il ne survient aucun phénomène de coagulation dans le sang, et l'animal reste en bonne santé, mais la leucocytose est énorme; les leucocytes sont attirés par irritation et englobent l'albumine à l'état naissant.

M. Wassermann. — Là où s'accumulent et se détruisent des leucocytes, il y a mise en liberté de compléments; ainsi peuvent s'accorder la théorie de M. Metchnikoff et celle de M. Ehrlich, la première admettant que ce sont les cellules, et la seconde leurs produits de destruction, qui donnent naissance aux compléments.

M. A. Baginsky. — Il y a des différences anatomiques entre le tube digestif de l'adulte et celui de l'enfant, notamment au point de vue des organes lymphatiques. Pour ma part, je crois qu'une partie du lait maternel ingéré par le nourrisson passe directement dans les voies lymphatiques; si un enfant que l'on sèvre ne fait pas de progrès dans son développement, durant une série de semaines, malgré une nourriture plus riche, c'est parce qu'il doit s'habituer à ce nouveau régime, le lait maternel étant absorbé par une voie beaucoup plus rapide qu'on ne l'a dit jusqu'ici. D'autre part, d'après la théorie de M. Wassermann, un enfant qui reçoit un lait étranger devrait être plus résistant aux infections qu'un nourrisson élevé au sein; or, cette proposition doit être renversée, pour répondre à la réalité des faits.

M. G. Klemperer. — Quand le lait est direc-

tement résorbé, il y a lactosurie, comme on l'observe chez les nouvelles accouchées, mais jamais chez les nourrissons; c'est, du reste, une hypothèse inadmissible au point de vue physiologique, que de supposer le passage, sans modification, d'une substance abuminoïde dans l'économie.

M. A. Baginsky. — Précisément, on peut rencontrer du sucre dans l'urine des nouveau-nés, particulièrement peu après les tétées.

M. Wassermann. — La contradiction qu'a cru relever M. Baginsky entre ma théorie et les enseignements de la clinique, concernant la résistance aux infections chez les enfants soumis à l'allaitement naturel ou artificiel, n'est qu'apparente : le nourrisson reçoit des compléments avec le lait qu'il absorbe; s'il est élevé au sein, il n'a pas besoin, pour la digestion, de ces compléments, qui restent dans le sang et peuvent servir à la défense de l'organisme; de fait, on trouve de deux à trois fois plus de compléments chez ces enfants que chez ceux qui prennent un lait étranger, et on voit la quantité des compléments diminuer quand on passe de l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 1er novembre 1902.

Des perceptions visuelles subjectives chez le sujet normal.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Urbantschitsch** a communiqué le résultat de ses recherches physiologiques sur les perceptions visuelles subjectives des sujets normaux, à l'exclusion des hystériques et des neurasthéniques.

Lorsqu'on regarde une croisée ou un objet rectiligne, il arrive souvent que cette croisée ou cet objet semblent avoir une direction oblique ou bien osciller en différents sens. Ce phénomène s'observe surtout chez les personnes qui ont facilement le vertige. D'autres individus voient remuer les points qu'ils fixent attentivement; décrit par Humboldt sous le nom d'« oscillation des étoiles », ce phénomène a été attribué par M. Exner à un trouble de la localisation des impressions visuelles.

On sait, en outre, que certaines irritations (tactiles, thermiques, électriques ou acoustiques) favorisent beaucoup le déplacement apparent des objets. Ce déplacement a toujours lieu dans le même sens chez le même individu pour une irritation donnée, mais il n'est pas toujours identique pour les deux yeux. D'autre part, lorsqu'ils regardent pendant quelque temps un point noir, beaucoup de sujets voient à côté de ce point une fausse image sous forme d'un disque foncé ou d'une figure géométrique quelconque. Cette image change elle-même de position et de configuration à la suite des irritations mentionnées plus haut; le simple souvenir de ces irritations peut également déterminer les mêmes changements de position et de forme.

Enfin, quand au lieu de fixer un point noir on regarde des lignes colorées, les excitations — auditives surtout — provoquent des changements de coloration : lignes vertes à la suite des bruits à tonalité élevée, lignes rouges à la suite des sons graves, etc. On observe des modifications analogues, lorsqu'on regarde les lignes et les objets avec des lunettes dont les deux verres sont de couleur différente.

Lymphosarcomatose des ganglions du médiastin.

M. K. Sternberg a montré des pièces anatomiques provenant d'un jeune garçon de quatorze ans, qui fut pris, il y a quelques semaines, de dyspnée et de douleurs à la pression au niveau de tous les os. Le foie et la rate étaient très augmentés de volume et on constata, en outre, une leucocytose très accusée portant surtout sur les lymphocytes. Le malade succomba dans une crise de suffocation. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence sarcomateuse des ganglions du médiastin, une dégénérescence leucémique du foie et de la rate et plusieurs foyers hémorrhagiques dans le cerveau.

M. Kretz dit avoir observé des altérations analogues dans un cas de lymphodermie.

Rétrécissements intestinaux multiples d'origine tuberculeuse.

Dans la séance du 23 octobre de la Société de médecine interne, **M. Lotheissen** a présenté une jeune fille de dix-huit ans, issue de souche tuberculeuse, qui était atteinte de rétrécissements multiples de l'intestin se traduisant par des vomissements, des douleurs au niveau de l'estomac et dans la région de la valvule iléo-cæcale, etc., et dont les fonctions digestives se sont entièrement rétablies à la suite d'une entéro-anastomose. La laparotomie avait permis de reconnaître qu'il existait à l'intestin grêle, sur une longueur de 2 mètres environ, 12 infiltrats tuberculeux formant tumeurs, dont 9 étaient circulaires et déterminaient une sténose presque absolue.

M. H. Schlesinger montre une portion de l'intestin d'un sujet de vingt-trois ans qui était également atteint de rétrécissements multiples d'origine tuberculeuse. On s'appuya pour faire le diagnostic sur l'évolution très lente de l'affection (plusieurs années), sur l'existence du symptôme décrit par M. Nothnagel sous le nom de rigidité intestinale (*Darmsteifung*) et sur la constatation d'une infiltration tuberculeuse au sommet du poumon droit. Au cours de l'opération, on trouva trois énormes rétrécissements, dont un occupait le cæcum et les deux autres l'iléon. Le malade succomba en cinq jours à une péritonite. A l'autopsie, on reconnut un rétrécissement du cæcum avec des excroissances polypeuses de la valvule de Bauhin, et deux autres rétrécissements situés l'un dans l'iléon et l'autre au niveau du coude droit du côlon transverse. Il s'agissait vraisemblablement de rétrécissements spasmodiques, dus au voisinage d'ulcérations tuberculeuses.

M. J. Schnitzler déclare avoir pratiqué 5 fois l'entéro-anastomose, pour des rétrécissements intestinaux; un des opérés succomba quelques mois après, par suite de la perforation d'une ulcération occupant la portion de l'intestin située en dehors de l'anastomose.

Polymyosite aiguë consécutive à la coqueluche.

M. A. Schüller a présenté un enfant qui, à la suite d'une coqueluche, fut pris de fièvre, d'abattement, de vomissements et de céphalalgie. Le pouls était accéléré et l'abdomen météorisé; plus tard, les muscles de la face et du cou devinrent durs et œdémateux. Cette rigidité gagna bientôt les autres muscles, sauf ceux des avant-bras et des jambes. En même temps qu'ils étaient durs et gonflés, les muscles étaient très douloureux. Cette polymyosite persista plus de deux mois, puis disparut peu à peu.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le signe de Kernig unilatéral comme symptôme d'une lésion cérébrale en foyer, par M. J. Sailer.

On sait que le signe de Kernig, loin d'être constant dans la méningite cérébro-spinale, s'observe parfois dans d'autres affections du système nerveux central. M. Sailer relate deux cas dans lesquels ce signe *n'existait que d'un côté du corps* et où l'on avait affaire à une lésion cérébrale en foyer.

Le premier fait a trait à un jeune homme de vingt ans, admis au Philadelphia Hospital pour une céphalée violente avec douleurs généralisées, subdélire et hyperthermie intense (40°). Le délire ne tarda pas à s'accentuer, en même temps qu'on constatait l'apparition d'une contracture du bras gauche. La tête était légèrement rejetée en arrière, sans qu'on pût pourtant remarquer la moindre rigidité des muscles de la nuque; il n'existait pas d'exagération des réflexes. On notait la présence très nette du signe de Kernig du côté gauche; par contre, on arrivait facilement à obtenir l'extension complète du genou droit dans la position assise. Bientôt on vit se déclarer une paralysie du côté gauche de la face avec protrusion de la langue et rotation de la tête à gauche. On constata, en outre, l'existence d'un certain degré de parésie du membre inférieur gauche, mais le signe de Kernig restait toujours facile à mettre en évidence de ce côté, tandis qu'il était complètement absent du côté opposé. On fit la même constatation pour le phénomène de Babinski. Le réflexe rotulien, d'abord normal, ne tarda pas à être exagéré, surtout à gauche. Sur ces entrefaites, il survint une éruption hémorrhagique généralisée à toute la surface du corps et aux muqueuses, et le patient succomba, cinq jours après son admission, au milieu des symptômes d'une endocardite. L'autopsie révéla, outre les lésions caractéristiques de l'endocardite aiguë maligne, une congestion des méninges cérébrales avec encéphalite localisée et foyer de ramollissement au niveau de la zone motrice droite.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de trente-sept ans, qui se plaignait de douleurs dans le dos et d'un affaiblissement musculaire du côté gauche du corps. A l'examen, on nota un certain degré d'inégalité pupillaire et de contracture dans le bras gauche. Le réflexe rotulien du même côté était fortement exagéré; le phénomène de Babinski et le signe de Kernig étaient très prononcés à gauche, tout en faisant complètement défaut à droite. Bien que le patient niât tout antécédent syphilitique, on prescrivit de l'iodure de potassium à doses progressivement croissantes, et, sous l'influence de ce traitement, l'état du malade ne tarda pas à subir une amélioration considérable, en même temps qu'on voyait disparaître le signe de Kernig.

En présence de ces deux faits, l'auteur estime que l'impossibilité d'étendre complètement le genou dans la position assise peut exister comme symptôme d'une encéphalite en foyer, ce signe étant, en pareille occurrence, localisé au côté opposé à la lésion cérébrale. Quant à la pathogénie du signe en question, M. Sailer croit qu'elle relève d'une altération irritante du faisceau pyramidal, altération qui, sans détruire complètement l'activité fonctionnelle de ce faisceau, ne fait que la diminuer. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai 1902.) — L. Ch.

Sarcome du mésentère; résection de 3 mètres d'intestin grêle; guérison, par M. Augustus C. Bernays.

L'observation relatée par M. Bernays peut contribuer à éclairer la question de l'étendue maxima d'intestin qu'il est permis de réséquer.

Depuis quatre mois, un homme de trente ans, qui avait toujours plus ou moins souffert de l'estomac, présentait de temps à autre des vomissements et ressentait une pesanteur douloureuse presque continue dans la région ombilicale. On percevait à ce niveau une tumeur mobile, à peu près hémisphérique, et large comme une soucoupe.

A l'opération, on constata l'existence d'une tumeur du mésentère; l'artère mésentérique supérieure, les veines et les lymphatiques correspondants se ramifiaient à sa surface ou dans son épaisseur, en sorte que, au territoire mésentérique par elle occupé, ressortissaient la moitié environ des anses de l'intestin grêle : pour enlever la tumeur, il fallait réséquer du même coup toutes les anses qui frangeaient son bord inférieur, faute de quoi elles se seraient sphacélées. On mit donc des clamps sur l'intestin et le mésentère : 5 centimètres seulement séparaient les pinces extrêmes appliquées sur ce dernier, et leurs becs se trouvaient juste en face de l'aorte. L'intestin grêle fut sectionné à 8 ou 10 centimètres de la valvule iléo-cæcale, et à partir de ce point les anses réséquées mesuraient 3 mètres 02 centimètres. L'intervention se termina par la suture bout à bout des sections intestinales et l'occlusion de la fente mésentérique.

Les suites opératoires furent bonnes et la convalescence rapide : deux mois et demi après l'opération, le malade eut quelques céphalées et des nausées, mais ces accidents disparurent après l'administration d'un purgatif salin. (*Ann. of Surgery*, juin 1902.) — R. de B.

Une opération pour cystocèle, par M. B. C. Hirst.

L'étude anatomique de la paroi vaginale antérieure et l'observation clinique des parturientes avant et après l'accouchement, ont conduit l'auteur à penser que, durant le travail, le mus-

cle transverse du périnée, dont les fibres s'insèrent sur les parties latérales de la cloison vaginale antérieure, se rompent très communément, surtout à leur insertion gauche (ce qui est dû sans doute à la prédominance des premières positions). Cette rupture musculaire, jointe au décollement de la paroi vaginale antérieure refoulée par la tête fœtale, a pour effet d'amener la cystocèle. Or, les opérations classiques de cystocèle ne remédient qu'au décollement de la muqueuse et non à la rupture musculaire; aussi M. Hirst propose-t-il de procéder de la manière suivante :

Avant d'effectuer le temps classique de l'intervention, on circonscrit de chaque côté de la ligne médiane, à l'union des cloisons vaginales antérieure et latérales, une petite aire triangulaire allongée suivant la direction du vagin, et dont l'extrémité antérieure est au voisinage du méat urinaire. La muqueuse est disséquée, puis réséquée, et les fibres musculaires que l'on rencontre dans le champ de la plaie sont embrassées par des sutures comprenant également la muqueuse; toutefois, on ne noue pas immédiatement ces sutures : il faut en effet tout d'abord, et comme à l'ordinaire, exciser une surface muqueuse ovalaire sur la ligne médiane, en arrière du méat urinaire, et en suturer les bords. Ce n'est qu'après l'achèvement de ce temps que l'on noue les sutures des incisions latérales. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement ambulatoire des ulcères variqueux par la « botte élastique ».

La plupart des moyens de traitement employés habituellement contre les ulcères variqueux n'agissent que lentement pour fournir, en définitive, une cicatrice peu résistante, sans compter qu'ils obligent le malade à garder le repos. Or, M. le docteur Leroy, chirurgien des hôpitaux du Havre, a, depuis quelque temps, recours à un pansement qui serait exempt de tous ces inconvénients et que M. le docteur X. Maury décrit ainsi dans sa thèse inaugurale :

On commence par immerger pendant une demi-heure, dans une solution chaude de formol à 2 %, sept bandes de tarlatane légèrement amidonnée, mesurant chacune 5 mètres de long sur 7 centimètres de large; puis, on exprime fortement ces bandes et on les trempe dans une préparation gélatinée dont voici la formule :

Eau bouillie............	180 grammes.
Glycérine officinale....	100 —
Gélatine blanche surfine	50 —
Oxyde de zinc..........	40 —

Cette préparation doit, au préalable, être mise au bain-marie, jusqu'à ce qu'elle ait pris une consistance semi-liquide.

Le patient étant couché, on aseptise d'abord, par un bon savonnage avec brossage à l'eau bouillie chaude, sa jambe depuis les orteils jusqu'au genou; puis on lave l'ulcère et la jambe avec une solution de formol, on essuie fortement le membre avec des compresses sèches stérilisées, et on roule les bandes, préparées comme nous venons de le dire, autour de la jambe, depuis la racine des orteils jusqu'au genou.

Au bout d'une demi-heure, la jambe étant toujours restée allongée, le pansement est sec et forme une sorte de *botte élastique*, très souple, et comprimant d'une façon régulière tout le membre, sans occasionner la moindre douleur.

Si l'ulcère est grand et la suppuration abondante, la botte doit être refaite tous les cinq jours; pour les plaies de moyennes dimensions, et sans suppuration considérable, il suffit de renouveler le pansement toutes les semaines.

MM. Leroy et Maury préconisent, en outre, la marche modérée et graduée suivant l'étendue de l'ulcère, ce qui activerait la circulation ralentie, tout en favorisant le rétablissement de la sensibilité.

Sous l'influence de ce traitement, on obtiendrait la guérison des ulcères variqueux dans l'espace de huit jours à deux mois, la cicatrice étant épaisse, souple et résistante.

Le pansement en question présenterait, en outre, le double avantage d'empêcher l'infection de l'ulcère et de supprimer la douleur, les démangeaisons et le grattage. Enfin, il serait particulièrement apprécié dans la classe ouvrière, car il permettrait au malade de vaquer à la plupart de ses occupations.

Un nouveau procédé de traitement de la mort apparente du nouveau-né.

Relativement peu usité en France, le procédé de Schultze, qui a pour but de faire exécuter à la cage thoracique des mouvements d'inspiration et d'expiration, est considéré à l'étranger comme un des moyens les plus efficaces pour ramener à la vie l'enfant né en état de mort apparente. Mais cette méthode de respiration artificielle est loin d'être exempte d'inconvénients : elle nécessite des manœuvres brutales, qui non seulement effraient l'entourage du nouveau-né, mais peuvent aussi, entre les mains d'un praticien inexpérimenté, donner lieu à des accidents graves, tels que des hémorrhagies abdominales (par rupture de la capsule du foie) ou intrathoraciques (par rupture de la plèvre), des ruptures de la rate et d'autres viscères, etc. Aussi un confrère russe, M. le docteur G. K. Minkévitch (d'Askhabad) propose-t-il d'employer un autre procédé qui, tout en étant basé sur le même principe de compression forcée et de dilatation consécutive de la cage thoracique, serait cependant moins violent et n'exposerait pas l'enfant aux mêmes dangers.

Le fœtus étant maintenu dans la position verticale, la tête en bas, M. Minkévitch commence par débarrasser la bouche et le pharynx des mucosités; puis, après avoir lié et sectionné le cordon ombilical, il procède à la respiration artificielle, en ayant soin de *donner au corps de l'enfant un point d'appui*, au lieu de le tenir suspendu, comme on le fait dans la manœuvre de Schultze. On asseoit le nouveau-né sur un lit ou sur une table (recouverts d'un drap, afin d'éviter les glissements), les membres inférieurs étant allongés et écartés; l'accoucheur se place alors derrière le dos du fœtus et passe ses deux mains par-dessous les aisselles de celui-ci, en faisant reposer ses pouces sur les omoplates et tous les autres doigts sur la partie antérieure du thorax. On fait ensuite exécuter au tronc (tête comprise) des mouvements de flexion en l'inclinant vers l'angle formé par l'écartement des extrémités inférieures, en même temps que l'on comprime d'une manière uniforme le thorax. On refoule de la sorte le diaphragme en haut et on obtient la compression de la cage thoracique (phase d'expiration). Puis on soulève le tronc, on le renverse en arrière et on l'étend dans la position horizontale, ce qui a pour conséquence d'amener une expansion très marquée de la cage thoracique en avant (phase d'inspiration).

Pour plus de commodité, et afin de rendre la manœuvre plus efficace, on peut placer derrière le dos de l'enfant une petite couverture pliée en rouleau, sur laquelle viendront prendre appui les pouces du médecin pendant le second temps de la manœuvre. Il sera ainsi facile de surveiller la bouche de l'enfant (mucosités) et de voir si la respiration spontanée commence à s'établir.

Les mouvements de flexion et d'extension doivent être faits systématiquement et sans que leur vitesse dépasse le rythme respiratoire normal du nouveau-né.

D'après l'expérience de notre confrère, qui utilise ce procédé depuis deux ans, une dizaine de mouvements suffiraient pour ramener l'enfant à la vie, même dans les cas d'asphyxie très prononcée, et jusqu'à présent M. Minkévitch n'a jamais vu échouer la manœuvre en question.

Les injections épidurales de sérum artificiel dans le traitement de la névropathie urinaire.

Les bons effets que MM. les docteurs Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et F. Cathelin ont obtenus dans l'incontinence d'urine de cause variée, au moyen d'une ou de plusieurs injections épidurales d'une solution de cocaïne ou tout simplement d'une solution physiologique de chlorure de sodium (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 239 et 360) ont engagé M. Cathelin à essayer le même moyen chez les malades que M. le professeur Guyon désigne sous le nom de *faux urinaires* et qui, sans avoir de lésion organique appréciable de l'appareil urinaire, présentent des troubles d'origine plutôt psychique.

Les essais que notre confrère a institués dans des cas de pollakiurie diurne, d'envies impérieuses, d'impuissance, de pollutions nocturnes, de fausse uréthrite, de fausse cystite et de fausse prostatite, ont presque toujours donné de bons résultats, et nombre de malades se sont déclarés guéris.

M. Cathelin injecte simplement du sérum artificiel, à la dose de 15 c.c. en moyenne. Il estime que l'action de ces injections, d'ordre purement inhibitoire, serait due au traumatisme vertébral et à une influence d'arrêt sur les centres du cône médullaire (centres vésico-spinal, ano-spinal, génito-spinal et de l'érection).

Un procédé pour faire des sutures séparées avec un même fil et une aiguille ordinaire.

Les sutures séparées, telles qu'on les pratique d'habitude, nécessitant l'emploi d'aiguilles spéciales, le plus souvent difficiles à entretenir, M. Jacoel (de Paris) a imaginé un procédé qui permet d'obtenir, en se servant d'une aiguille plate ordinaire, des sutures séparées, sans qu'on ait besoin de renouveler le fil à chaque point. Voici en quoi consiste ce procédé :

Après avoir juxtaposé les deux lèvres de la plaie à l'aide de la main droite, on introduit une aiguille plate armée d'un long fil de soie, de catgut ou de coton. On croise le fil pour faire le nœud, et, ce premier point de suture ainsi effectué, au lieu de couper le fil et de recommencer un nouveau point, on continue la suture comme s'il s'agissait de faire un surjet, mais en ayant soin de ménager de la main gauche une petite anse de fil. Lorsque l'aiguille a traversé de nouveau les deux lèvres de la plaie, on la passe au-dessous de la petite anse en la croisant avec celle-ci, de façon à pouvoir faire le second nœud, que l'on serre en tirant, d'une part, sur l'anse, et, d'autre part, sur la partie du fil correspondant à l'aiguille; il est indispensable de *croiser* le fil et non pas de le rouler simplement autour de l'anse.

Les divers points de suture une fois exécutés, on obtient une série de petites anses qu'il suffit de raser en bloc avec des ciseaux pour voir apparaître les points comme s'ils avaient été faits séparément.

Le procédé en question présenterait l'avantage d'être très rapide, sans compter qu'il permet de se dispenser d'un aide pour passer les fils.

Les insufflations d'ozone contre l'otite moyenne chronique sèche.

D'après l'expérience de M. le docteur G. Stoker, médecin du London Throat Hospital, les insufflations d'ozone dans l'oreille moyenne, à travers la trompe d'Eustache, constitueraient un bon moyen de traitement de l'otite catarrhale chronique sèche, qui se traduit habituellement par un affaiblissement progressif de l'ouïe avec bourdonnements plus ou moins intenses, et paraît liée à l'existence d'une sténose de la trompe d'Eustache.

Sous l'influence de ces insufflations, dont la durée est d'environ trois minutes et qu'on répète, suivant les circonstances, de deux à quatre fois par semaine, l'acuité auditive ne tarderait pas à s'améliorer, en même temps qu'on constaterait la disparition des bourdonnements.

L'usage interne de l'acide phénique dans le traitement de la grippe chez les enfants.

Chez les enfants atteints de grippe à forme thoracique, avec toux quinteuse et expectoration nulle ou peu abondante, visqueuse et adhérente, un médecin américain, M. le docteur S. H. Dessau (de New-York), obtient de bons résultats par l'emploi de l'acide phénique qu'il prescrit en solution dont le titre varie, suivant l'âge du petit malade, de 1 à 5 %. L'enfant est-il âgé de moins d'un an, on lui fait prendre, toutes les deux heures, une cuillerée à café d'une potion phéniquée à 1 %, tandis qu'à cinq ans le titre de la solution est porté à 5 %. Il va de soi qu'on ne doit se servir que du phénol pur; pour rendre la solution plus parfaite, on ajoutera un peu de glycérine. On pourra aussi additionner la potion d'eau distillée de cannelle, afin de masquer le goût de l'acide phénique.

Ainsi employé, le phénol serait tout à fait inoffensif et ne donnerait lieu à aucun phénomène fâcheux; chez quelques enfants on observerait, cependant, une sorte d'idiosyncrasie à l'égard de ce médicament, laquelle se traduirait par des vomissements.

TRAVAUX ORIGINAUX

La splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang.

La classification des splénomégalies représente actuellement un des problèmes les plus ardus de la pathologie : un pareil état de choses nous paraît reconnaître plusieurs raisons. Les auteurs, en effet, ont bien souvent employé des dénominations différentes pour désigner des faits de même ordre, tandis que des appellations identiques ont servi à caractériser des faits n'ayant pas entre eux de rapport évident. Un autre motif de confusion réside dans l'insuffisance ou la diversité des méthodes employées pour examiner le sang et les organes hématopoiétiques. Aujourd'hui, grâce aux travaux modernes, il est devenu nécessaire et possible, non seulement d'apprécier le nombre comme aussi la qualité des leucocytes ou des hématies, mais encore de rechercher les altérations élémentaires des organes hématopoiétiques et de les comparer à celles du sang lui-même.

Si l'on applique ces notions à l'étude des splénomégalies, il semble qu'on puisse désormais séparer plusieurs groupes dont l'entité repose sur l'existence ou la nature des lésions sanguines. Nous nous attacherons ici à caractériser un seul de ces groupes. Bien que les 12 observations (dont 2 inédites) sur lesquelles nous nous appuierons aient été publiées par leurs auteurs sous des noms très dissemblables, nous avons cru être en droit de les réunir sous le même titre de *splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang* (1), justifié par l'existence d'un syndrome hématologique constant et spécial, et par un tableau clinique assez nettement caractérisé.

I

Cliniquement, l'affection diffère peu de ce qu'on a décrit comme *anémie splénique*. Le début est presque toujours insidieux; les malades pâlissent et perdent graduellement leurs forces; toutefois, l'amaigrissement ne fait pas partie des signes constants, et la plupart des auteurs insistent même sur la conservation d'un pannicule adipeux assez développé. L'affection n'est pas douloureuse et n'éveille guère qu'une sensation de pesanteur ou de gêne dans l'hypocondre gauche. Tantôt c'est le malade qui s'aperçoit de la tumeur splénique, tantôt c'est le médecin, en sorte qu'il est difficile d'assigner, à cette période de début, une durée et une symptomatologie bien fixes; son étendue peut varier de quelques semaines à plusieurs mois.

A la période d'état, trois symptômes cardinaux dominent la situation : la *pâleur*, la *splénomégalie*, les *lésions sanguines*.

La pâleur est intense, parfois tirant sur une teinte jaunâtre (2), sans que le subictère ait jamais été noté. La décoloration des muqueuses peut être d'une remarquable intensité. A cette pâleur extrême, s'adjoignent fréquemment des bruits de souffle dans les vaisseaux du cou ou bien au niveau des divers orifices cardiaques. Bien qu'une véritable diathèse hémorrhagique n'ait jamais été signalée, les hémorrhagies ne sont pas rares : tantôt il s'agissait d'épistaxis (2 cas) (3); tantôt de stomatorrhagies (1 cas) ou d'hémorrhagies rétiniennes (1 cas); chez une malade, les métrorrhagies alternaient avec les épistaxis (1).

(1) D'autres observations analogues peuvent se trouver dans la littérature médicale; mais nous n'avons retenu que les plus récentes, fournissant des renseignements hématologiques complets.

(2) H. M. King. An interesting case of splenic anemia. (*Med. News*, 23 mars 1901.)

(3) Hamel. Ueber einen bemerkenswerten Fall von perniziöser Anämie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 et 24 avril 1902.)
R. von Jaksch. Multiple Periostaffection und an myelogene Leukämie mahnender Blutbefund. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 et 10 janv. 1901, et *Zeitsch. f. Heilkunde*, 1901, XXII, 8-9.)

La splénomégalie est constante; elle peut même acquérir un degré tel, que c'est le premier symptôme qui attire l'attention; chez la malade de M. von Jaksch, le pôle inférieur de la rate, dépassant la ligne médiane, venait plonger dans la fosse iliaque droite. La surface extérieure de l'organe peut être lisse ou sillonnée; la consistance est toujours augmentée.

Les lésions du sang sont si spéciales que nous devons nous y arrêter longuement : la piqûre détermine avec facilité l'écoulement du sang, qui est généralement pâle; la coagulation se fait mal; la teneur en hémoglobine est inférieure à la normale, mais cette diminution, considérable en quelques cas, peut rester modérée.

Les globules rouges sont inégalement diminués de nombre. Le taux le plus bas fut de 275,000 par millimètre cube; deux fois le chiffre était inférieur à un million, et six fois à trois millions. Deux fois il dépassait ce dernier taux : il s'agissait de malades chez lesquels les symptômes s'atténuèrent dans la suite (2).

Les globules sont souvent pâles et présentent de la polychromatophilie; les déformations sont constantes (micro, macro, poikilocytose), mais ne semblent pas être aussi généralisées que dans l'anémie pernicieuse. Les hématies nucléées sont toujours en proportions considérables. Sur 9 cas où leur numération fut exactement pratiquée, une fois on en comptait 20.8 par millimètre cube, une fois 80.3, deux fois plus de 200, quatre fois entre 300 et 600, une fois 1,200 (3). La présence des types anormaux est la règle; les mégaloblastes et les formes mitosiques sont constants; nous avons rencontré signalés 3 fois, notamment dans le cas de M. von Leube (4), des métrocytes d'Engel (5). Les hématoblastes n'ont été étudiés que par M. Hamel, qui les a trouvés en nombre normal.

Le taux des leucocytes n'est jamais considérablement élevé. A part deux observations où le chiffre fut de 70,000 et de 33,000, la plupart du temps il oscillait entre 12 et 15,000; deux fois même il y avait tendance à la leucopénie.

En revanche, la présence des mononucléaires neutrophiles est constante. Sur 11 cas, leur nombre fut une fois de 1.5, quatre fois de 3.5 à 7, quatre fois de 14 à 15, une fois de 24.6 (6), une fois de 29.26. Chez la malade de M. von Jaksch, l'augmentation fut parallèle à la marche de la maladie. Les mononucléaires éosinophiles existaient 3 fois en petite quantité; 2 fois on a signalé la présence de mononucléaires basophiles. Les polynucléaires neutrophiles étaient, sur 11 malades, 2 fois non modifiés, 6 fois en quantité inférieure à la normale, 3 fois en nombre supérieur, mais cette augmentation était, au moins dans un cas, due à une infection secondaire (1). Les mononucléaires non granuleux sont souvent en forte proportion (2). Par contre, fait important et sur lequel tous les auteurs ont insisté, jamais les polynucléaires éosinophiles ni les *Mastzellen* ne sont augmentés de nombre.

(1) Cas inédit. MM. Dominici et Camus ont bien voulu nous communiquer l'observation clinique de cette malade et les documents anatomo-pathologiques correspondants.

(2) J. M. Jackson. Case of splenic anemia. (*Boston Med. Journ.*, 26 avril 1900.)
W. Osler. On splenic anæmia. [Obs. XIII.] (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv 1900.) — Dans un article tout récent paru dans le même recueil (novembre 1902), M. Osler signale que l'anémie reprit sa marche progressive et que la malade est morte à l'hôpital le 26 avril 1901. L'examen hématologique n'a pas été publié en détail, en ce qui concerne cette dernière période de l'affection.

(3) Observation personnelle. — Dans le cas de M. Jackson (*loc. cit.*), les normoblastes étaient en très petit nombre et l'on comptait 4,076,000 globules rouges; le malade n'a pas été suivi.

(4) W. von Leube. Rapid verlaufende schwere Anaemie mit gleichzeitiger leukaemischer Veränderung des Blutbildes. (*Physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg*, 12 juillet 1900, et *Münch. med. Wochensch.*, 7 août 1900.) — Un examen hématologique minutieux de ce cas a été publié par M. J. Arneth (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1901, LXIX, 3-4).

(5) On entend sous le nom de métrocytes de très volumineuses cellules hémoglobinifères, que colore fortement en rouge l'éosine, et qui possèdent un noyau de faible dimension. Ce seraient, pour Engel, des éléments primordiaux d'où viendraient les normoblastes proprement dits. On ne les a guère trouvés, en dehors des faits que nous étudions, que dans de rares cas d'anémie pernicieuse.

(6) G. Freund. Ein Fall von Anaemia splenica mit vielen einkernigen neutrophilen Leucocyten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er avril 1901.)

Tels sont les symptômes qu'il convient de mettre au premier plan. Il en est d'autres qui, bien que d'une importance moindre, méritent d'être signalés. L'hépatomégalie est fréquente (7 fois sur 12), mais l'hypertrophie du foie est toujours inférieure, toutes proportions gardées, à celle de la rate, qui reste manifestement prédominante. Jamais il n'y a d'ictère; jamais le sang ni l'urine ne contiennent de pigments biliaires; une seule fois, une ascite terminale a été notée.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas augmentés de volume ou, quand ils le sont, le processus reste très limité : il s'agit de petites masses dures et isolées qui ne dépassent guère le volume d'une noisette.

Les urines renferment parfois des traces d'albumine; l'albumose fait défaut. M. von Jaksch a constaté une diminution notable des phosphates, mais il existait des complications osseuses; par contre, l'acide urique se rencontrait en abondance.

La fièvre est très variable et peut manquer; elle ne semble pas faire nécessairement partie du tableau clinique.

II

Quoiqu'il soit difficile de préciser la date du début, la maladie, une fois à la période d'état, suit une marche généralement rapide. Au bout d'un an, parfois même après quelques semaines, la mort survient dans le marasme; mais il semble que la cachexie proprement dite avec amaigrissement considérable soit exceptionnelle, ainsi que nous l'avons signalé plus haut.

Les complications, dans les cas où elles survinrent, précédèrent de peu la mort. M. Türk, M. von Leube ont signalé le collapsus cardiaque; M. von Jaksch a observé de l'œdème accompagné d'un épanchement pleural et péricardique. L'une de nos malades est morte à la suite de complications pulmonaires, qui amenèrent très rapidement l'insuffisance du myocarde.

Deux patients ont présenté d'une manière précoce des douleurs osseuses. Chez l'un d'eux, ces signes sont restés atténués (3); dans l'observation de M. von Jaksch, au contraire, ils furent intenses et généralisés; en même temps, les os se tuméfièrent et devinrent le siège d'une périostite qui détermina la production d'hyperostoses multiples, décelables par les rayons de Röntgen, amenant en certains points le rétrécissement et même l'oblitération du canal médullaire.

Le pronostic est excessivement grave. Sur 12 cas, 9 se sont terminés par la mort, ce qui donne une proportion de 75 %. Deux fois une amélioration de l'état des malades a été notée, mais les patients ayant été perdus de vue, on ignore si elle fut durable (Jackson, Freund). Dans le fait de M. Osler, tous les symptômes étaient très atténués; et, tandis que la splénomégalie persista, les lésions sanguines ne furent que peu intenses et passagères.

Nous ne possédons que des renseignements

(1) W. Türk. Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 oct. 1899.)

(2) L. Michaelis. Ein Fall von riesenzelliger Degeneration der blutbildenden Organe mit eigenartigem Blutbefunde. (*Verhandlungen des 19. Congresses für innere Medicin*, Berlin, 1901, et *Berlin. klin. Wochensch.*, 6 mai 1901, p. 496.)

(3) G. Jawein. Ein eigentümlicher Fall von Anaemia splenica pseudoleucaemica. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 août 1897.)

anatomo-pathologiques incomplets; la raison en est que, souvent, l'autopsie n'a pas été pratiquée (3 fois sur 9); que les notes publiées sont trop brèves, ou enfin que les méthodes défectueuses de fixation et de coloration ne permettent pas de rapprocher les altérations des organes hématopoiétiques de celles du sang.

La rate est toujours augmentée de volume; sa capsule est parfois épaissie, sa consistance accrue. La forme générale de l'organe est conservée. Les corpuscules de Malpighi sont d'ordinaire hyperplasiés. Dans l'une de nos observations, il y avait de véritables noyaux de tumeurs, marbrant le parenchyme. Trois fois la dégénérescence myéloïde et normoblastique était manifeste; les autres descriptions sont à peu près muettes au sujet des différentes lésions cellulaires.

La moelle osseuse présente fréquemment la coloration rouge de la moelle fœtale. Histologiquement, il y a prolifération d'hématies nucléées et de myélocytes des divers types. Parfois cette réaction est comme dissociée: M. Arneth signale une abondance particulière des myélocytes basophiles non granuleux; M. Dominici n'a trouvé qu'une prolifération marquée des éléments normoblastiques, le restant de la moelle osseuse étant envahi par de grosses cellules rondes rappelant les cellules sarcomateuses.

Les ganglions lymphatiques sont peu touchés; M. von Jaksch a noté leur dégénérescence myéloïde; il en était de même dans l'un de nos faits. Le foie peut offrir une légère sclérose ou bien des foyers d'infiltration dus à des cellules lymphatiques ou à des éléments analogues à ceux de la moelle osseuse; une fois il existait des noyaux néoplasiques bien nettement circonscrits.

En somme, les faits que nous avons passés en revue peuvent être résumés de la manière suivante: il s'agit d'un syndrome caractérisé cliniquement par une splénomégalie marquée, avec ou sans hépatomégalie, et presque toujours sans ascite ni tuméfactions ganglionnaires notables. Les lésions du sang sont constantes et consistent surtout dans une abondance spéciale des hématies nucléées, normales ou anormales, et dans la présence de myélocytes neutrophiles; autrement dit, il y a réaction myéloïde du sang avec leucocytose d'ordinaire peu intense. L'anémie, généralement intense, est quelquefois excessive.

Les organes hématopoiétiques présentent aussi une hyperplasie myéloïde plus ou moins complète, qu'on a décelée toutes les fois qu'on l'a recherchée en employant une technique appropriée. Une fois seulement il y avait coexistence d'un tissu de tumeur appartenant au type lympho-conjonctif.

III

L'étiologie de la maladie est complètement obscure. L'âge des patients est très variable (1): de dix ans à soixante-huit ans. Cinq malades étaient du sexe masculin, sept du sexe féminin.

Ni la syphilis, ni l'alcoolisme, ni les mauvaises conditions hygiéniques ne peuvent être invoqués avec certitude.

Quant à une infection microbienne possible, M. Türk croit que les microbes, dans son cas, avaient seulement surajouté leur action; M. von Jaksch a essayé sans succès de faire des cultures de sang. Ce sont là des constatations analogues à celles que l'on a faites à propos des leucémiques; on sait combien fréquemment ces malades meurent d'infections secondaires.

La classification nosographique du syndrome que nous étudions est des plus délicates, comme le montre l'embarras des divers auteurs qui l'ont observé et qui ont chacun proposé une dénomination différente. Les uns admettent une lésion médullaire, les autres choisissent le nom d'anémie splénique, ou même d'anémie splénique pseudo-leucémique (Jawein). M. Hamel penche vers une forme spéciale d'anémie pernicieuse. M. von Jaksch, frappé par l'intensité des complications osseuses, serait porté à voir dans son cas un type d'affection, non signalée encore, caractérisée par une splénomégalie, une périostite diffuse et des lésions anatomiques voisines de celles que l'on constate dans les cas de leucémie myélogène; il fait jouer le rôle primordial aux altérations osseuses. Tout en reconnaissant ce qu'a de spécial le tableau clinique décrit par M. von Jaksch, nous estimons que, par les autres symptômes et les lésions anatomo-pathologiques, son observation se rapproche singulièrement des nôtres et mérite d'être réunie à elles dans un même groupe.

Si l'on écarte les maladies aiguës infectieuses qui déterminent la myélocytose d'une manière habituelle, comme la variole, la splénomégalie chronique avec réaction myéloïde du sang se rapproche seulement, par divers points, de trois maladies chroniques des organes hématopoiétiques: l'anémie pernicieuse, la leucémie myélogène, l'anémie splénique; toutefois les signes différentiels sont plus nombreux encore que les symptômes communs.

A l'anémie pernicieuse appartiennent également la diminution du nombre des érythrocytes, leurs déformations, l'abondance des normo et des mégaloblastes, la splénomégalie. Mais celle-ci n'y est jamais aussi intense; il y a lymphocytose et non pas myélocytose; les hématies nucléées sont en moins grand nombre; la réaction de la moelle osseuse, enfin, affecte d'ordinaire le type lymphocytaire et non myéloïde. Cependant, 2 des cas que nous avons réunis (von Leube et Hamel) semblent se relier à la maladie de Biermer (1).

Presque tous les auteurs ont été frappés de la ressemblance de leurs observations avec celles de leucémie myélogène. Bien que le taux de la leucocytose dans ces deux affections soit essentiellement différent, on retrouve souvent des lésions très semblables au niveau des organes hématopoiétiques; d'autre part, la formule leucocytaire, par la variété comme par les caractères des diverses formes cellulaires, reproduit bien cette *allgemeine Leucocytose* que M. Ehrlich considère comme caractéristique de la leucémie myélogène. Ceci explique le titre d'anémie splénique pseudo-leucémique employé par M. Jawein. Pourtant, jamais le nombre absolu ni relatif des éosinophiles et des *Mastzellen* n'est augmenté dans nos cas, où, de plus, le nombre des hématies nucléées est souvent si considérable, qu'on ne le trouve tel dans aucune autre affection. Il s'agit, malgré tout, de maladies assez voisines. Peut-être même faut-il voir là quelques-uns de ces faits considérés par M. Senator et M. Troje comme les premiers stades de la leucémie, encore qu'on n'en ait jamais constaté la transformation en leucémie vraie. Seul, M. von Jaksch signale une leucocytose et une myélocytose parallèlement progressives, dans l'observation de sa malade, si bien que, par elle, une transition s'établit entre la leucémie myélogène et notre type de splénomégalie.

Resterait l'anémie splénique (2). Sous ce titre, on a décrit des affections très disparates et qui ressortissent certainement à plusieurs entités morbides. Tout d'abord, il faut séparer les splénomégalies avec anémie, suivies d'hépatite et d'ascite, qui constituent un groupe auquel les auteurs ont attribué la dénomination de maladie de Banti (1). M. Senator admet que la leucocytose y revêt le plus fréquemment un type lymphocytaire.

D'autres splénomégalies à évolution clinique très différente (absence de cirrhose et d'ascite) coïncident avec de la lymphocytose et se rattachent peut-être à la leucémie lymphatique. D'autres observations encore, publiées sous le nom d'anémie splénique, ne s'accompagnent pas en réalité de lésions sanguines importantes.

En poursuivant cette dissociation, nous pourrions faire aussi rentrer nos cas dans le groupe des anémies spléniques, en lui donnant comme caractéristique la présence dans le sang de myélocytes et d'hématies nucléées, sans hyperleucocytose. Il faut cependant observer que la sarcomatose généralisée (2), le squirrhe de la mamelle (3), le cancer du pylore (4), peuvent exceptionnellement déterminer une semblable réaction; mais alors ou bien la splénomégalie manque, ou bien le tableau morbide est très différent. Peut-être pourrait-on rapprocher des faits précédents celui de M. Türk et l'une de nos observations personnelles, dans laquelle nous avons noté un processus anatomique se rapprochant plus du sarcome que de la simple hyperplasie. D'autre part, les autopsies et les cas bien étudiés sont encore trop rares pour que nous osions assigner au syndrome myéloïde une pathogénie univoque. Aussi proposons-nous simplement le titre de « splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang ». Nous ne discuterons pas s'il s'agit d'une entité anatomique ou seulement d'un syndrome clinique répondant à des lésions dissemblables, quoique, au fond, de même ordre, et probablement lymphoconjonctives.

Il règne la même incertitude en ce qui concerne la cause exacte des lésions sanguines très spéciales que nous avons caractérisées plus haut. Sans doute, la prolifération du tissu myéloïde ne relève pas nécessairement d'une lésion de la moelle osseuse; nous savons, depuis les recherches de M. Dominici, qu'elle constitue un processus autochtone, n'ayant aucune localisation exclusive, et pouvant évoluer primitivement dans la rate comme dans tout autre organe hématopoiétique. C'est l'hyperplasie de ce tissu myéloïde qui explique la présence dans les vaisseaux d'éléments anormaux. Toutefois, il existerait des faits indiscutables de sarcomatose médullaire (5), d'ostéosclérose généralisée avec splénomégalie (6), d'hyperplasie myéloïde totale de la rate (7), avec réactions sanguines nulles, ou insignifiantes. Il faut donc avouer que la migration dans le torrent circulatoire des éléments myéloïdes obéit à des lois encore mystérieuses; aussi, l'absence de myélocytose ne permettra-t-elle pas de nier toute réaction spéciale du côté des organes hématopoiétiques.

(1) Nous avons systématiquement négligé d'étudier ici l'anémie pseudo-leucémique des nourrissons; dans celle-ci on constate souvent un syndrome hématologique analogue à celui que nous décrivons chez l'adulte. Nous comptons, d'ailleurs, revenir sur cette question dans un prochain mémoire.

(1) M. Osler tend aussi à rattacher son cas (observation XIII de son mémoire) à l'anémie pernicieuse, tout en reconnaissant la rareté de la splénomégalie dans cette affection. La différence des lésions sanguines ne lui semble pas caractéristique.

(2) Nos cas se rapprocheraient aussi de l'affection décrite par MM. Debove et Brühl sous le nom de splénomégalie primitive; aujourd'hui ce titre nous paraît un peu trop compréhensif.

(1) G. Banti. Splenomegalie primitive. (*Riforma med.*, 1er, 2, 4 et 5 mars 1901.)

(2) Voir les faits relatés par MM. Israel et von Leyden à la séance du 19 février 1890 de la Société de médecine berlinoise. (*Semaine Médicale*, 1890, p. 70.) — Voir aussi le cas inédit de MM. Dominici et Gouraud, cité *in* « Manuel d'histologie pathologique » de Cornil et Ranvier, 3e éd., t. II. Paris, 1902.

(3) J. Epstein. Blutbefunde bei metastatischer Carcinose des Knochenmarkes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1896, XXX, 1-2.)

(4) O. Frese. Ueber schwere Anämie bei metastatischer Knochencarcinose und über eine « myeloide » Umwandlung der Milz. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1900, LXVIII, 3-4.)

(5) D'après M. Ehrlich, cité par M. Dominici *in* « Manuel d'histologie pathologique » de Cornil et Ranvier. 3e éd., t. II. Paris, 1902.

(6) Von Baumgarten. Myelogene Pseudoleukämie mit Ausgang in allgemeine Osteosclerose, *in* Arbeiten aus dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bakteriologie, t. II. Tubingue, 1894-1899.

(7) Rathery. Splénomégalie du type myéloïde sans myélocythémie. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1er fév. 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 44.)

Par contre, la constatation d'une myélocytose aleucémique avec présence de nombreux normo et mégaloblastes dans le sang, suffit à caractériser tout un groupe de splénomégalies avec ou sans hépatomégalie, mais ne s'accompagnant ni d'hyperplasie ganglionnaire ni de tumeurs disséminées.

IV

Le diagnostic clinique du syndrome que nous décrivons nous paraît facile, pourvu que l'on pratique de façon méthodique l'examen du sang en présence de toute splénomégalie chronique. Si l'anémie prédomine (Hamel, von Leube), ce que nous avons dit plus haut à propos de l'anémie pernicieuse et de la leucémie myélogène permettra de différencier ces deux affections.

Quand la splénomégalie est aussi intense que l'anémie, c'est l'examen hématologique, joint aux constatations cliniques, qui permettra le diagnostic. La splénomégalie des cirrhoses hépatiques avec ou sans ictère s'élimine facilement (1).

La tuberculose de la rate s'accompagne ordinairement d'hyperglobulie avec polynucléose et parfois éosinophilie; la splénomégalie paludéenne détermine une lymphocytose avec une cachexie spéciale; on y trouve dans le sang, avec du pigment mélanique, l'hématozoaire de Laveran. La splénomégalie syphilitique est hématologiquement peu connue, mais les anamnestiques, la recherche des stigmates lèveront tous les doutes; dans un cas personnel inédit, nous avons constaté une polynucléose manifeste. La maladie de Gaucher semble peu retentir sur le sang. Resterait enfin le diagnostic d'anémie splénique, mais nous avons déjà trop longuement discuté ce complexus clinique pour y revenir.

Quel traitement pourra-t-on tenter pour arrêter l'évolution de cette affection? Le fer, la quinine, surtout l'arsenic, souvent administrés, ont pu donner, comme dans la leucémie, quelques résultats momentanés; mais le plus souvent ces moyens sont demeurés impuissants, de même que la médication mercurielle, instituée dans un cas de syphilis très douteuse. La splénectomie, qui chez tant de splénomégaliques a déterminé la sédation des troubles généraux, n'a été pratiquée chez aucun des malades dont nous avons rapporté l'observation. Elle pourrait être tentée, mais devrait être précoce, car il s'agit d'un processus à début peut-être splénique, mais à généralisation et à évolution rapides, se rapprochant des tumeurs malignes et des leucémies.

Drs P. Emile-Weil et A. Clerc,
Anciens internes des hôpitaux de Paris.

(1) Chez l'une de nos malades, on avait porté le diagnostic de cirrhose du foie à marche rapide, que l'examen du sang permit de rejeter complètement.

DOUZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Rome du 28 au 31 octobre 1902.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Pathogénie des phénomènes toxémiques dans les néphrites.

M. G. Ascoli (de Gênes), *rapporteur*. — A l'heure actuelle, les phénomènes pathologiques accompagnant les néphrites sont généralement mis sous la dépendance de l'auto-intoxication urinaire, la succession des actes morbides étant la suivante : lésion rénale, insuffisance de la perméabilité, accumulation de matériaux toxiques dans la circulation, troubles nutritifs et troubles généraux, petite et grande urémies.

Une série de faits cliniques, cependant, s'accordent mal avec cette théorie. C'est ainsi que les rétentions urinaires d'origine traumatique ou mécanique ne déterminent pas d'accidents urémiques, ou ne les produisent que fort tard : on a relaté des cas d'anurie persistant dix et quinze jours, et qui ont guéri sans qu'il fût survenu aucun symptôme d'urémie. Ailleurs, la toxémie rénale est très accentuée, malgré une diurèse abondante; dans d'autres observations, enfin, l'oligurie, au lieu de précéder les symptômes rénaux, leur est consécutive (Rosenstein, von Liebermeister, Maragliano, Forlanini).

La théorie de l'intoxication urinaire se fonde surtout sur les données expérimentales et chimico-cliniques.

M. Bouchard, ayant établi que l'urine des néphritiques est hypotoxique, admit — en s'appuyant sur les phénomènes pathologiques qu'on observe à la suite de l'injection, dans les veines, de l'urine ou de ses composants — que l'insuffisance rénale entraîne l'hypotoxicité urinaire et celle-ci le syndrome de l'intoxication rénale; l'insuffisance rénale se trouverait démontrée par la diminution de l'urée et des sels urinaires chez les néphritiques, ainsi que par les résultats de la cryoscopie, de l'étude de la conductibilité électrique, de l'élimination du bleu de méthylène et de la glycosurie phloridzique.

Toutefois, ce sont là des arguments d'induction auxquels on n'a pu apporter une preuve directe. Il aurait fallu mettre en évidence que les matériaux introduits et élaborés ne sont qu'incomplètement éliminés, ou qu'il existe des déchets organiques dans la circulation; mais les recherches instituées sur ces points sont demeurées négatives.

Divers expérimentateurs (Ascoli et Licci, von Noorden, Mann, Ritter et Kohler) ont établi au contraire que les échanges azotés dans les néphrites n'ont pas un type constant, bien que la rétention soit fréquente : la rétention d'azote et l'apparition des troubles urinaires n'ont entre elles aucun rapport de dépendance. Et cela est vrai aussi pour les sels, dont l'élimination est fidèlement calquée sur celle de l'azote.

D'ailleurs, les études sur l'accumulation des déchets organiques dans le sang ne sont pas en désaccord avec ces constatations : le point cryoscopique du sang dans les néphrites et l'urémie peut être élevé ou faible; la conductibilité électrique n'est pas forcément augmentée. Et si MM. von Korányi, Szili, Viola, Ceconi et Strauss ont vu que la toxémie rénale est fréquemment accompagnée d'une augmentation des déchets azotés, et rarement d'une augmentation des déchets minéraux, ils ont aussi remarqué qu'elle peut exister en l'absence de ces facteurs, et que la rétention n'est pas la condition exclusive et essentielle, mais constitue seulement un élément accessoire, de cette toxémie.

L'existence de l'hypotoxicité urinaire n'est qu'en contradiction apparente avec ces faits; les recherches sur l'élimination du bleu de méthylène et la glycosurie phloridzique ne révèlent pas de rétention sensible en rapport avec la toxémie rénale, et ces moyens d'investigation ne peuvent pas s'appliquer aux déchets organiques qu'ils sont bien loin d'envisager.

Les arguments tirés de l'hypotoxicité, des changements du point cryoscopique et de la conductibilité électrique, du contenu en urée et en sels perdent une grande partie de leur valeur devant les faits plus précis et plus complets qu'on a relevés depuis lors; d'autre part, ces différentes modifications sont liées en partie à des phénomènes accessoires (concentration de l'urine, alimentation, conditions de la circulation).

Nous ne pouvons donc pas conserver à l'auto-intoxication urinaire l'importance qu'on lui attribue généralement; pour nous, la néphrite n'est pas uniquement sous la dépendance de l'altération de la fonction excrétoire du rein.

Du reste, l'école de Gênes a démontré qu'à côté des variations quantitatives existent des changements dans la qualité des urines, dont les composés azotés peuvent être altérés dans leurs rapports réciproques. Ces rapports sont extrêmement irréguliers; toutefois la prévalence des acides amidés sur l'urée est manifeste et très fréquente.

Cette particularité dépend probablement, en partie, des modifications, voire de l'augmentation, de la perméabilité rénale; en effet, les déchets organiques sont en quantité sensiblement égale dans l'urine et dans le sang (Ascoli, Bottazzi, Schondorff). Mais l'altération de la perméabilité ne nous donne pas une explication suffisante : elle ne nous dit pas, par exemple, pourquoi j'ai pu trouver dans le sang de quelques néphritiques, à côté d'un taux exagéré d'urée, une augmentation des déchets azotés, comme s'il s'agissait d'un ralentissement réel de la combustion de ces déchets.

A ces signes de l'altération des échanges organiques chez les néphritiques, il faut ajouter les observations de Brown-Séquard, Forlanini, Riva-Rocci, Figensted, Rummo, qui admettent une modification de la sécrétion interne des reins, et le concours de poisons-enzymes protéiques dans le syndrome néphritique.

D'autres poisons-enzymes sont représentés par les néphrolysines qui se forment quand on injecte à un animal une petite quantité de substance rénale d'un animal d'espèce différente, ou lorsque, au moyen de lésions artificielles des reins, on provoque chez lui l'absorption de sa propre substance rénale (Lindemann, Néfédyev, Ascoli et Figari). L'action nuisible des néphrolysines ne se limite pas exclusivement aux reins; elle peut se traduire par des troubles nerveux ou circulatoires, par le coma, des convulsions et la mort; c'est ce que nous avons observé, M. Figari et moi, après les injections intraveineuses et sous-durales de sérum néphrolytique, contrôlées par des expériences analogues avec du sérum non spécifique. Or, le sujet atteint de néphrite réalise les conditions des expériences où la substance rénale se résorbe : il faut donc admettre que dans la néphrite la production des néphrolysines peut, et même doit, avoir lieu, et que ces substances contribuent à la constitution du syndrome morbide, grâce aux propriétés néphrotoxiques, névrotoxiques et circulatoires qu'elles possèdent.

J'ai du reste constaté que le sérum d'un néphritique déterminait l'albuminurie; cette production de néphrolysines — qui peuvent d'ailleurs être neutralisées par des substances antagonistes — n'est donc pas purement hypothétique.

En résumé, on doit faire intervenir, dans la pathogénie des néphrites, en plus de l'auto-intoxication urinaire, le concours des poisons-enzymes cellulaires, parmi lesquels les néphrolysines. Les conditions de production et le mode d'action de ces poisons devront être l'objet des prochaines recherches sur la pathologie des néphrites.

M. Mya (de Florence). — J'admets avec M. G. Ascoli que l'anurie n'est pas constamment suivie de phénomènes urémiques, mais le fait n'est pas fréquent; un facteur dont il faut tenir compte à ce point de vue, c'est la susceptibilité individuelle : c'est ainsi que, chez les enfants, l'anurie est très rarement tolérée.

D'autre part, l'état chimique du sang n'est pas toujours un miroir fidèle de l'insuffisance rénale, car le sang tend à se débarrasser rapidement des matériaux toxiques qui l'encombrent; enfin l'état du foie a aussi une grande importance, la lésion rénale étant assez bien supportée quand la fonction hépatique est encore suffisante.

M. Silvestrini (de Camerino). — A propos des substances toxiques et antitoxiques développées par l'auto-absorption des tissus, je tiens à rappeler les recherches de mes assistants MM. Federici et Maragliano : elles ont prouvé que le sang extrait de la carotide d'un animal, et réinjecté dans le péritoine du même animal, détermine la production de substances antitoxiques.

M. Cioffi (de Naples). — J'accepte pleinement la conclusion de M. G. Ascoli, que l'urémie ne peut être attribuée en thèse générale à l'auto-intoxication par rétention urinaire. Les expériences que j'ai pratiquées m'ont démontré, en effet, que l'urémie clinique est bien différente de l'urémie expérimentale provoquée par la ligature des uretères ou l'extirpation des reins. Je crois, par suite, qu'on ne parviendra jamais à mettre en évidence la sécrétion interne du rein, si toutefois elle existe, pas plus qu'on n'obtiendra de bons résultats avec l'extrait rénal, qui est néphrotoxique et hémolytique, dans le traitement de la néphrite et de l'urémie.

M. Devoto. — M. Moreschi a établi dans ma clinique que l'albumine d'œuf peut être absorbée telle quelle par la muqueuse intestinale et léser en passant le rein peu résistant; en outre, M. Maurice Ascoli a prouvé, en utilisant pour la première fois dans ce but la réaction biolo-

gique fournie par les sérums précipitants, que l'albumine d'œuf traverse le rein néphritique sans se décomposer.

M. Reale (de Naples). — On comprend, après ce que M. G. Ascoli vient de nous dire, combien il est nécessaire de refaire toute l'étude de la pathologie des néphrites, en accordant une attention spéciale à l'échange des nucléines.

M. Maragliano. — Le rapport de M. G. Ascoli me paraît avoir une grande importance au point de vue de la thérapeutique des néphrites. Jadis on condamnait les malades atteints de ces affections à l'usage exclusif du lait, qui leur apportait une nourriture absolument insuffisante, ou on ne leur fournissait qu'une ration de viande et de farineux si pauvre, que la résistance de l'organisme en était affaiblie. Il faut, sans se préoccuper d'une façon exagérée du danger d'intoxication, évaluer pour chaque cas la quantité de lait, de viande et de farineux qu'on peut permettre aux néphritiques, tout en se guidant sur l'examen systématique des urines qui nous signale les périodes de rétention, comme celles de perte.

M. De Renzi (de Naples). — Je partage l'opinion de M. Maragliano sur le régime lacté dont on a abusé dans les néphrites. Toutefois, je ne voudrais pas qu'on crût qu'ayant été un des premiers et des plus convaincus partisans de ce régime, surtout dans la cirrhose hépatique, je lui sois devenu subitement opposé. Mais l'expérience m'a appris que les légumes verts qui, comme on le sait, contiennent une grande quantité de sucres lévogyres parfaitement détruits par les organismes arthritiques, représentent une excellente nourriture pour les néphritiques, surtout dans les formes de néphrite arthritique qu'on observe si fréquemment à Naples. De plus, ces aliments sont très riches en fer, élément qui manque au lait. Aussi ne saurais-je jamais assez répéter qu'à la place du lait il faut donner aux néphritiques des légumes verts.

M. Riva. — Il y a quelques années, je me suis vivement élevé contre l'opinion que l'élimination du bleu de méthylène pût donner la mesure exacte de la perméabilité rénale, tout en admettant que ce procédé est à même de nous renseigner sur les oscillations d'une fonction spéciale.

J'accepte l'hypothèse que le rein malade puisse se prêter à l'élimination des déchets, même en plus grande proportion qu'à l'ordinaire, mais j'insiste sur ce fait qu'un organe malade fonctionne autrement qu'un organe sain. Il est possible enfin que des substances autres que les déchets soient nuisibles, mais il manque encore à cette théorie l'appui d'une longue observation clinique.

M. Rummo (de Palerme). — Après avoir fait table rase de toutes les doctrines classiques sur la pathogénie de l'urémie, M. G. Ascoli a voulu édifier à leur place une théorie plus compréhensive. Mais je dois faire observer que la clinique a toujours repoussé les théories exclusives, celles-ci étant incapables de comprendre toute la pathogénie du syndrome urémique. Différents facteurs peuvent concourir à déterminer cette toxémie si complexe : toxines exogènes et endogènes, parmi lesquelles on doit citer en premier lieu les poisons qui dérivent de l'insuffisance des organes protecteurs.

Les anciennes théories de Gubler et de Semmola admettaient déjà que toutes les néphrites sont secondaires, et consécutives à des troubles dans la constitution du sang; seulement, d'après M. G. Ascoli, le rôle dévolu par Gubler et Semmola à ces troubles reviendrait à des modifications des échanges organiques, et les altérations rénales ainsi provoquées détermineraient la production d'auto-néphrolysines, qui viendraient ajouter leurs effets à ceux des autres facteurs de la toxémie. Mais il n'en reste pas moins le fait, déjà reconnu par la simple observation clinique, qu'il faut toujours parler de *syndromes urémiques*, et que les théories unilatérales ne sauraient embrasser toute la pathogénie du tableau symptomatique si compliqué de l'urémie.

Acétonurie et échanges hydrocarbonés chez les pellagreux.

M. Lucatello (de Padoue). — Il y a peu d'années nous avons vu se généraliser l'opinion de M. von Jaksch, qui mettait l'acétonurie sous la dépendance exclusive de l'augmentation de la combustion des albuminoïdes; puis les recherches de M. Hirschfeld démontrèrent d'une façon décisive que ce symptôme est, au contraire, la conséquence d'une combustion insuffisante des hydrates de carbone : il suffit de diminuer ou de supprimer, chez l'individu sain comme chez le diabétique, l'introduction de ces substances pour voir s'accroître le taux de l'acétone dans l'urine. L'acétonurie est donc en rapport immédiat avec les échanges hydrocarbonés.

Les recherches que j'ai faites chez 6 pellagreux sont fondées sur la théorie de M. Hirschfeld, envisagée comme moyen indirect d'évaluer l'intensité des échanges organiques des hydrates de carbone. Chez ces malades, j'ai élevé tout d'abord l'acétonurie physiologique au moyen d'une alimentation exclusivement albuminoïde; ensuite, j'ai calculé la quantité d'hydrates de carbone et le temps nécessaire pour revenir à l'acétonurie normale. Deux de ces sujets étaient pellagreux depuis de nombreuses années, les 4 autres depuis trois ou quatre ans; chez aucun d'eux il n'y avait de fièvre ni de troubles intestinaux.

Je me bornerai à vous citer un exemple très démonstratif. Un de mes malades éliminait physiologiquement 0 gr. 018 milligr. d'acétone; ce chiffre monta brusquement à 0 gr. 030 milligrammes par la suppression, dans le régime, de 37 gr. 80 centigr. d'hydrates de carbone; il atteignit 0 gr. 189 milligr. au bout de six jours d'une nourriture presque exclusivement albuminoïde. Après cette période, l'ingestion de 25 gr. 20 centigrammes d'hydrates de carbone pendant deux jours, et de 50 gr. 40 centigr. durant les huit jours suivants, fit redescendre très lentement le chiffre d'acétone à 0 gr. 032 milligr. ; et 100 gr. 80 centigr. d'hydrates de carbone par jour furent nécessaires pour ramener l'acétonurie à 0 gr. 023 milligr., c'est-à-dire à peu près à son niveau primitif. Au total il a fallu deux semaines pour revenir au taux habituel, tandis que M. Hirschfeld, dans un cas de diabète de moyenne intensité, put obtenir une forte diminution de l'acétone en cinq jours; ce qui démontre que l'utilisation des hydrates de carbone est encore plus imparfaite dans la pellagre que dans le diabète.

Le temps nécessaire, chez les 5 autres malades, pour que l'exagération artificielle de l'acétonurie eût disparu, varia de cinq à dix-sept jours, avec une ingestion totale d'hydrates de carbone allant de 306 à 910 gr. On peut donc conclure que, chez tous les pellagreux examinés, existait réellement une altération des échanges des hydrates de carbone, qui n'étaient qu'incomplètement utilisés.

Le « triangle paravertébral opposé » dans la pleurésie séreuse.

M. Grocco (de Florence). — Sous le nom de *triangle paravertébral opposé*, je désigne un nouveau symptôme que j'ai rencontré dans la pleurésie séreuse, et qui consiste en une surface triangulaire de matité relative, dont le côté interne est représenté par la ligne des apophyses épineuses, le côté inférieur par le bord inférieur de la sonorité thoracique, et le côté externe par une ligne qui monte obliquement jusqu'au niveau supérieur de l'exsudat. Sur cette surface, la matité est d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage de la ligne médiane, ou de la base du triangle ; l'étendue et le degré de la matité varient avec le décubitus et avec le volume du liquide. La radiographie et la radioscopie confirment les données de la percussion, de même que les recherches sur le cadavre.

Ce symptôme peut être utile pour le diagnostic de la pleurésie, surtout dans les formes droites et enkystées, ainsi que pour sa différenciation d'avec la pneumonie massive.

M. Silvestrini (de Florence). — J'ai eu l'occasion de constater le signe dont vient de parler M. Grocco, et je peux en confirmer l'exactitude et l'utilité pour le diagnostic des pleurésies.

M. Rummo. — Je voudrais savoir si la ponction exploratrice a été faite au niveau du triangle paravertébral, et quels résultats elle a donnés.

M. Grocco. — Devant la concordance des autres éléments de diagnostic, la ponction m'a paru inutile.

Y a-t-il des névrites d'origine périphérique?

M. Bianchini (de Rome). — En me basant sur une série d'expériences, j'admets la possibilité d'une altération primitive périphérique des nerfs. Chez les cobayes, le contact de la toxine diphtérique avec le sciatique, selon la méthode de Dopter et Laffargue, détermine des lésions identiques, que les centres médullaires soient intacts ou qu'on ait provoqué des lésions primitives de la moelle en comprimant l'aorte abdominale.

Mon opinion est encore confirmée par l'étude des névrites sensitives; celles-ci devraient, si la théorie « centraliste » était fondée, toujours être précédées de la lésion de la cellule ganglionnaire, lésion à laquelle devrait régulièrement succéder l'altération de la fibre sensitive périphérique et aussi des mailles sensitives de la moelle, à cause des fonctions trophiques de cet organe; or, les cordons postérieurs sont très rarement atteints dans les formes exclusivement sensitives.

En outre, mes expériences prouvent que l'action des toxines est plus énergique sur un centre médullaire dont le nerf est lésé, que sur un centre à nerf intact.

Valeur séméiologique des « cellules des vices cardiaques ».

M. Rabajoli (de Naples). — J'ai fait des recherches sur les *cellules des vices cardiaques* — éléments que certains auteurs considèrent comme pathognomoniques des affections du cœur, surtout de la sténose et de l'insuffisance mitrales — dans quelques maladies de l'appareil respiratoire, et chez des cardiopathes avec hémoptysies légères.

Ces cellules sont relativement fréquentes (30 à 32 %) dans les affections broncho-pulmonaires; très fréquentes, voire presque constantes (85 à 90 %), chez les porteurs de lésions cardiaques avec traces de sang dans l'expectoration. Leur simple présence ne peut pas être considérée comme un signe défavorable au point de vue du pronostic, mais plutôt leur persistance dans les crachats, et surtout leur nombre. On doit les considérer comme des leucocytes qui se sont approprié la matière colorante des globules rouges.

J'ai aussi tenté de déterminer la production expérimentale de ces cellules, mais mes essais ont toujours été négatifs.

Un symptôme peu connu de l'anévrysme de l'aorte thoracique.

M. Grocco. — Le symptôme sur lequel je désire attirer l'attention est fourni par l'auscultation de la trachée et du larynx : les tons cardiaques et les bruits des anévrysmes sont très fortement transmis quand la poche anévrysmale a contracté des adhérences étroites et étendues avec la partie inférieure de la trachée. La transmission est, dans quelques cas, si parfaite, qu'il semble que le stéthoscope soit appliqué sur une carotide primitive.

Ce symptôme — qui n'est pas nouveau mais est peu connu, et que les traités passent généralement sous silence — m'a rendu de grands services dans plusieurs cas d'anévrysme où les signes plus communs, y compris celui d'Oliver-Cardarelli, faisaient défaut.

Le signe d'Oliver-Cardarelli dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Flora (de Florence). — Les recherches que j'ai faites avec M. Giglioli pour étudier ce symptôme ont consisté à appliquer le long de la trachée et du larynx de petites tiges en bois, et à examiner les pulsations que l'anévrysme transmet à ces index. Ces mouvements ont des directions variables : de gauche à droite (Cardarelli), de haut en bas (Oliver), voire même d'avant en arrière et d'arrière en avant; plus fréquemment, ils consistent en une torsion du tube trachéo-laryngé selon son axe vertical. Ces différences nous paraissent dues à la variabilité des régions (grosses bronches, trachée) avec lesquelles la poche anévrysmale est en contact.

Valeur séméiologique des secousses rythmiques de la tête.

M. Bocciardo (de Pise). — Mes recherches ont été effectuées sur des individus sains, des sujets atteints d'insuffisance aortique avec hypertrophie du ventricule gauche, ainsi que dans des cas d'anévrysme de l'aorte, du tronc brachiocéphalique ou de la sous-clavière droite.

Chez les individus sains ou affectés d'insuffisance aortique avec hypertrophie cardiaque, les secousses ont une direction postéro-antérieure et *de droite à gauche*. Dans les cas d'anévrysme de l'aorte ascendante, du tronc brachio-céphalique ou de la sous-clavière droite, les pulsations de la tête se produisent également d'arrière en avant, mais *de gauche à droite*.

La raison anatomique de ces secousses réside, à mon avis, dans l'allongement des artères vertébrales et de la carotide *droite* pour les secousses postéro-antérieures et latérales gauches, des vertébrales et de la carotide *gauche* pour les secousses postéro-antérieures et latérales droites. Les secousses latérales de gauche à droite seraient donc pathognomoniques des anévrysmes de la branche ascendante de l'aorte, du tronc brachio-céphalique et de la sous-clavière.

La ponction lombaire dans les méningites.

M. Mya. — Dans 3 cas de méningite cérébro-spinale traités par la ponction lombaire, j'ai pu isoler le bacille de Pfeiffer. Un de ces malades guérit, et je suis porté à croire que ce succès est dû uniquement à la ponction.

M. Jemma (de Gênes). — J'ai toujours soutenu que la ponction lombaire pouvait avoir, outre sa valeur diagnostique indiscutable, une influence curative; c'est ainsi que j'ai publié 3 cas de méningite à diplocoque ou à bacille d'Eberth suivis de guérison, et où l'on avait employé la ponction du rachis.

M. Maragliano. — Dans ma clinique, la ponction lombaire est pratiquée couramment, non seulement dans les méningites, mais dans toutes les infections, y compris celles qui n'offrent aucun symptôme méningitique. Et il nous est quelquefois arrivé de constater que le liquide céphalo-rachidien était trouble, dans des cas où la méningite ne pouvait être cliniquement diagnostiquée. Nous avons fait près de 2,000 ponctions, sans aucun inconvénient.

En ce qui concerne les méningites diplococciques, comme je crois que la digitale exerce une action antitoxique sur les poisons du diplocoque, j'ai traité 2 malades atteints de cette variété de méningite par la digitale à haute dose, et tous les deux ont guéri.

M. Arcangeli (de Rome). — J'ai observé 2 cas de méningite, l'un de nature tuberculeuse, l'autre d'origine éberthienne. Dans le premier, après une ponction, la malade put sortir de l'hôpital en état de guérison apparente, mais elle mourut quelques mois plus tard. Dans l'autre, j'obtins avec le même traitement une guérison définitive. Toutefois, je ne considère pas la ponction comme étant sans inconvénients.

Les indications médicales de l'avortement.

M. Maragliano. — Au dernier Congrès international d'obstétrique et de gynécologie, M. le professeur Pinard a affirmé dans son rapport que, chez une femme tuberculeuse enceinte, il n'y a qu'à traiter la tuberculose et à surveiller la grossesse (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 319). Je ne saurais accepter cette opinion. Nous devons demander aux accoucheurs une seule chose : si, dans l'état actuel des procédés opératoires, l'avortement offre un danger pour la malade. Ils nous répondent négativement; dans ces conditions, l'indication de l'avortement existe pour toute affection interne dans laquelle la grossesse met en danger la vie de la femme. Telles sont les cardiopathies, la tuberculose pulmonaire, les néphrites et l'anémie pernicieuse.

Dans les cardiopathies, nous devons intervenir chaque fois que l'insuffisance cardiaque est imminente. Pour les néphrites, l'accord est plus près d'être réalisé, car les gynécologistes admettent l'avortement dans les cas de rein gravidique. Pour l'anémie pernicieuse, enfin, je n'ai pas d'expérience personnelle; mais une statistique donne 3 cas favorables sur 5 interventions.

C'est la prétendue incurabilité de la tuberculose qui rend les accoucheurs beaucoup plus préoccupés de la vie du fœtus que de celle de la mère. Mais tant que la tuberculose pourra être considérée comme guérissable, nous ne devrons pas négliger les intérêts de la femme, et, l'influence défavorable de la grossesse sur la tuberculose ne pouvant être mise en doute, nous devons donner à la mère toutes les chances de guérison, plutôt que chercher à assurer la venue au monde d'un enfant tuberculeux. Malgré les observations et les limitations apportées par M. Kaminer à mes indications, je les maintiens intégralement telles que je les ai énoncées en 1893.

M. Arcangeli. — Je crois qu'il faut être très prudent chez les cardiaques, car dans plusieurs cas j'ai observé l'aggravation des troubles circulatoires à la suite de l'avortement.

M. Grocco. — Je partage complètement les idées de M. Maragliano, et je voudrais que les indications de l'avortement fussent étendues à d'autres affections que celles qu'il a énumérées, aux cas graves de chorée par exemple.

Propriétés hémolytiques du sérum sanguin et pathogénie de quelques maladies du sang.

M. Pace (de Naples). — J'ai étudié le pouvoir hémolytique du sérum chez un malarique présentant de l'hémoglobinurie à la suite de l'administration de quinine, ainsi que chez un homme atteint d'anémie par ankylostomiase.

Chez le premier, la présence d'isolysines ne put être démontrée ni pendant, ni après les crises provoquées par la quinine, et le pouvoir iso-agglutinant n'était pas supérieur à celui des autres sérums pathologiques. Au contraire, le sérum du second malade exerce une action délétère sur ses propres globules, tandis qu'il est sans effet sur les hématies d'un individu sain; toutefois, je dois ajouter que deux sérums normaux et le sérum d'un cirrhotique, ainsi que la solution physiologique, altéraient profondément les globules rouges de cet individu. D'autre part, le sérum de ce même patient exerçait une action rapidement hémolytique sur les érythrocytes du lapin, action plus énergique que celle du sérum de cirrhotique, mais inférieure à celle du sérum normal. Finalement, avec 0 c.c. 5 à 2 c.c. de ce sérum, il ne fut pas possible de déterminer la lysis de 5 c.c. de sang normal.

Ces faits démontrent, conformément aux recherches de MM. Ehrlich et Morgenroth, que la doctrine toxémique de l'hémoglobinurie et de l'anémie par ankylostomiase est peu vraisemblable.

Identité des paralysies cérébrale et spinale infantiles.

M. Calabrese (de Naples). — Je puis vous citer 2 nouvelles observations — il en existe déjà 6 dans la littérature médicale — qui prouvent l'identité des deux formes cérébrale et spinale de la paralysie infantile.

Dans la première, il s'agissait d'une paralysie spinale associée à de l'ophtalmoplégie, avec troubles sensitifs, paralysie et atrophie dans des régions qui étaient saines auparavant. Dans la seconde, il existait une hémiplégie cérébrale spasmodique infantile, survenue après des accès de convulsions jacksoniennes, et accompagnée d'une ophtalmoplégie d'abord bilatérale, puis localisée au côté gauche; peu de jours après, on constata la paralysie avec atrophie de l'autre membre inférieur, paralysie qui offrait tous les caractères de la paralysie spinale.

Les phénomènes morbides ayant, chez ces 2 malades, fait leur apparition après de graves troubles intestinaux avec auto-intoxication, je suis disposé à admettre qu'ils avaient une origine infectieuse ou toxique à point de départ intestinal.

L'ésérine contre l'atonie intestinale.

M. E. Roncagliolo (de Gênes). — Suivant la méthode de M. von Noorden, j'ai employé le salicylate d'ésérine dans quelques cas d'atonie intestinale symptomatique ou essentielle, à dose variant de 0 gr. 001 à 0 gr. 005 milligr. (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 352). Les résultats ont presque toujours été favorables, et je n'ai jamais observé d'accidents fâcheux pouvant justifier la défiance de la plupart des praticiens à l'égard de ce médicament. Il va sans dire que tous les cas d'atonie intestinale ne sont pas justiciables de l'ésérine; mais chez les malades rebelles à tout autre traitement, la méthode de M. von Noorden mérite d'être essayée.

Du volume et de la position du cœur dans les diverses formes de tuberculose pulmonaire.

M. Sciallero (de Gênes). — En me basant sur quelques milliers d'examens radioscopiques de tuberculeux, pratiqués dans la clinique médicale de M. Maragliano, je puis affirmer que chez les tuberculeux âgés, ou porteurs de lésions tuberculeuses anciennes et relativement bénignes, le cœur est très sensiblement normal par son volume et sa position ; il est tout à fait exceptionnel qu'il soit diminué de volume. Au contraire, chez les jeunes tuberculeux, ou chez les individus à lésions récentes, mais malignes et rapidement mortelles, le cœur est toujours très petit, et presque symétriquement logé derrière le sternum. Enfin chez les tuberculeux jeunes ou adultes ayant des lésions à marche chronique, même étendues, mais se laissant influencer par le traitement, le cœur est normal ou presque normal.

L'action protectrice de l'épiploon.

M. De Renzi communique les résultats d'expériences qu'il a pratiquées avec M. Boeri et qui prouvent que l'épiploon joue un rôle prépondérant pour activer la circulation des organes abdominaux (surtout de la rate) dont on lie la veine ou l'artère. C'est ainsi que si on lie tous les vaisseaux du hile splénique, la rate est rapidement entourée par l'épiploon qui lui forme une sorte de capsule, à l'intérieur de laquelle elle est digérée et absorbée complètement, sans aucun trouble pour l'animal. Mais si, après ligature des vaisseaux du hile de la rate, on extirpe tout l'épiploon, les animaux meurent au bout de un à dix jours. La résection de l'épiploon ne pouvant être accusée à elle seule de la mort de l'animal, il faut admettre que celui-ci périt par suite de l'absorption des toxines autodigestives de la rate, absorption que l'épiploon est chargé de limiter ou de retarder.

Pouvoir antitoxique et agglutinant du sérum de cheval normal ou immunisé contre la tuberculose.

M. Caffarena (de Gênes). — Le sérum de cheval normal ne possède *en général* aucun pouvoir antitoxique ni agglutinant. Un seul cheval sur dix m'a fourni un sérum ayant des propriétés agglutinantes (dans la proportion de $1/25$ en vingt-quatre heures) et qui immunisait les cobayes contre une quantité mortelle de tuberculine, à la dose de 2 ‰ du poids de l'animal.

Quant au sérum antituberculeux, il produit une agglutination évidente après trois heures, à la dose de $1/50$ de culture homogène. Le pouvoir agglutinant maximum a été de $1/400$ en vingt-quatre heures; le pouvoir antitoxique maximum de 1 % d'animal tuberculinisé.

Le chauffage pendant douze heures à 55°-60° ne modifie aucunement les propriétés du sérum antituberculeux.

Le sérum de cheval normal, privé de tout pouvoir agglutinant et antitoxique, agglutine à $1/50$ et neutralise la dose mortelle de tuberculine si on lui ajoute 1 % de sérum de cheval immunisé. Pour ces recherches j'ai employé la méthode d'Arloing-Courmont.

Sur l'agglutination du bacille tuberculeux.

M. Marzagalli (de Gênes) communique les résultats de recherches qu'il a effectuées avec M. Caffarena, et qui démontrent que, des deux méthodes (Koch, Arloing-Courmont) qui ont été proposées pour produire l'agglutination du bacille de la tuberculose, celle d'Arloing-Courmont est supérieure, parce qu'elle est plus rapide et plus exacte : l'agglutination, avec une dilution à $1/50$, est obtenue en trois heures, au lieu qu'avec la méthode de Koch elle exige vingt-quatre heures; en outre, le premier de ces procédés donne une véritable agglutination des bacilles, tandis que dans le second il s'agit de la précipitation des protéines tuberculeuses.

Absence du bacille de Koch dans le vaccin provenant de génisses tuberculeuses.

M. Onorato (de Gênes) signale que, chez trois génisses tuberculeuses, la recherche du bacille de Koch dans le vaccin, recueilli par la méthode ordinaire et dilué dans une petite quantité d'eau salée, a été complètement négative, malgré l'emploi des divers moyens d'investigation (examen microscopique direct, examen microscopique du sédiment, concentration et multiplication des bacilles tuberculeux, cul-

ture en bouillon, culture sur blanc d'œuf, inoculation aux animaux).

M. Pace relate l'observation d'un enfant de six ans, mort de rage trente-trois jours après la morsure; les inoculations en série au lapin ont démontré la présence du virus rabique non seulement dans le bulbe, les glandes salivaires et les nerfs sciatiques, mais aussi dans la cicatrice formée au niveau de la plaie cutanée, tandis que les autres parties de la peau n'étaient pas virulentes.

M. Jemma communique l'observation d'un enfant de vingt-six jours, qui offrait des localisations rhumatismales au coude droit, au genou et au coude gauches. Le petit malade guérit complètement, sans complications cardiaques. Les bons effets du traitement salicylé confirmèrent le diagnostic.

Dr G. Zanoni (de Gênes).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1902.

Traitement de l'appendicite.

M. Routier. — J'ai été, dans quelques cas d'appendicite, contraint d'appliquer le traitement médical, et je n'en ai pas été toujours très satisfait. Comme je l'ai déclaré il y a déjà près de quatre ans, je n'ai jamais regretté d'avoir opéré trop tôt, alors que j'ai eu parfois, au contraire, à déplorer les effets désastreux de la temporisation (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 12).

Je crois que, pour l'appendicite comme pour les contusions de l'abdomen, si l'on attend que les symptômes soient très graves, pour se décider à l'intervention, celle-ci aura le plus souvent moins de chances de succès que si l'on avait pratiqué l'opération précoce.

J'ai perdu pour ma part plusieurs malades qui auraient très probablement guéri, si, pour des raisons indépendantes de ma volonté, je n'étais pas intervenu trop tard.

J'estime que le diagnostic des abcès n'est pas toujours facile, et c'est précisément cette difficulté de diagnostiquer la lésion exacte qui me rend interventionniste; très fréquemment, en effet, j'ai trouvé, en opérant, des lésions beaucoup plus graves que je ne m'y attendais.

M. Gérard-Marchant. — Je puis vous citer un cas de mort dont je dois m'accuser. Il s'agit d'un enfant de sept ans pour lequel, appelé au troisième jour de la maladie, je fis le diagnostic d'appendicite à forme insidieuse. J'attendis au lendemain, et, à ce moment, je constatai une telle amélioration que je me demandai si je n'avais pas fait une erreur de diagnostic. L'état resta satisfaisant pendant deux jours, puis la fièvre revint, le ballonnement du ventre s'accentua, quelques vomissements se produisirent. La nuit suivante, M. Brun trouva le petit malade dans une situation si grave qu'il refusa d'intervenir, et la mort survint trois jours plus tard. J'avoue très sincèrement que j'ai eu tort de ne pas opérer cet enfant, et que ce décès m'est imputable.

Comme il n'existe pas de signe qui permette de reconnaître, au début de l'appendicite, si l'évolution doit être bénigne ou grave, j'estime que l'on doit toujours opérer sans retard.

M. Quénu. — Quoi qu'on ait pu dire, le diagnostic des cas légers est toujours extrêmement difficile, surtout chez les enfants, et souvent il reste incertain, au point que l'on se demande si l'on est alors en droit de proposer une laparotomie.

C'est surtout pour les cas moyens que le désaccord existe entre les interventionnistes et les abstentionnistes; or, pour juger les résultats obtenus par les uns et par les autres, il faudrait, non pas comparer les statistiques massives, mais les faits similaires, traités à la même période par l'une ou l'autre méthode.

J'estime que, dans les cas légers, on peut s'abstenir pendant les vingt-quatre ou les quarante-huit premières heures, à la condition de surveiller attentivement les symptômes, pour intervenir lorsque ceux-ci se prolongent ou s'aggravent; je crois que, indépendamment de la douleur, de la température et du pouls, l'examen du sang peut donner d'utiles renseignements.

M. Kirmisson. — A côté des cas où l'opportunisme a donné de mauvais résultats, on peut en citer d'autres qui ont été opérés de bonne heure et qui se sont terminés par la mort. Contrairement à l'opinion exprimée par plusieurs de nos collègues, je pense qu'on ne doit tirer aucune conclusion des faits particuliers et qu'il faut comparer les résultats fournis en bloc par la méthode de l'opportunisme et par celle de l'intervention systématique.

Pour ma part, j'ai vu l'opération à chaud donner dans mon service des résultats désastreux. En 1901, sur 37 cas, 19 ont été traités médicalement, avec 19 guérisons, 8 ont été opérés à froid, avec 8 guérisons, alors que 10 interventions à chaud ont donné 8 morts et 2 guérisons seulement. En 1902, sur un total de 50 observations, 16 malades traités médicalement ont guéri, de même que 6 opérés à froid, tandis que, pour les 28 opérations à chaud, il y a eu 16 morts et 12 guérisons.

Je veux insister tout spécialement sur le danger des purgations. De tous les cas de péritonite généralisée que j'ai eu l'occasion d'observer, il n'en est pas un seul où l'on n'ait eu le tort grave d'administrer un ou plusieurs purgatifs.

Je n'hésite pas à me ranger parmi les opportunistes, car la méthode radicale ne m'a pas donné des résultats aussi satisfaisants que ceux dont parlent ses partisans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 novembre 1902.

Lymphocythémie aleucémique.

M. Vaquez. — Il est des cas d'adénopathie subaiguë ou chronique, de nature diverse, où le sang ne présente pas d'altérations quantitatives, en ce sens que les globules blancs et rouges conservent leur rapport normal, mais où cependant on peut rencontrer une modification qualitative extrêmement importante, caractérisée par une inversion presque totale de la formule leucocytaire, les lymphocytes formant jusqu'à 60 ou 80 % de la totalité des éléments blancs. Parfois l'adénopathie, lésion apparente, semble minime. Cependant, dans ces cas, la gravité de la maladie est extrême et la mort survient rapidement. Nous leur avons donné, M. Ribierre et moi, le nom de lymphocythémie aleucémique.

MM. Emile-Weil et Clerc ont communiqué récemment à la Société un exemple de cette forme morbide (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 345), et, à cette occasion, ils ont posé la question de savoir si l'on ne pourrait pas ranger les faits de cet ordre dans l'adénie de Trousseau.

Il nous paraît, après lecture des observations disparates et très incomplètes de ce dernier auteur, que l'adénie ne correspond plus à aucune catégorie bien déterminée d'altérations des ganglions ou du sang, et qu'il n'y a aucun intérêt à la faire revivre.

Pinkus désigne la lymphocythémie aleucémique sous le nom de pseudo-leucémie, qui a déjà servi à caractériser d'autres faits. Il nous semble plus rationnel de s'en tenir à la dénomination que nous avons proposée et qui, tout en se rapprochant de la classification d'Ehrlich, ne préjuge rien de la nature de la maladie et a, en outre, l'avantage de rappeler que les modifications du sang ne résident pas exclusivement dans une augmentation absolue des leucocytes, mais souvent aussi dans une augmentation relative des éléments blancs, par rapport les uns aux autres.

Pneumococcie et infection ourlienne.

M. Simonin (médecin militaire). — La plupart des auteurs sont muets sur les déterminations pulmonaires des oreillons, ou bien, estimant qu'il s'agit de simples coïncidences, se refusent à y voir l'influence directe du poison ourlien.

Sur 198 cas d'oreillons recueillis au Val-de-Grâce, j'ai trouvé 8 fois la mention de symptômes variables intéressant l'appareil respiratoire : laryngite, bronchite, congestion pulmonaire, pneumonie franche, pleurésie suppurée, etc. Dans tous ces faits, l'examen bactériologique des exsudats a révélé la présence constante d'un seul et même germe, le pneumocoque. La conclusion qui m'a semblé pouvoir être dégagée de cette étude, c'est que l'infection ourlienne renforce la virulence du pneumocoque, qui, dès son apparition, occupe presque exclusivement la scène clinique et constitue à lui seul la gravité de la maladie, les oreillons restant d'ailleurs bénins. Un autre fait qui mérite d'être mis en relief, c'est qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, mais plutôt d'une sorte d'affinité entre la pneumococcie d'une part, et l'infection ourlienne d'autre part; de cette notion découle une mesure de prophylaxie facile à comprendre : l'isolement des malades ourliens atteints de pneumococcie associée ou secondaire.

M. Barbier fait remarquer que les observations de M. Simonin démontrent une fois de plus la réalité de la prédisposition créée par une première infection à des infections secondaires; il serait intéressant de savoir si ces infections secondaires revêtent un caractère plus grave chez les sujets ayant déjà subi une première infection que chez les sujets qui en sont indemnes.

M. Simonin dit que, sur les 8 cas de pneumococcie qu'il a observés chez des ourliens, 4 ont eu une certaine gravité, mais que cependant tous les malades ont guéri.

Persistance d'une parésie brachiale après la guérison d'une méningite pneumococcique.

M. Achard. — J'ai observé à partir du cinquième jour un cas de méningite cérébro-spinale, qui se traduisait par de la céphalalgie, de la rachialgie, de la fièvre, de la constipation, de la raideur de la nuque et le signe de Kernig. La ponction lombaire fournit un liquide renfermant le pneumocoque. Les signes thoraciques étaient très légers. Mais une hémiplégie gauche survint au dixième jour; elle diminua, tout en laissant une parésie brachiale qui persistait encore deux mois et demi après la sortie du malade.

Les leucocytes du liquide extrait par des ponctions successives étaient d'abord exclusivement des polynucléaires, puis des lymphocytes prédominants (81 %), puis de nouveau des polynucléaires très abondants (92 %), puis des lymphocytes seuls; enfin, à la guérison, le liquide était exempt de tout globule blanc. Les poussées irrégulières de l'évolution clinique sont en rapport avec ces variations leucocytaires.

Le point cryoscopique du liquide varia également : de — 0°55 à — 0°38, puis — 0°56 et — 0°50.

M. Triboulet dit avoir observé récemment un malade atteint de méningite cérébro-spinale avec abolition des réflexes tendineux du membre inférieur, chez lequel la ponction lombaire, pratiquée à deux reprises différentes, a été suivie chaque fois de la réapparition immédiate de ces réflexes. L'orateur explique ce fait en supposant que la suppression des réflexes est due à la compression exercée sur les racines postérieures par l'exsudat rachidien, et leur réapparition à la diminution de celui-ci, ou peut-être encore à une sorte d'accoutumance qui annihile les effets de cette compression.

Cette observation permet encore de comprendre la cause des divergences d'opinions qui existent entre les auteurs sur l'état des réflexes tendineux au cours de la méningite cérébro-spinale, les uns soutenant qu'ils sont normaux, les autres abolis ou exagérés.

Eosinophilie et parasitisme vermineux chez l'homme.

M. Launois communique, en son nom et au nom de M. Emile-Weil, l'observation d'un malade atteint de tænia inerme et présentant en outre, dans diverses régions, de petites tumeurs sous-cutanées, mobiles, indolentes, du volume d'un gros pois. L'examen histologique d'une de ces productions montra qu'il s'agissait de petits kystes hydatiques. Le tænia fut expulsé grâce à l'administration de quatre cachets contenant chacun 1 gramme d'acide salicylique, et d'une dose d'huile de ricin. Quant aux kystes, ils furent traités par la ponction suivie de l'injection d'une quantité d'huile éthérée de fougère

mâle égale à celle du liquide de la poche (un demi-centimètre cube).

Le sang de ce malade ayant été examiné à diverses reprises, on constata que l'éosinophilie, qui était très nette pendant la période d'état de l'affection (5 %), disparut complètement à la suite de la guérison des tumeurs ladriques. Toutefois l'orateur estime, en s'appuyant sur quelques autres cas d'helminthiase observés par lui, que l'éosinophilie est loin d'être un phénomène constant dans les affections vermineuses, et que si sa constatation a une réelle valeur diagnostique, son absence ne doit jamais faire rejeter l'existence d'un parasitisme.

Abolition de la perception stéréognostique avec légers troubles des sensibilités élémentaires chez un tuberculeux non paralytique.

M. Dufour présente un homme atteint d'une abolition du sens stéréognostique de la main droite avec diminution des sensibilités élémentaires, allant en augmentant du milieu de la main à l'extrémité des doigts. Comme ce malade, qui est tuberculeux, se plaint, en outre, d'une céphalée intense et persistante depuis plusieurs mois, on peut admettre qu'il existe chez lui une plaque de méningite tuberculeuse, localisée, malgré l'absence de troubles moteurs au voisinage des circonvolutions rolandiques. Pour expliquer la perte des perceptions stéréognostiques, qui paraît ici indépendante de celle des sensations élémentaires, l'orateur suppose qu'il peut y avoir disparition des images tactiles globales, comme disparaissent chez certains aphasiques tel ou tel groupe d'images verbales (noms propres, substantifs, etc.).

M. Galliard relate, au nom de M. Marchand (de Bailleul), l'observation d'une hystérique qui a présenté, pendant quatre mois consécutifs, une hyperthermie très intense (41°, 42°5) et des phénomènes méningés (raideur du cou et de la nuque, délire, etc.).

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ayant donné des résultats positifs au point de vue de la tuberculose, l'auteur estime, bien que la malade ait guéri, qu'il s'est trouvé en présence non d'une fièvre hystérique avec accidents méningés, mais d'une véritable méningite tuberculeuse.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 6 novembre 1902.

Phagédénisme syphilitique chronique diffus.

M. Bizard. — La femme que je vous présente, au nom de M. Gastou et au mien, a eu un chancre syphilitique génital en 1890. Dix mois après, une gomme s'est développée à la jambe droite, et depuis lors cette malade a toujours eu des lésions ulcéreuses phagédéniques de la peau, qui guérissent en un point pour se reproduire ailleurs. On voit actuellement que son corps est le siège d'immenses placards cicatriciels occupant la plus grande partie du dos, les fesses, la paroi abdominale et le bras gauche. Sur la fesse droite, les lésions sont en ce moment en pleine activité. On y remarque une vaste nappe ulcéreuse à fond rougeâtre formée par la confluence de pertes de substances peu profondes, extrêmement suppuratives, rondes, ovalaires ou serpigineuses. L'état général de cette femme est cependant satisfaisant; elle ne présente aucune tare organique grave et on ne relève dans ses antécédents qu'une éruption de la face, croûteuse et suppurative, probablement impétigineuse, à l'âge de treize ans.

Elle s'est toujours soignée depuis le début de sa syphilis; mais elle paraît avoir pris trop d'iodure de potassium et pas assez de mercure.

M. Verchère. — C'est en effet là une syphilis insuffisamment traitée. De pareilles lésions doivent céder en quelques semaines à une thérapeutique appropriée, c'est-à-dire à des injections mercurielles.

M. Hallopeau. — J'emploierais volontiers en pareil cas, comme traitement local, des applications d'une solution de sublimé à 1/5.000.

M. A. Fournier. — Ces lésions me paraissent aussi devoir guérir rapidement sous l'influence des injections mercurielles. Telle est, du moins, la règle, à laquelle il existe cependant des exceptions. J'ai, en effet, le souvenir d'une malade analogue, chez laquelle on ne put obtenir la guérison malgré 200 injections de calomel.

Je redouterais ici l'action irritante du sublimé appliqué localement, comme le conseille M. Hallopeau. Je me contenterais de prescrire à cette femme, en même temps que les injections mercurielles, le repos absolu et la balnéation prolongée. Les bains de deux heures de durée font merveille en pareil cas.

Accidents imputables à l'iodure de potassium dans les manifestations oculaires de la syphilis.

M. Abadie. — On sait que les accidents oculaires de la syphilis sont ordinairement bénins lorsqu'ils frappent des individus encore jeunes, chez lesquels la maladie est de date récente. On obtient généralement alors une guérison rapide par l'administration du mercure. J'ai observé cependant, cette année, 4 cas de syphilis oculaire qui, dans ces conditions, se sont montrés particulièrement graves, puisque les sujets atteints ont perdu un œil bien qu'ils fussent en cours de traitement spécifique. J'ai été amené à penser que l'intensité des lésions était probablement due à l'action de l'iodure de potassium qui, chez tous ces patients, avait été prescrit à haute dose et pendant longtemps.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-six ans, devenu syphilitique deux ans auparavant. Huit mois après le début de la maladie étaient survenus des accidents oculaires, qui s'aggravèrent rapidement malgré des injections de calomel et l'administration d'iodure de potassium à la dose quotidienne de 2 ou 3 grammes. Du côté gauche, il se produisit des hémorrhagies intra-oculaires et des accidents glaucomateux et, en dépit d'une iridectomie, cet œil fut complètement perdu; puis l'autre œil fut atteint à son tour. Entre temps, les doses d'iodure de potassium avaient été progressivement accrues et portées à 10 grammes par jour. C'est à ce moment que j'ai été consulté; j'ai supprimé l'iodure de potassium et prescrit chaque jour 0 gr. 01 centigr. de cyanure de mercure en injection intraveineuse. Au bout d'un mois, l'amélioration était manifeste et, deux mois plus tard, l'œil droit était guéri.

J'ai obtenu un succès analogue, grâce aux injections de cyanure de mercure et à la suppression de l'iodure de potassium, chez un second malade atteint, deux ou trois ans après le début de sa syphilis, d'accidents glaucomateux qui avaient détruit un œil et compromis le second. Les deux derniers malades, présentant des phénomènes oculaires très graves, ne s'améliorèrent aussi que du jour où ils cessèrent de prendre de l'iodure de potassium.

Je crois utile de signaler ces faits qui me paraissent démontrer les dangers de la médication iodurée opposée aux accidents oculaires précoces de la syphilis.

M. de Beurmann. — Je pense aussi qu'il faut s'élever contre l'emploi intempestif, sinon dangereux, de l'iodure de potassium dans les premières périodes de la syphilis; et je suis d'accord avec M. Abadie pour reconnaître les excellents effets curatifs du cyanure de mercure en injections intraveineuses.

Vitiligo et syphilis.

M. Crouzon. — Je vous présente, au nom de M. Pierre Marie et au mien, un vieillard porteur de larges taches de vitiligo au niveau des mains, à la ceinture, sur la partie inférieure de l'abdomen et le haut des cuisses. Ces modifications de la peau sont apparues chez ce malade il y a vingt ans environ; elles ne s'accompagnent pas de troubles de la sensibilité. Cet homme, qui est grand fumeur mais nie avoir jamais eu la syphilis, présente de la leucoplasie buccale et labiale. On observe, en même temps, chez lui, un certain degré d'atrophie de la papille des deux côtés; le réflexe pupillaire est très faible, le réflexe rotulien à peu près nul.

Chez un autre malade, nous avons également pu relever la coexistence du vitiligo et d'une leucoplasie buccale. M. Du Castel avait déjà, dans un cas, fait une constatation analogue et s'était demandé s'il n'existait pas une relation entre ces deux affections. Nous pensons, pour notre part, que ces faits tendent à démontrer que parfois le vitiligo est d'origine syphilitique. M. Tennesson a, en effet, publié l'observation d'un sujet chez lequel le vitiligo fit son apparition au cours d'une syphilis qui détermina dans la suite des accidents cérébraux. Enfin, les faits de vitiligo chez des tabétiques ne sont pas exceptionnels; or, actuellement, l'origine syphilitique de la grande majorité des tabes est à peu près incontestée.

M. J. Darier. — Il est indéniable qu'un grand nombre de cas de vitiligo restent indépendants de la syphilis. Mais le rapprochement que font MM. Marie et Crouzon paraît assez séduisant pour quelques faits au moins. C'est ainsi que j'ai récemment constaté avec M. E. Besnier, chez une jeune femme, des taches de vitiligo disposées de la même façon que chez le malade qui vient de nous être montré, en même temps qu'une sclérose superficielle de la langue. Cette malade a été dix-sept ans mariée à un syphilitique, et, bien qu'elle n'ait pas conçu de son fait, il n'est pas invraisemblable qu'elle ait contracté auprès de lui une syphilis restée ignorée.

M. Brocq. — Je rappelle qu'il y a quatre ou cinq ans, j'ai eu l'occasion, au cours d'une discussion, de signaler ici même l'existence du vitiligo chez d'anciens syphilitiques.

Phénomènes nerveux et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la maladie de Dühring.

M. Milian présente une femme atteinte de dermatite herpétiforme typique, chez laquelle on constate les symptômes suivants : les réflexes rotuliens sont brusques, presque spasmodiques, suivis d'une commotion musculaire généralisée; des crises de larmes alternent avec des accès de rire; les pupilles sont inégales : il y a de la mydriase à gauche, avec paresse du réflexe lumineux du même côté. L'examen histologique du liquide céphalo-rachidien a révélé d'autre part une lymphocytose discrète, mais indubitable. Les ensemencements de ce liquide sur bouillon et sur gélose n'ont pas donné de résultat.

Ces constatations semblent indiquer que la dermatite herpétiforme de Dühring relève d'une lésion organique du système nerveux, d'origine infectieuse probablement, étant donné que l'examen du sang démontre l'existence d'une leucocytose polynucléaire.

M. Gastou. — J'ai déjà constaté, dans un cas de pemphigus s'accompagnant de phénomènes de dissociation de la sensibilité, une certaine dilatation du canal de l'épendyme.

M. Jeanselme. — Chez un malade atteint de dermatite herpétiforme, j'ai récemment observé de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde.

Achromie consécutive à l'usage d'une pommade tartrique.

M. Hallopeau montre une malade atteinte de lichen plan, chez laquelle, consécutivement à des frictions avec une pommade tartrique, sont apparues des zones achromiques autour des papules. Ce phénomène est identique aux achromies qui se produisent autour des plaques psoriasiques à la suite de l'emploi de l'huile de cade, de l'acide pyrogallique ou chrysophanique, de l'ichtyol, et aussi autour des syphilides.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 3 novembre 1902.

Sur l'hypertrophie du cœur dans les néphrites.

M. Senator. — Des diverses théories qui ont été émises pour expliquer la production de l'hypertrophie cardiaque dans les néphrites (augmentation de la pression par suite de l'obstacle apporté au cours du sang dans les reins, altérations de la fibre cardiaque sous l'influence des déchets retenus dans le sang, etc.), aucune n'a été pleinement confirmée par les recherches tant cliniques qu'expérimentales.

Je crois que le mécanisme de cette hypertrophie n'est pas le même dans les diverses variétés de néphrite, celles-ci offrant des différences importantes surtout au point de vue de

la concentration moléculaire et de la toxicité du sang. Il est certain que dans toute affection des reins les déchets retenus par le sang sont une cause d'irritation pour les vaisseaux. Mais, dans la néphrite chronique, l'augmentation de perméabilité des parois vasculaires permet la production des hydropisies, processus de défense pour l'organisme, puisque le sang se trouve ainsi débarrassé d'une partie des déchets qu'il charrie; aussi l'hypertrophie du cœur n'est-elle, en pareille circonstance, ni très fréquente, ni très prononcée. Si la cause d'irritation vient à cesser, la perméabilité des parois vasculaires diminue et les hydropisies disparaissent; si elle persiste, on voit les diverses tuniques vasculaires s'épaissir, un rein contracté se constituer secondairement et l'hypertrophie du ventricule gauche survenir consécutivement aux lésions vasculaires; celle du ventricule droit se produit en même temps sous l'influence directe de l'irritation sanguine. Dans le rein contracté primitif, au contraire, le processus est plus lent; les modifications de la sécrétion urinaire étant moins profondes, l'action irritative sur les vaisseaux est moins intense; par suite, la perméabilité des parois vasculaires ne s'accroît pas et il ne survient pas d'ascite: ce moyen de défense faisant défaut, le ventricule gauche s'hypertrophie, puis — mais plus tard — le ventricule droit.

Enfin, en ce qui concerne l'artériosclérose, celle-ci agit comme cause perturbatrice de la circulation et entraîne l'hypertrophie ventriculaire, d'abord du côté gauche, ensuite à droite.

M. A. Fränkel. — J'ai été frappé de l'augmentation rapide de la pression dans les néphrites aiguës; c'est ainsi que dans un cas de néphrite scarlatineuse, la pression, au bout de trois semaines, atteignait déjà 15 centimètres. Cette élévation de la pression disparaît au moment de la guérison; aussi doit-on la considérer comme un facteur important: elle traduit la contraction des vaisseaux sous l'influence irritative causée par le sang.

M. Senator. — Riedel a déjà attiré l'attention sur cette augmentation précoce de la pression; mais, en pareille occurrence, on ne trouve jamais d'hypertrophie cardiaque.

M. A. Fränkel relate l'observation d'un homme chez lequel la radiographie avait fait diagnostiquer à tort une hernie diaphragmatique: il s'agissait, en réalité, comme le montra l'autopsie, d'une « éventration » du diaphragme qui se trouvait refoulé, du côté gauche, jusqu'au niveau de la troisième côte.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'huile d'olive dans le traitement de l'ulcère de l'estomac.

On se rappelle que M. le docteur P. Cohnheim (de Berlin), se fondant sur un cas de rétrécissement du pylore dans lequel le malade s'est bien trouvé de l'ingestion méthodique d'huile, a proposé de traiter les diverses formes de sténose pylorique par l'administration de grandes quantités d'huile d'olive (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 10, 50, 70 et 265). De son côté, M. le docteur A. Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris, a été à même de constater qu'en ajoutant de l'huile au repas d'Ewald, on obtient une diminution de la sécrétion chlorhydrique. Cela étant, et comme les phénomènes spasmodiques et douloureux du côté du pylore relèvent de l'hyperchlorhydrie, on pouvait *a priori* admettre que cette affection serait susceptible d'être améliorée par l'ingestion d'une certaine quantité d'huile d'olive (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 265). Les essais cliniques que M. le docteur K. Walko, assistant de M. le docteur von Jaksch, professeur de clinique médicale à la Faculté allemande de médecine de Prague, a institués à cet égard, ont donné des résultats très encourageants et ont engagé notre confrère à expérimenter le même moyen contre l'ulcère de l'estomac, cette lésion s'accompagnant habituellement d'une hyperchlorhydrie plus ou moins notable.

On sait que l'indication capitale du traitement de l'ulcère gastrique consiste à nourrir le malade sans irriter la plaie. Or, d'après les recherches de M. Walko, l'huile d'olive remplirait d'autant mieux cette indication qu'elle possède une valeur nutritive considérable, tout en étant absolument inoffensive pour la muqueuse stomacale, sans compter qu'elle ne peut donner lieu à des fermentations gastriques, comme cela s'observe, en pareille occurrence, avec le régime lacté absolu.

Dans les cas d'ulcère récent, notre confrère commence par administrer quelques cuillerées d'huile d'olive, en ayant soin de faire, immédiatement après, rincer la bouche et le pharynx avec un dentifrice quelconque; puis il augmente progressivement la dose d'huile, de façon à en faire ingérer 150 c.c. par jour (en trois fois). Si le patient éprouve une aversion invincible pour l'huile d'olive, on donne celle-ci sous forme d'une émulsion, à travers une sonde œsophagienne molle. En même temps, on s'abstient de toute autre alimentation buccale, tant que les symptômes les plus graves ne se sont pas dissipés, c'est-à-dire pendant trois à six jours. Rien n'empêche, d'ailleurs, d'avoir recours, durant ce laps de temps, à des lavements alimentaires, puisque l'ingestion de l'huile pure ne provoque habituellement pas de diarrhée, tout en combattant la constipation qui est si fréquente au cours de l'ulcère de l'estomac.

M. Walko a eu l'occasion d'appliquer le traitement dont il s'agit dans 9 cas d'ulcère gastrique, et toujours la médication a été bien supportée. Le plus souvent, une cure d'une huitaine de jours suffirait pour amener la disparition des troubles digestifs; mais il est prudent de continuer l'ingestion d'huile, associée à un régime alimentaire approprié, pendant deux semaines encore.

Le traitement en question se montrerait particulièrement efficace dans les cas chroniques d'ulcère de l'estomac, alors même qu'une intervention chirurgicale aurait échoué. C'est ainsi que, chez deux jeunes femmes qui n'avaient retiré aucun bénéfice de l'opération, l'ingestion systématique d'huile d'olive ne tarda pas à faire complètement cesser les douleurs gastriques et les vomissements. Aussi notre confrère conseille-t-il de recourir toujours à ce moyen thérapeutique, avant de se décider à intervenir chirurgicalement.

Ajoutons que M. Walko serait porté à attribuer à l'huile d'olive une action analogue à celle du bismuth (protection de l'ulcère contre les effets irritants du suc gastrique); cela étant, il a essayé d'associer ces deux remèdes, et, malgré le nombre encore peu élevé de ces tentatives, il croit cependant pouvoir affirmer, d'ores et déjà, que cette manière de procéder est susceptible d'influencer très favorablement la cicatrisation de l'ulcère de l'estomac.

Les lavages sous pression de l'urèthre dans les affections autres que la blennorrhagie.

D'après l'expérience de M. le docteur Orlipski (de Halberstadt), les grands lavages uréthraux sous pression, auxquels on n'a guère recours que pour combattre l'uréthrite gonococcique, seraient également susceptibles de rendre d'excellents services dans des affections autres que la blennorrhagie uréthrale et, en particulier, dans la spermatorrhée et la prostatorrhée, ainsi que dans les cas de pollutions et d'incontinence nocturne d'urine.

En ce qui concerne la spermatorrhée, elle reconnaît, du reste, le plus souvent pour cause la blennorrhagie, et surtout l'inflammation chronique de l'urèthre postérieur; d'autres fois, la parésie des conduits éjaculateurs, qui occasionne la spermatorrhée, est due à la masturbation. Les mêmes facteurs étiologiques interviennent également dans la prostatorrhée. Or, les lavages de l'urèthre permettraient précisément d'exercer, sur les tissus musculaire et élastique affaiblis des conduits excréteurs de la prostate et des vésicules séminales, une action tonique, en excitant leur nutrition par une irritation à la fois mécanique, thermique et chimique. D'autre part, lorsque ces troubles paraissent relever de la blennorrhagie, les irrigations de l'urèthre sont d'autant plus indiquées que, par le choix approprié de l'antiseptique, on peut agir sur la cause première du mal.

Dans la plupart des cas, on obtiendrait de la sorte très rapidement (parfois dans l'espace de quinze jours) la guérison de la spermatorrhée, alors même que celle-ci se montrerait rebelle aux moyens usuels de traitement (cautérisations, instillations, etc.); toutefois, par mesure de précaution, il est bon de refaire la cure, après quelques jours de repos, afin d'éviter la récidive. Les lavages sont habituellement pratiqués une fois par jour, mais dans les cas rebelles on doit les renouveler plus souvent. Quant au liquide injecté, il est à peu près indifférent qu'il soit froid ou chaud, pourvu que sa température diffère sensiblement (en plus ou en moins) de celle du canal de l'urèthre.

Les irrigations uréthrales se montreraient également très efficaces à l'égard des pollutions, qui semblent être le plus souvent liées soit à l'existence d'une hypertrophie de la prostate, soit à une irritation de la portion prostatique de l'urèthre. Quelques lavages suffiraient, en général, pour faire disparaître l'hyperémie et l'hyperesthésie de la muqueuse de l'urèthre postérieur. A cet effet, il convient de commencer par des irrigations à température voisine de celle du sang et d'abaisser ensuite graduellement le degré thermique du liquide, pour arriver finalement à 8°. Il est inutile d'employer, en pareille occurrence, des solutions médicamenteuses.

Enfin, M. Orlipski a pu guérir par des lavages de l'urèthre plusieurs cas d'incontinence nocturne d'urine, dont un auparavant avait été traité sans le moindre succès par la faradisation.

Traitement des brûlures étendues par l'excision associée à des injections de sérum artificiel.

Partant de ce fait que, dans les cas de brûlures très étendues, la mort survient d'autant plus rapidement que la surface tégumentaire atteinte est plus grande, M. le docteur S. Weidenfeld, assistant de la clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Vienne, est arrivé à conclure que l'intoxication est due, en pareille occurrence, non pas à des poisons formés secondairement au sein de l'organisme, comme l'admettent la plupart des auteurs, mais à des toxines engendrées dans la peau même par suite de la brûlure. Aussi a-t-il essayé de combattre les accidents de ce genre par l'ablation des téguments lésés, de manière à supprimer la source même de l'empoisonnement. Dans plusieurs cas de brûlures très étendues, où notre confrère a appliqué ce procédé de traitement, associé ou non à des injections sous cutanées de solution physiologique de chlorure de sodium, il a réussi à prolonger la vie du patient de quelques jours, parfois même à obtenir la guérison complète.

Il va de soi que, pour être efficace, l'excision de la peau brûlée doit être pratiquée peu de temps après l'accident, faute de quoi on risquerait d'intervenir trop tard, lorsqu'une quantité considérable de toxines aurait déjà été résorbée.

En se basant sur son expérience, M. Weidenfeld estime que si, dans les cas de brûlures du troisième degré intéressant tout au plus un sixième de la surface totale de la peau, les injections seules de sérum artificiel peuvent suffire pour conjurer l'issue fatale, il n'en est plus de même lorsque les lésions sont plus étendues: on doit, en pareil cas, commencer par enlever les téguments atteints et recourir ensuite aux injections de solution physiologique de chlorure de sodium, l'association de ces deux moyens de traitement offrant, d'ailleurs, d'autant plus de chances de succès que les plaies sont moins étendues.

Quant aux malades atteints de brûlures du second degré, les injections de sérum artificiel suffiraient généralement pour amener leur guérison, alors même que ces brûlures intéresseraient la surface totale de la peau.

Le blanc d'œuf contre l'hémophilie.

D'après l'expérience de M. le docteur A. J. Ochsner (de Chicago), l'administration de l'albumine, sous forme de blanc d'œuf, constituerait un bon moyen de traitement de l'hémophilie. Notre confrère fait prendre, trois fois par jour, de quatre à six blancs d'œuf, et cette médication lui a paru influencer très favorablement l'état du sang chez les sujets atteints de la maladie dont il s'agit.

ERRATUM. — Dans notre avant-dernier numéro, p. 358, 1re col., 12e ligne, au lieu de : la Ligue contre la tuberculose, lire : *l'Œuvre de la tuberculose*.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Valeur et indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase vésiculaire.

Les données récemment acquises sur l'origine et l'évolution de la cholélithiase sont de nature à élargir singulièrement le champ d'action de la chirurgie; sous l'empire des idées anciennes, avec la pathogénie humorale des calculs, la pathogénie toute mécanique des accidents calculeux, l'opération gardait toujours je ne sais quel caractère d'exception, de pis-aller, d'expédient : ce n'était pas un traitement de la maladie, c'était, contre telle ou telle complication, une ressource, certes, fort précieuse, mais d'emploi toujours accidentel et qui n'assurait jamais l'avenir. La lithiase ne dérivait-elle pas d'un grand processus de nutrition générale, de la nutrition ralentie? Et l'évolution normale des calculs n'était-elle pas de cheminer de la vésicule à l'intestin? Lors d'arrêt prolongé à l'une des étapes intermédiaires, des accidents éclataient, accidents de rétention biliaire, presque toujours, et, si la chirurgie intervenait alors, c'était surtout pour lever l'obstacle.

Cette conception traditionnelle a fait place à une interprétation plus précise, et, grâce aux faits expérimentaux, aux opérations de plus en plus nombreuses et à l'étude anatomo-pathologique *in vivo* qu'elles ont permise, à leurs résultats lointains, on a pu jeter les bases d'une véritable thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire.

Or, cette doctrine nouvelle s'appuie surtout sur les trois éléments que voici : 1° *le rôle*, aujourd'hui bien établi, *de l'infection dans la pathogénie des calculs*, d'une part, et *dans celle des accidents qu'ils provoquent*, d'autre part; 2° *une notion plus exacte de la colique hépatique*, vraie et fausse, *et de l'évolution de la maladie lithiasique* à ses divers stades; 3° le bilan des *résultats éloignés des opérations* et l'analyse des récidives.

Il est indispensable d'examiner d'abord ces diverses questions : c'est le préambule obligé de l'étude même des indications. Le problème est complexe : il se pose plus souvent encore au médecin qu'au chirurgien de profession, et, pour le résoudre, au milieu de la variété infinie des cas particuliers, les formules toutes faites servent peu.

I

L'origine microbienne des calculs biliaires ressort de trois ordres de faits : la présence constatée des microbes dans les calculs, la reproduction expérimentale des calculs, enfin certaines observations humaines, rares encore, où la formation des calculs dans la vésicule, au cours d'une infection aiguë, a été, en quelque sorte, prise sur le fait.

Je me bornerai à rappeler ici que, dès 1894, MM. Gilbert et Dominici (1), reprenant l'hypothèse de M. Galippe, démontraient l'existence de microbes, dans plus du tiers des cas, au centre des calculs rencontrés au hasard des autopsies; et ces premiers résultats ont été confirmés par MM. Gilbert et Fournier (2), Hanot, Létienne, etc.

D'autre part, le 29 janvier 1897, M. Gilbert recueillait « dans la vésicule d'un chien, inoculé avec le colibacille, un petit calcul biliaire parfaitement organisé ». Les conditions de succès de l'expérience sont très spéciales : elles ont été précisées par M. Mignot (3).

Il ne faut utiliser — et c'est un premier point — que des microbes de virulence fort atténuée; il faut mettre la vésicule dans un état d'inertie suffisant à prévenir l'expulsion des concrétions molles, néoformées, et réaliser un certain degré de stase biliaire, non la stase complète. Dans ces conditions, M. Mignot a obtenu, *dans plus du tiers des cas, de vrais calculs, durs et stratifiés, composés presque exclusivement de cholestérine* (1).

On ne saurait oublier qu'il s'agit là d'expériences sur le chien ou le cobaye, et, quel que soit leur intérêt, on n'en appliquera les conclusions à la pathologie humaine qu'avec les réserves nécessaires. Pourtant, certaines observations — humaines — ont elles-mêmes la netteté d'expériences. M. Naunyn a trouvé des calculs chez un garçon de quatorze ans, peu de semaines après une fièvre typhoïde. Chez une femme de cinquante-trois ans, qui avait eu, dix-sept années auparavant, une fièvre typhoïde, et souffrait depuis sept ans de coliques hépatiques, on pratiqua la cholécystostomie : le liquide louche de la vésicule, ainsi que le noyau d'un des trois calculs, contenait des bacilles typhiques (2). Le cas de M. Rokitzki (3) est plus frappant encore : quatre semaines après une fièvre typhoïde, il retire de la vésicule 58 petits calculs de cholestérine; dans le contenu purulent de la vésicule et dans les calculs, on trouva le bacille d'Eberth.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ces faits; l'origine microbienne de la lithiase, défendue par M. Gilbert en France, par M. Naunyn en Allemagne, n'est plus guère discutable; toutefois, il faut s'entendre sur la valeur du terme, et bien savoir que les microbes agissent par l'angiocholécystite, par le « catarrhe » muqueux spécial qu'ils provoquent. Et puis, un autre élément, sans doute, est encore nécessaire, une certaine « prédisposition générale », héréditaire, diathésique, dyscrasique; M. Riedel (4) le fait remarquer très justement; on peut se poser cette question, ajoute-t-il : « Pourquoi les microbes pénètrent-ils dans la vésicule chez tel individu, alors que, chez dix autres, ils n'y pénètrent pas? Ou bien, s'ils y pénètrent aussi chez ces dix autres sujets, pourquoi ne créent-ils pas de calculs? » Et il rappelle les « familles lithiasiques » que nous connaissons tous. C'est, en somme, la vieille question du « terrain » qui se pose ici, comme pour toute infection, aiguë ou chronique; quoi qu'il en soit, une donnée fondamentale est acquise : *l'origine infectieuse de la lithiase*. Elle est, à notre point de vue, pour le traitement, d'une importance indéniable.

Et voici comment. S'il est démontré que la genèse des calculs ne procède pas de conditions humorales, très générales et toujours obscures, mais d'une infection locale, en somme, d'une variété de cholécystite, la lithiase devient, pour une grande part aussi, une maladie locale, accessible aux moyens directs, locaux.

Autre chose; si les calculs, une fois constitués, s'accroissent et grossissent, on peut croire pourtant qu'ils procèdent d'une poussée unique d'infection lithogène. Il y a eu, à telle date, souvent lointaine, une invasion microbienne de la vésicule, et ces invasions microbiennes, d'origine intestinale, relèvent de causes multiples et peuvent survenir au cours de nombreuses affections aiguës; toujours est-il que l'efflorescence calculeuse vient de là, de cette *cholécystite lithogène* primordiale. Encore une fois, il s'agit d'une maladie de la vésicule et des conduits biliaires, et non d'une maladie de la bile, si je puis ainsi dire; toutes proportions gardées, la cholécystite lithogène devient assimilable à toute autre infection localisée, à l'appendicite par exemple. Les calculs extraits, la vésicule malade enlevée ou désinfectée, la cure pourra être complète et définitive. Et ce que nous dirons tout à l'heure des récidives, vraies et fausses, confirme pleinement cette manière de voir.

Enfin, si l'on trouve l'infection à l'origine de la lithiase, on la trouve encore *à toutes les phases de la maladie : c'est le facteur principal des accidents, l'élément capital du pronostic.*

Or, l'étude bactériologique des voies biliaires, à l'état sain, a fourni des résultats qui ne semblent pas encore définitifs. Chez l'animal, et sur le cadavre humain, les recherches de M. Netter, de MM. Gilbert et Girode, etc. avaient conclu à l'absence de microbes dans la bile saine. M. von Mieczkowski (1), à la clinique de M. le professeur von Mikulicz, a examiné la bile retirée, chez l'homme, par ponction de la vésicule, au cours d'interventions abdominales : dans 15 cas, elle fut reconnue stérile. Il en conclut que la bile fraîche, prise dans la vésicule saine, est normalement stérile. Toutefois la question est loin d'être tranchée : MM. Gilbert et Lippmann viennent de montrer que la bile, recueillie (chez le chien et de nombreux animaux) dans la vésicule, le tiers supérieur et le tiers moyen du cholédoque, ne « cultive » pas ou presque jamais en milieux aérobies, mais « cultive » constamment en milieux *anaérobies* (2); d'autre part, il a été établi depuis longtemps par M. Duclaux (3) que la partie inférieure du canal cholédoque est « habituellement » septique, et le fait a été vérifié par plusieurs observateurs; M. von Mieczkowski, notamment, relate que, sur quatre animaux étudiés à ce point de vue (un chien et trois cobayes), une fois seulement le canal cholédoque ne contenait pas de microbes, alors que, sur les quatre sujets, tout le reste de l'arbre biliaire, vésicule, canal cystique et canal hépatique, étaient stériles.

Les microbes venus de l'intestin cherchent donc, d'une façon continue, à remonter le long des voies biliaires, et, si, d'ordinaire, ils ne pénètrent pas au delà d'une certaine profondeur, cela ne tient pas à une action bactéricide spéciale de la bile — qui, pour le colibacille, en particulier, est un bon milieu de culture —, mais plutôt à l'action mécanique du flux biliaire, qui balaie les conduits et s'oppose à l'ascension des microorganismes. Aussi tout arrêt, tout obstacle dans le cours normal de la bile est-il suivi d'une « montée de microbes », et devient-il une menace, bientôt réalisée, d'infection ascendante et progressive : tel est le gros danger des arrêts de migration des calculs, à telle ou telle de leurs étapes.

On peut donc dire que les voies biliaires, dans la lithiase, en dehors même d'accidents septiques caractérisés, sont toujours *en puissance d'infection*, et, d'ailleurs, l'examen bactériologique de la bile, prélevée au cours des opérations sur la vésicule ou les canaux, est le plus souvent positif, alors même que le liquide est clair et d'apparence toute normale. Sur 50 cas examinés à ce point de vue, à la clinique de M. le professeur Czerny, M. Petersen (4) relève que 46 fois la bile contenait des microbes : 36 fois le colibacille seul, 6 fois le colibacille et le staphylocoque doré, 4 fois le colibacille et le streptocoque. Chez tous les lithiasiques opérés par M. von Mikulicz d'octobre 1898 au commencement de 1900, M. von Mieczkowski (5) a examiné la bile obtenue par ponc-

(1) A. Gilbert et Dominici. La lithiase biliaire est-elle de nature microbienne? (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 16 juin 1894, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 287.)

(2) A. Gilbert et L. Fournier. Pathogénie de la lithiase biliaire; étude bactériologique et expérimentale. (*Presse méd.*, 21 mai 1898, p. 275.)

(3) R. Mignot. L'origine microbienne des calculs biliaires. (*Arch. gén. de méd.*, août et septembre 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 92.)

(1) En 1900, M. Miyake a confirmé entièrement ces résultats : 5 fois sur 16 cas, il a obtenu des calculs, au bout de six mois à un an. (*Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1900, VI, p. 479.)

(2) S. Droba. Der Zusammenhang zwischen Typhusinfection und Cholelithiasis auf Grund eines in der Klinik (Krakau) operirten Falles. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 nov. 1899.)

(3) Cité par Ehret et Stolz *in* Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis. (*Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1901, VII, p. 372.) — Voir aussi d'autres faits réunis en tableau, p. 388.

(4) Riedel. Ueber die Gallensteine. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7, 14 et 21 janv. 1901.)

(1) L. von Mieczkowski. Zur Bakteriologie des Gallenblaseninhalts unter normalen Bedingungen und bei der Cholelithiasis. (*Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1900, VI, p. 307.)

(2) Gilbert et Lippmann. Du microbisme normal des voies biliaires extra-hépatiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. de biol.*, 14 juin, 19 juillet et 25 octobre 1902 et *Semaine Médicale*, 1902, p. 214, 245 et 370.)

(3) Duclaux. Chimie biologique, p. 185.

(4) W. Petersen. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1899, XXIII, 3, p. 705.)

(5) Von Mieczkowski. (*Loc. cit.*)

tion avant l'ouverture de la vésicule : sur 23 faits, 5 fois la bile était stérile, 18 fois elle était infectée. On pourrait aisément multiplier ces constatations, que la pratique journalière a rendues presque banales.

Donc, toute lithiase suppose d'abord une infection causale, relativement bénigne, et qui, le plus souvent, a disparu depuis longtemps lorsqu'on intervient; de plus, elle est accompagnée presque toujours d'une infection secondaire, dont la diffusion et la malignité commandent la gravité des accidents et le pronostic opératoire. Est-elle cantonnée à la vésicule, elle-même close et séquestrée par l'obstruction calculeuse du cystique, elle peut revêtir des allures fort inquiétantes, mais, en somme, le processus demeure local; il en va autrement lors d'arrêt prolongé du calcul dans les grosses voies biliaires : à la cholécystite se surajoute l'angio-cholite, variable, sans doute, d'extension et de gravité, mais qui, dans sa forme diffuse et suppurée, équivaut trop souvent à la mort inévitable. *L'angiocholite infectieuse, tel est le danger dans la lithiase, danger qu'il faut s'efforcer de prévenir, parce qu'il est fort malaisé d'en triompher.*

II

Cette notion de l'infection dans la lithiase, et d'autre part, comme nous le disions en commençant, les nombreux examens opératoires, nous permettent de mieux interpréter le processus morbide, de nous rendre un compte plus exact de ses étapes principales, de leur gravité, et des causes réelles de cette gravité. Et c'est là, pour la thérapeutique et l'analyse des indications, un appoint considérable.

M. le professeur Riedel (1) a eu le mérite de bien montrer que le schéma traditionnel de la colique hépatique, procédé normal, presque physiologique, d'expulsion des calculs, procédé de guérison, en somme, ne correspondait qu'à un nombre restreint de faits. Il se réalise surtout lors de concrétions petites et multiples, dans ce qu'on pourrait appeler la *lithiase à petits grains* (*fig. 1*); en pareille occurrence, les coliques se répètent souvent, elles s'accompagnent d'un ictère passager, et, point capital, on retrouve dans les selles les corps du délit, les calculs. La colique est suivie de résultat (*erfolgreicher Anfall*) : elle est réellement *expulsive*, elle peut être un agent de guérison.

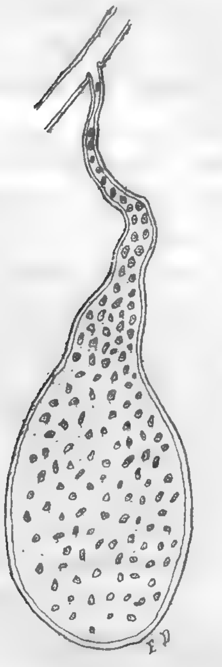


Fig. 1.

Lithiase à « petits grains ».

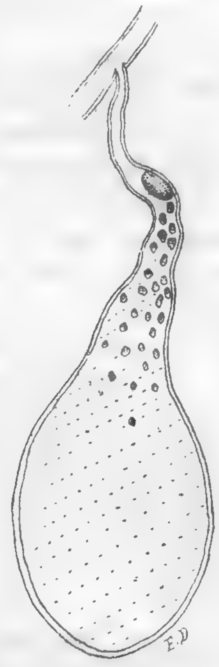


Fig. 2.

Lithiase à « petits grains » avec calcul enclavé dans le canal cystique.

(1) Riedel. Zur Debatte über die Gallensteinfrage in Düsseldorf nebst Bemerkungen über die schleichende Infektion des Gallengangsystems nach Abgang von Steinen *per vias naturales*. (*Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1899, IV, p. 565.)

Il arrive pourtant que les concrétions ne soient pas toutes de même taille, qu'une d'elles, ou plusieurs, s'arrêtent et se fixent dans le canal cystique, ne créant d'abord qu'une obstruction incomplète (*fig. 2*) : les coliques conservent encore les allures de la colique vraie, expulsive, mais, en réalité, la vésicule ne se vide plus. Les petits calculs s'y accumulent et s'y entassent, et c'est dans cette forme de cholélithiase que, plus tard, on trouve des vésicules bourrées de concrétions qui se comptent par centaines.

Mais la colique vraie est plutôt rare; *la colique fausse, sans expulsion* (1), sans ictère (au moins dans les formes initiales et non compliquées) est de beaucoup plus fréquente; c'est à elle, en réalité, que l'on aurait affaire dans 90 % des cas, d'après M. Riedel.

Elle est intimement liée à l'obstruction du col de la vésicule ou du cystique : c'est une poussée de cholécystite, dans une vésicule close au moins partiellement.

De fait, la présence seule de calculs, même de gros et nombreux calculs, dans la vésicule, alors que le cystique est perméable, que le va-et-vient physiologique de la bile se poursuit sans obstacle, peut être parfaitement tolérée (*fig. 3*). L'observation en est banale : la lithiase

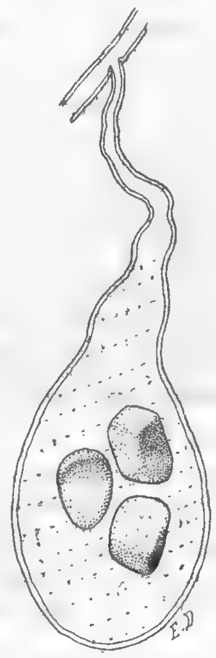


Fig. 3.

Calculs libres dans la vésicule; col et canal cystique libres.

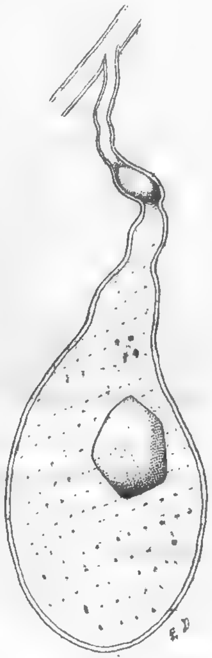


Fig. 4.

Calcul solitaire dans la vésicule; calcul enclavé dans le canal cystique.

vésiculaire n'est-elle pas quelquefois une trouvaille d'autopsie? Or, la condition essentielle de ces latences prolongées, c'est la libre communication de la vésicule et du cholédoque, libre lui-même jusqu'à l'intestin.

En règle, il faut le reconnaître, les choses n'en restent là que peu de temps. Le ou les calculs sont refoulés vers le col par la contraction vésiculaire, d'autant plus efficace que la vésicule, au cours des poussées, des fausses coliques, s'est remplie de liquide et distendue : ils s'y logent, s'y enclavent, s'y fixent, et dès lors se trouve constitué un des types suivants :

La vésicule, généralement une grosse vésicule « hydropique », renferme un volumineux calcul, solitaire, qui flotte au milieu du liquide, mais dans le col ou le canal cystique se trouve enclavé un autre calcul, plus petit, et obturateur (*fig. 4*). S'il est loin, dans le cystique, il pourra échapper à une exploration incomplète, et devenir l'origine d'une récidive; nous reviendrons plus tard sur ce point;

La vésicule, une vésicule « hydropique » encore, ne contient que du liquide clair; dans le canal cystique, un calcul, ou plusieurs calculs échelonnés, barrent le chemin (*fig. 5*);

(1) C'est la *colique vésiculaire* de MM. Gilbert et L. Fournier.

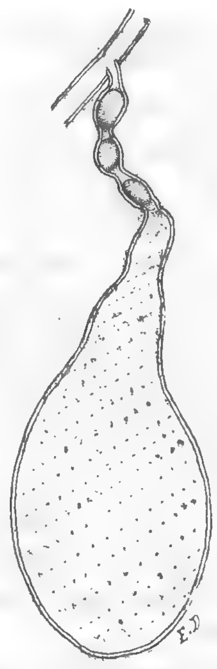


Fig. 5.

Vésicule « hydropique »; calculs échelonnés dans le canal cystique.



Fig. 6.

Calcul enclavé dans le col de la vésicule.

Il arrive souvent, et M. Riedel y insiste, que le calcul obstructeur, au lieu de pénétrer dans le cystique, reste au col de la vésicule, s'y façonne une logette, un cul-de-sac, de plus en plus profond, à mesure que lui-même grossit, et qui bientôt adhère au duodénum et s'y ouvre parfois (*fig. 6*);

Ailleurs, le calcul plonge directement dans le canal cystique, comme une sorte de bouchon conique, qui adhère et s'immobilise (*fig. 7*);

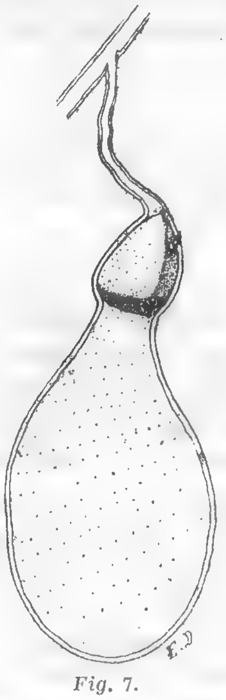


Fig. 7.

Calcul enclavé dans l'embouchure du canal cystique.

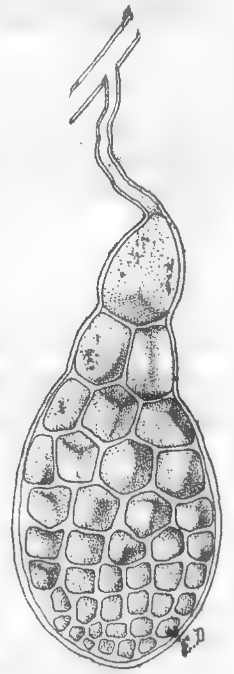


Fig. 8.

Vésicule bourrée de calculs, en étages.

Enfin, dans les cas anciens et typiques, la vésicule est bourrée de calculs, et ces calculs se disposent par étages, comme le montre la *figure 8*.

Quel que soit, d'ailleurs, le mécanisme, qu'il s'agisse d'une obstruction calculeuse du col ou du cystique, ou encore d'une obstruction inflammatoire chronique du canal, d'un rétrécissement, d'une oblitération cicatricielle, tout se passe dans la vésicule : les calculs y sont emprisonnés, l'infection elle-même, lorsqu'elle existe, y est cantonnée. C'est la *phase vésiculaire de la lithiase*, la moins périlleuse, celle qui se prête le mieux à une intervention bénigne et efficace.

En effet, si la migration de concrétions pe-

tites ou moyennes, de la vésicule à l'intestin, peut s'accomplir aisément, et passer, en somme, pour un dénouement heureux, il n'en est plus de même de la propulsion laborieuse et accidentée des gros calculs. Qu'ils puissent être expulsés jusque dans l'intestin, que ce soit là, dans l'hypothèse d'un seul calcul ou de calculs peu nombreux, un mode possible de guérison, on ne saurait le nier; mais on ne peut faire fonds sur ces éventualités rares, ni surtout oublier que la lente progression de ces volumineux corps étrangers ouvre toujours la porte à l'infection. C'est le mot propre, car, en passant, ils distendent toujours, et laissent distendue, l'ampoule de Vater et le cholédoque; de plus, ils entravent le cours de la bile, le suspendent parfois, et créent encore à l'infection, par ce mécanisme, d'excellentes conditions. A cette seconde phase, à cette *phase cholédocienne de la lithiase*, tout est donc à craindre; et voilà comment l'expérience conduit à une formule tout opposée aux idées anciennes : les coliques hépatiques vraies, expulsives, sont relativement rares; dans la lithiase, *presque toujours le danger commence avec la migration des calculs*. La conclusion pratique est facile à tirer : elle est tout en faveur de l'intervention précoce, à la phase vésiculaire.

III

Au bien fondé de cette intervention précoce, et, j'ajouterai plus loin, radicale, qui n'est plus le traitement des complications, mais *celui de la lithiase elle-même*, les *résultats lointains et définitifs des opérations*, j'entends des opérations complètes, viennent apporter un nouvel et important appoint.

S'il est démontré, en effet, qu'après leur ablation totale, les calculs ne se reproduisent pas et que la guérison soit durable, la thérapeutique opératoire devient la plus sûre de toutes. Quel est l'objectif commun des diverses médications et des cures hydrominérales? N'est-ce pas de faire migrer les calculs, ou bien plutôt de les mettre « en état de latence »? Le premier résultat est rarement obtenu et ne le serait pas sans danger grave, dans un grand nombre de cas; le second est incomplet et toujours transitoire. L'ablation des calculs (et souvent de la vésicule calculeuse), à la première phase, est une méthode autrement efficace et prévoyante.

Or, les *récidives vraies*, c'est-à-dire la reproduction des calculs après une opération dûment évacuatrice, sont exceptionnelles. C'est là un fait qui a frappé tous les chirurgiens ayant quelque pratique de la chirurgie biliaire. Un de ceux dont l'expérience, en pareille matière, est le plus considérable, M. le professeur Kehr (de Halberstadt), déclarait tout récemment encore, à l'Assemblée des naturalistes et médecins allemands, tenue à Carlsbad au mois de septembre dernier, qu'il ne connaissait pas d'exemple de récidive vraie, au sens indiqué plus haut (1). M. Riedel (2) n'a pas vu de récidives vraies, depuis douze ans; et M. Petersen (3), résumant la pratique de M. Czerny, ne signale qu'un seul cas de reproduction calculeuse sur 95 opérés, retrouvés et suivis.

Cela ne veut pas dire que l'on n'observe pas plus ou moins fréquemment, après les interventions, de nouvelles douleurs ou des accidents qui simulent un retour offensif de la lithiase. Ces *fausses récidives* sont attribuables à des causes diverses, que M. H. Mohr (4) a récemment étudiées et réparties en catégories :

a) L'opération a été incomplète, les accidents récidivants sont bien dus à un calcul, mais à un *calcul oublié*, laissé en place, au cours de l'intervention première. Ne sait-on pas combien il est souvent aisé aux calculs de se dissimuler, de se dérober à des recherches même très soigneuses, lorsqu'ils sont enclavés dans les diverticules de la muqueuse vésiculaire, dans les ampoules du canal cystique, dans des logettes intra-hépatiques circonvoisines; et l'expulsion spontanée de concrétions souvent fort nombreuses, après la cholécystostomie, le démontre suffisamment. D'autre part, il est telles conditions où les manœuvres d'exploration et d'extraction restent forcément incomplètes. Chez une malade que nous avions opérée par voie lombaire, en 1898 (1), d'une énorme cholécystite purulente, les douleurs avaient reparu, et, en 1900, nous enlevions un calcul enclavé dans le canal cystique; depuis, la guérison s'est maintenue.

b) Ailleurs la besogne d'extraction a été complète, mais la muqueuse vésiculaire est malade, et les douleurs qui surviennent ultérieurement sont dues à cette *cholécystite persistante*; ce sont de fausses coliques. Naturellement, comme le fait remarquer M. Kehr, on ne les observe jamais qu'après la cholécystostomie.

c) Les *adhérences* sont une cause fréquente de douleurs et d'accidents secondaires, adhérences de la vésicule à la paroi, à l'épiploon, à l'intestin, coudure ou torsion consécutive du canal cystique, etc. Elles s'observent beaucoup plus souvent à la suite de la cholécystostomie (dans 17 % des cas, d'après M. Kehr) que de la cholécystectomie (1 % des cas), ce qui s'explique aisément; pourtant, après l'ablation totale de la vésicule, le moignon cystique peut devenir lui-même un centre d'adhérences et de tiraillements consécutifs.

d) Enfin les *hernies pariétales*, cicatricielles, sont aussi à incriminer, et dans une proportion qui n'est pas négligeable, puisque M. Kehr les signale dans 4 % des faits. Elles succèdent surtout aux interventions complexes, profondes, en milieu infecté, qui nécessitent une large incision, d'abord, et un long drainage.

Sans insister plus longuement, nous ferons remarquer tout de suite que ces accidents secondaires, ces fausses récidives, s'observent surtout à la suite des opérations tardives et des procédés opératoires qui deviennent alors une nécessité. C'est un argument de plus à l'appui de la thèse que nous développons.

IV

Ces longues, mais indispensables prémisses nous ont renseignés sur les caractères et l'évolution de la maladie lithiasique, telle qu'elle doit être actuellement conçue, et sur la valeur de la thérapeutique chirurgicale : elles nous permettront d'analyser les *indications opératoires*, et de rechercher à quel *type d'intervention* il convient de recourir.

Un certain nombre d'indications sont hors de toute discussion; nous commencerons par elles. Aussi bien, dans l'état actuel de l'opinion et de la pratique médicales, le recours à la chirurgie reste-t-il presque toujours encore une détermination tardive.

Il est urgent d'opérer dans un certain nombre de conditions. Je signalerai seulement les *perforations de la vésicule* (2); la cholécystite et la péricholécystite suppurées, compliquées de *péritonite* généralisée déjà, ou en imminence de généralisation. Ce sont là des éventualités rares, en somme, où l'origine réelle des accidents n'est reconnue le plus souvent qu'au cours même de l'intervention.

La *cholécystite suppurée* crée par elle-même des indications sans réplique : du reste, la haute température, les frissons, les douleurs continues et lancinantes, l'accroissement de cette grosse masse sous-hépatique, douloureuse, tendue, qui soulève la paroi, assez souvent œdémateuse et rouge, l'ensemble des accidents ne laissent pas de doute, en général, sur l'existence du *phlegmon biliaire*, intra et péricystique. Et l'intervention s'impose.

Que ce soit toujours là une complication grave, et d'issue incertaine, on ne saurait le nier; pourtant la gravité — et l'avenir — dérivent surtout d'un facteur capital : l'état des voies biliaires, l'angiocholite coexistante. Si le canal cystique est bien et dûment fermé par un ou plusieurs calculs, si tout est cantonné dans la vésicule et autour de la vésicule, ces grosses suppurations, en dépit des apparences, sont le plus souvent très curables, sous la réserve qu'on opère à temps, tout de suite; comme dans certaines formes d'appendicite aiguë, il ne faut pas chercher inutilement à « refroidir », mais d'emblée « aller au pus ». On pourra même, de temps en temps, ne pas se borner au drainage pur et simple, mais pratiquer une intervention complète et large, avec un excellent et rapide résultat.

Une malade de trente-trois ans, que j'opérai en 1895 (1), lithiasique déjà ancienne, souffrait depuis un mois de douleurs d'intensité croissante; les crises de coliques (de fausses coliques) étaient subintrantes; la température montait à 40°4 le soir et retombait à 38° le matin, avec de grandes oscillations; le pouls était fréquent et un peu petit; la peau chaude et sèche, le facies pâle, amaigri, très déprimé. Le flanc droit était distendu par une volumineuse tumeur, très douloureuse à la pression, fluctuante, qui descendait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et mesurait en largeur de 7 à 8 centimètres. Je découvris, le ventre ouvert, une vésicule de dimensions colossales, adhérente sur tout son pourtour à l'épiploon, qui se laissa détacher sans peine; la ponction ramena un quart de litre de pus; à travers la paroi flasque de la vésicule, on sentit alors de volumineux calculs qui se prolongeaient jusque dans le col. J'isolai rapidement cet énorme sac, et je pratiquai la cholécystectomie. Le soir même, la température retombait à 37°, pour ne plus remonter; au bout d'un mois, la guérison était complète, et depuis (il y a sept ans aujourd'hui) j'ai revu plusieurs fois notre opérée, grasse, florissante, indemne de tout nouvel accident hépatique.

La situation est tout autre — et le péril autrement grand — lorsque la cholécystite suppurée est compliquée d'*angiocholite infectieuse*, suppurée aussi; et ce qui crée précisément l'urgence absolue, immédiate, de l'action chirurgicale dans les suppurations vésiculaires, c'est le danger, toujours à redouter, d'*une diffusion profonde, aux canaux, de l'infection cholécystique*. Il faut reconnaître, toutefois, que les angiocholécystites suraiguës, hyperseptiques, s'observent, d'ordinaire, dans les lithiases complexes, à la phase cholédocienne, alors que les grosses voies biliaires ont été depuis longtemps « préparées » par la migration laborieuse ou l'arrêt prolongé de volumineux calculs. C'est là, comme nous le verrons bientôt, la raison capitale qui milite en faveur de l'opération précoce. Encore reste-t-il quelques chances de salut, lorsque l'infection n'a pas dépassé le territoire des grosses voies biliaires; s'est-elle diffusée jusque dans le foie, tout est perdu, d'après M. Riedel, et toute intervention, en pareil cas, est fatalement impuissante. Il convient d'ajouter que M. Kehr ne souscrit pas entièrement à ces conclusions pessimistes : « Nous avons vu des malades, écrit-il, avec un

(1) M. Kehr ne nie pas, toutefois, qu'après la cholécystostomie, une infection nouvelle des voies biliaires ne puisse provoquer la formation de nouveaux calculs, dans la vésicule conservée.

(2) Riedel. (*Loc. cit.*)

(3) Petersen. (*Loc. cit.*)

(4) H. Mohr. Ueber Recidive nach Operationen an den Gallenwegen. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 1901, n° 309.)

(1) Lejars. Cholécystostomie par la voie lombaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 23 fév. 1898, p. 185.)

(2) Il s'agit, ici, des *perforations spontanées*, qui reconnaissent, d'ailleurs, un double mécanisme : la rupture, l'*éclatement* d'une vésicule surdistendue, au cours d'une crise de cholécystite; l'*usure lente*, la destruction progressive de la paroi, au contact d'un calcul. Le résultat est toujours le même : c'est l'issue dans le péritoine du contenu vésiculaire, plus ou moins septique, et provoquant des accidents plus ou moins aigus et graves. Ils revêtent souvent l'apparence de la péritonite par perforation gastrique, de l'iléus, même de l'appendicite. Un malade de M. von Mosetig-Moorhof (*Wien. med. Presse*, 16 fév. 1902, p. 306) avait été pris, huit jours avant, de douleurs dans le côté droit du ventre, de vomissements, de diarrhée; le pouls était à 120, la température à 38°; on crut à l'appendicite et l'on opéra; l'appendice était sain; en soulevant l'épiploon, on vit s'échapper du liquide ascitique mêlé de pus, et un calcul gros comme une noisette. La vésicule était perforée sur sa face inférieure, et un autre calcul engagé dans la perforation; cinq autres étaient restés dans la cavité. On en fit l'extraction et l'on termina par la cholécystostomie; guérison.

(1) Lejars. Contribution à l'étude des indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire. (*Rev. de chir.*, sept. 1896, p. 645, obs. IX.)

ictère très prononcé, des températures de 40°, des frissons, un foie très douloureux, qui nous parurent si gravement atteints que nous n'avons pas voulu nous risquer à les opérer, et ces malades ont survécu... Nous avons opéré des cas qui semblaient tout à fait désespérés, et dans lesquels une bile trouble et fétide s'écoula du cholédoque, et les opérés ont pourtant guéri. » Le drainage du canal hépatique trouve alors toutes ses indications.

Ainsi donc, même dans ces formes ultimes, une intervention immédiate et suffisante peut seule réserver encore les dernières chances.

Dans une autre série de faits, bien que la situation ne soit pas aussi gravement compromise, *une décision sans retard s'impose encore, sous la menace de l'angiocholécystite septique, sous la poussée de crises douloureuses ininterrompues*, qui deviennent intolérables. L'observation suivante nous servira d'exemple. Un malade de trente-cinq ans, ancien paludéen, et qui déjà, à plusieurs reprises, avait souffert de crises hépatiques mal caractérisées, est pris brusquement, à la suite d'un refroidissement, de fièvre, de frissons, de vomissements, et d'une douleur intense sous les fausses côtes et à l'épaule droites; cette première « attaque » dure quelques jours, la fièvre tombe, les coliques deviennent plus rares, mais le teint, sans être ictérique, reste terreux, l'appétit ne reparaît pas, et bientôt la température remonte (39°5 à 40°), des frissons surviennent, ainsi que de l'ictère; les douleurs sont continues et d'une acuité extrême; la région sous-hépatique est tendue, dure, et l'on y décèle avec peine, à travers la paroi contracturée, une masse profonde. Tous les calmants sont inefficaces, et le malade est dans un tel état d'exaspération douloureuse qu'il veut se suicider. Nous intervenons; nous trouvons une grosse vésicule, remplie de petits calculs noirâtres, polyédriques, et d'une bile trouble, brunâtre, sans pus; les calculs encombrent le col et se prolongent dans le cystique; nous les évacuons aussi complètement que possible et nous terminons par une cholécystostomie. Le résultat ne se fit pas attendre : fièvre et douleurs cessèrent, l'état général s'améliora rapidement; au bout de deux mois, la fistule, qui avait livré passage à d'assez nombreuses concrétions, était fermée, et, après une cure hydrominérale, la guérison était complète.

Ailleurs, les accidents sont moins aigus, d'allure moins brusque et de gravité moins imminente; mais *la répétition des crises durant plusieurs semaines*, et de tous les accidents qu'elles entraînent, finit par créer un « état de mal » hépatique, une infection lente et progressive, une sorte de cachexie, que peut seule conjurer une intervention rapide. J'ai opéré tout récemment une dame très âgée (elle a presque soixante-dix ans) qui, depuis six semaines, souffrait de ces fausses coliques subintrantes; presque journellement, les douleurs revenaient par crises, avec de la fièvre et souvent des vomissements; l'état général était fort alarmant, toute alimentation était supprimée, la langue était sèche, le teint subictérique, les traits tirés, l'aspect déprimé, les urines fort rares. Enfin, cette longue période douloureuse avait abouti à un état tellement grave, qu'un dénouement fatal semblait proche, et que l'opération, de pronostic, d'ailleurs, fort douteux, semblait le seul recours. J'intervins; je découvris, au milieu d'un épais gâteau d'épiploon, épaissi, infiltré et adhérent, une vésicule ratatinée, contenant plusieurs calculs et une petite quantité de bile boueuse : à sa base, elle était perforée, et la perforation bouchée par un calcul (*fig. 9*). Je

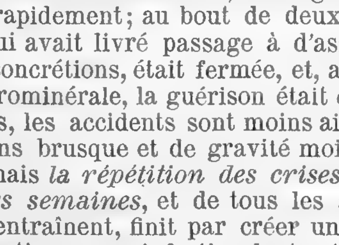


Fig. 9.

Cholécystite calculeuse ancienne; perforation bouchée par un calcul.

la vidai, je la fixai tant bien que mal à la paroi, et je la drainai. Cette fois encore, les accidents cédèrent, et malgré toutes les craintes que suscitaient et l'âge de la malade et sa dépression générale et l'état de ses reins, la guérison fut obtenue. Quelques jours après, il eût été trop tard, j'en reste convaincu.

Voilà donc une série de « situations cliniques » où le rôle de la chirurgie n'est pas discutable, où l'action s'impose avec un réel caractère d'urgence.

La décision à prendre, pour être moins impérieusement dictée, *n'en est pas moins nette* encore, dans les formes suivantes de cholélithiase vésiculaire. Ce sont, en somme, *les types divers de la cholécystite calculeuse chronique*.

Deux éléments principaux servent alors de base au jugement thérapeutique : *la douleur, la tumeur;* l'un et l'autre, souvent combinés, sont dissociés dans d'autres cas, où l'interprétation clinique en devient moins aisée.

Lorsqu'un malade a eu maintes coliques, de ces coliques « sans résultat », sans expulsion, dont nous avons parlé à plusieurs reprises, lorsqu'il souffre constamment de son « côté » droit, lorsque, dans ce « côté », sous le rebord costal droit, on trouve une tumeur pyriforme, plus ou moins régulière, dure, tendue, mobile avec le foie, et qui figure manifestement la vésicule; lorsque, d'autre part, il n'y a pas d'ictère, pas de fièvre, pas d'indices d'une obstruction des gros canaux ou d'une infection grave; lorsque, dis-je, toutes ces conditions sont réunies, l'intervention est tout indiquée, hormis quelques rares contre-indications dérivant d'une autre affection chronique; de plus, elle « se présente bien », elle pourra être bénigne, simple et radicale. La répétition des crises « infructueuses », la douleur sous-hépatique continue témoignent assez de l'existence d'une cholécystite calculeuse, qui pourra s'assoupir pour quelque temps, sous l'influence de la cure hydrominérale, mais qui se réveillera toujours, et ne guérira pas. Du reste, ce qui se passe alors, dans la pratique, n'est que la répétition de ce que nous voyons chaque jour pour les salpingites ou l'appendicite : la femme du peuple, qui a besoin de travailler, n'hésite pas à se faire opérer; la femme du monde retarde jusqu'aux extrêmes limites l'échéance opératoire : et finalement l'ictère survient — et, du même coup, le pronostic est transformé, la lithiase n'est plus cantonnée à la vésicule, les canaux sont obstrués, et l'intervention, qui eût été simple et bénigne, devient pénible, périlleuse, et de succès incertain.

Il faut s'attendre à ne pas trouver toujours la tumeur cystique aussi nettement appréciable que nous le disions plus haut; dans les formes anciennes où les adhérences sont étendues, on ne découvre souvent, au palper sous-hépatique, qu'un gâteau épais, bosselé, de limites assez confuses, et dans lequel on chercherait en vain les contours de la vésicule; ce n'est pas la vésicule que l'on sent, c'est l'épiploon qui l'encapuchonne. Parfois même, il n'y a rien, là, de circonscrit, rien qui rappelle une « tumeur », mais une induration assez vague, une sorte de voussure profonde, que l'on retrouve surtout en palpant, de bas en haut, du ventre vers l'hypocondre. On se rend très bien compte, pourtant, qu'il y a « quelque chose » dans la profondeur, sous le foie, quelque chose de douloureux au palper, et, rapprochée des autres accidents, cette constatation suffit.

Dans d'autres formes, c'est la douleur qui manque, ou qui, du moins, est très atténuée, et ne se reproduit qu'en crises très frustes; mais les troubles digestifs sont très accusés, la dénutrition se prononce, l'état général est mauvais. Localement, on rencontre tantôt une grosse vésicule distendue, tantôt une tumeur irrégulière. On pense souvent au cancer, et l'on a raison d'y penser, comme nous allons le dire. Pourtant, sous ces apparences cliniques un peu déconcertantes, on ne découvre souvent qu'une vésicule « hydropique » oblitérée au col par un calcul, ou encore une vésicule épaissie, scléreuse, doublée d'épiploon et bourrée de concrétions; j'ai le souvenir d'une malade de quarante ans, chez laquelle la perte de l'appétit, la pâleur, l'amaigrissement progressif — et quelques « crampes d'estomac » — constituaient toute la symptomatologie : on trouvait, sous le foie, une grosse tumeur dure, et l'hypothèse de cancer avait été généralement admise. Il s'agissait pourtant d'un *hydrops vesicularis*, avec un gros calcul solitaire, et l'intervention fut suivie d'une guérison complète, qui se maintient depuis quatre ans.

Le cancer est, de fait, toujours à redouter dans les formes chroniques, anciennes, de cholélithiase vésiculaire, et chez les sujets que leur âge y prédispose encore. On ne saurait oublier que le cancer est une terminaison relativement fréquente de ces vieilles cholécystites; sur 500 à 600 malades observés, M. Riedel l'a rencontré 43 fois, et M. Petersen en signale 34 cas sur 168 observations. C'est donc là une menace très réelle, dont il faut tenir compte dans les indications opératoires et qui plaide encore en faveur de l'intervention.

Jusqu'ici, nous ne parlions, en somme, que de *lithiases anciennes* et d'*opérations tardives*. Qu'elles réussissent souvent, l'expérience de chacun et les statistiques le démontrent; mais il faut raisonner autrement, pour apprécier à sa mesure exacte l'importance de l'intervention précoce : il faut tenir compte du grand nombre de lithiasiques qui succombent aux progrès de l'infection biliaire ou à telle complication irrémédiable; il faut aussi être bien prévenu de ce fait capital : la gravité extrême de la lithiase des canaux, la gravité beaucoup moindre, et la cure chirurgicale beaucoup plus simple et bénigne, de la lithiase vésiculaire. *Opérer à temps, c'est opérer à la phase vésiculaire.*

Sans doute il est un certain nombre de lithiases spontanément curables, souvent en plusieurs temps, par des décharges successives de calculs; il en est d'autres qui restent latentes (et nous avons vu dans quelles conditions), ou qu'un régime spécial (Gilbert) et la cure hydrominérale réussissent à faire rentrer périodiquement « en sommeil »; enfin de gros calculs peuvent « migrer » et s'éliminer par la « papille », ou encore, par voie indirecte, se faire jour dans l'intestin : nous avons vu combien l'infection était à craindre, dans la première éventualité; elle l'est plus encore dans la seconde, et il serait malaisé de présenter comme une solution désirable l'abouchement large et permanent de l'intestin et des voies biliaires, sans compter les adhérences, les déformations et les coudures qui accompagnent toujours les fistulisations profondes.

Donc, s'il est bien avéré que la vésicule contient des calculs, si ces calculs provoquent des accidents douloureux, des fausses coliques, sans expulsion, on ne gagnera rien à attendre la répétition des crises : on n'y gagnera que la mauvaise chance d'une obstruction secondaire des gros canaux.

« Quand la lithiase se manifeste, comme dans 90 % des cas, écrit M. Riedel, sous forme de cholécystite sans expulsion calculeuse et le plus souvent sans ictère, l'opération est indiquée aussitôt que possible, c'est-à-dire dès que le processus inflammatoire a permis de diagnostiquer la présence du calcul dans la vésicule, remplie de liquide séreux ou de pus. »

Telle est l'intervention *réellement précoce;* qu'elle soit difficile à faire admettre, bien souvent, et par les malades et par les médecins, cela n'est pas douteux : il n'est pas moins utile de la bien définir, d'en poser les termes et d'en établir les indications rationnelles.

V

Ce qui double encore la valeur utile des interventions réellement précoces, c'est qu'elles permettent de réaliser une besogne chirurgicale complète, et d'assurer au lithiasique les meilleures conditions d'une guérison durable.

De fait, à l'heure présente, l'ablation pure et simple de la vésicule calculeuse, *la cholécystectomie, devient de plus en plus l'opération de choix.*

Les notions récentes sur la pathogénie des

calculs, sur la cholécystite lithogène primitive, témoignent toutes en sa faveur; elle assure une guérison prompte, elle prévient les longues fistulisations, les adhérences, les hernies pariétales, et nous avons spécifié plus haut quelle est l'importance de ces facteurs dans les pseudo-récidives.

Enfin l'expérience, la meilleure de toutes les raisons, est là pour montrer les excellents et durables résultats des cholécystectomies; ce sont eux qui, peu à peu, ont conduit les chirurgiens à élargir le cadre de l'ablation totale, immédiate, de la vésicule : ils s'en sont presque toujours bien trouvés; pour ma part, j'ai des malades opérés de cholécystectomie depuis sept, six, cinq ans et qui, après avoir très simplement guéri, sont restés, depuis lors, indemnes de tout malaise local; les suites éloignées de la cholécystostomie ne supportent pas toujours la comparaison.

La tendance que nous signalons est, d'ailleurs, très générale. Au Congrès de 1900, M. Michaux (1) regrettait que la cholécystectomie ne fût pas plus souvent pratiquée, « car je crois, ajoutait-il, qu'elle donne de meilleurs résultats que la cholécystostomie, sans exposer comme elle aux fistules biliaires interminables, et elle met les malades complètement à l'abri des récidives ». Dans 45 opérations sur les voies biliaires, il avait eu recours 32 fois à la cholécystectomie, avec 28 guérisons et 4 morts, et l'observation prolongée de ses opérés, qui remontait à dix et onze ans pour les premiers, lui avait démontré l'excellence des résultats à longue échéance. Tout récemment (2), M. Milhiet défendait à son tour la cholécystectomie : il en réunissait 112 faits avec 14 morts, dont 5 seulement imputables à l'opération, ce qui donne une mortalité de 4.46 %.

M. Kehr, de son côté, fait une place de plus en plus large à l'ablation totale de la vésicule, qu'il combine souvent, lors de lithiase des gros canaux, au drainage du canal hépatique. « Je considère actuellement, déclarait-il à la dernière Assemblée des naturalistes et médecins allemands (3), le drainage de l'hépatique, combiné à la cholécystectomie, comme la *méthode normale* de traitement chirurgical de la cholélithiase chronique récidivante. » M. Riedel, qui a été un des principaux promoteurs de la cholécystostomie, conseille même, aujourd'hui, d'enlever la vésicule dans les cas bénins, où elle ne contient que du liquide séreux et de la bile épaissie, avec un calcul au col ou dans le cystique.

Il est évident que la cholécystectomie suppose deux conditions préalables, toutes deux nécessaires : 1° *le canal cholédoque doit être libre; 2° l'infection des voies biliaires ne doit pas être trop avancée.*

Le premier point n'est pas discutable; enlever la vésicule et lier le cystique, alors que la perméabilité du conduit biliaire principal n'est pas assurée, ce serait un non-sens et une erreur souvent mortelle. On ne saurait nier, d'autre part, qu'une fois la vésicule extirpée, toute occlusion du cholédoque, survenant ultérieurement, ne soit de cure fort difficile et fort périlleuse : les opérations de décharge, la cholécystentérostomie ne seront plus possibles, et l'abouchement du cholédoque ou du canal hépatique dans l'intestin ne saurait passer pour une pratique aisée et inoffensive.

Tout cela est vrai; mais il est bien entendu qu'on ne se décidera à supprimer la vésicule qu'après s'être dûment assuré, par le cathétérisme et surtout par le palper, que le cholédoque est libre. Ceci posé, les occlusions ultérieures sont, en réalité, trop exceptionnelles pour entrer en ligne de compte.

La seconde condition — le degré d'infection des voies biliaires — est d'importance majeure, et c'est elle qui doit fixer la détermination du chirurgien. Nous savons, en effet, depuis les travaux de M. le professeur Terrier (1), que le drainage est notre meilleur moyen de défense contre l'infection biliaire et les excellents résultats de la cholécystostomie dans les angiocholécystites sont connus de tous.

Or, les voies biliaires, dans la cholélithiase, doivent être toujours tenues pour infectées, en pratique, et la preuve est faite depuis longtemps qu'elles le sont, en effet, le plus souvent. Faut-il conclure de là, comme on semblait le croire d'abord, que le drainage est toujours nécessaire? On ne peut guère le soutenir. Si les gros canaux sont libres, pourquoi ne pas admettre que le drainage par les voies naturelles puisse être efficace, lui aussi? N'est-ce pas le procédé normal de défense des conduits biliaires contre l'infection ascendante intestinale? D'ailleurs, les faits sont là, et les exemples, aujourd'hui si nombreux, de guérisons complètes et durables après la cholécystectomie, ont démontré que le lavage permanent des voies biliaires par la bile, si rien ne s'oppose à son flux naturel, suffit très fréquemment à les désinfecter.

Il y a là, du reste, une question de degré, que les réactions cliniques, d'une part, et l'examen direct au cours de l'intervention, d'autre part, permettront d'apprécier. Si donc les grosses voies sont libres, si l'on trouve dans la vésicule de la bile claire, de la bile épaissie ou du liquide séreux, bien qu'il faille regarder toujours le contenu comme septique, rien ne s'oppose à l'opération radicale. Il en va tout autrement lorsqu'on est en présence d'accidents aigus graves, d'angiocholécystite, et que le contenu vésiculaire est purulent, trouble, sanieux.

A notre sens, le problème se pose, à l'heure actuelle, en ces termes : lorsqu'on opère sous la pression d'accidents aigus, fébriles, que la bile est trouble, purulente, que le cystique est ouvert ou incomplètement obstrué, la cholécystostomie reste tout indiquée ou, du moins, si l'on enlève la vésicule, devra-t-on recourir au drainage du canal hépatique; dans les cas chroniques, anciens, qu'on opère bien nettement « à froid », dans les cas récents d'*hydrops vesicularis*, et même dans les cholécystites calculeuses à contenu purulent, lorsque le cystique est fermé et que les accidents sont cantonnés à la vésicule, on fera bien de passer outre et de faire d'emblée la cholécystectomie (1).

Sans insister sur la *technique*, aujourd'hui courante, quelques points méritent pourtant qu'on s'y arrête.

Et d'abord le premier temps de l'intervention — quelle que soit, d'ailleurs, la décision que l'on doive prendre, et précisément pour fixer cette décision — doit avoir pour but une *exploration aussi complète que possible de toutes les voies biliaires*; M. Milhiet (2) le fait remarquer avec pleine raison. On ne peut pas dire d'avance : je ferai la cholécystostomie ou la cholécystectomie; il faut voir d'abord, voir tout, et *c'est après avoir vu, sur place, en opérant, qu'on se décidera.*

Or, l'évacuation de la vésicule — une fois libérée de ses adhérences et du capuchon épiploïque qui l'enveloppe si souvent — est, d'ordinaire, indispensable pour « se faire de la place » et pratiquer au mieux l'exploration profonde. La manœuvre recommandée par M. Kehr servira beaucoup : on tourne le dos au malade, et l'index suit le canal cystique, de bas en haut et de dehors en dedans, comme l'indique la *figure 10*; la vésicule, fermée par une pince et tendue en dehors, permet, d'ailleurs, de bien repérer le canal. De là, on descend vers le cholédoque, en pénétrant dans l'hiatus de Winslow,

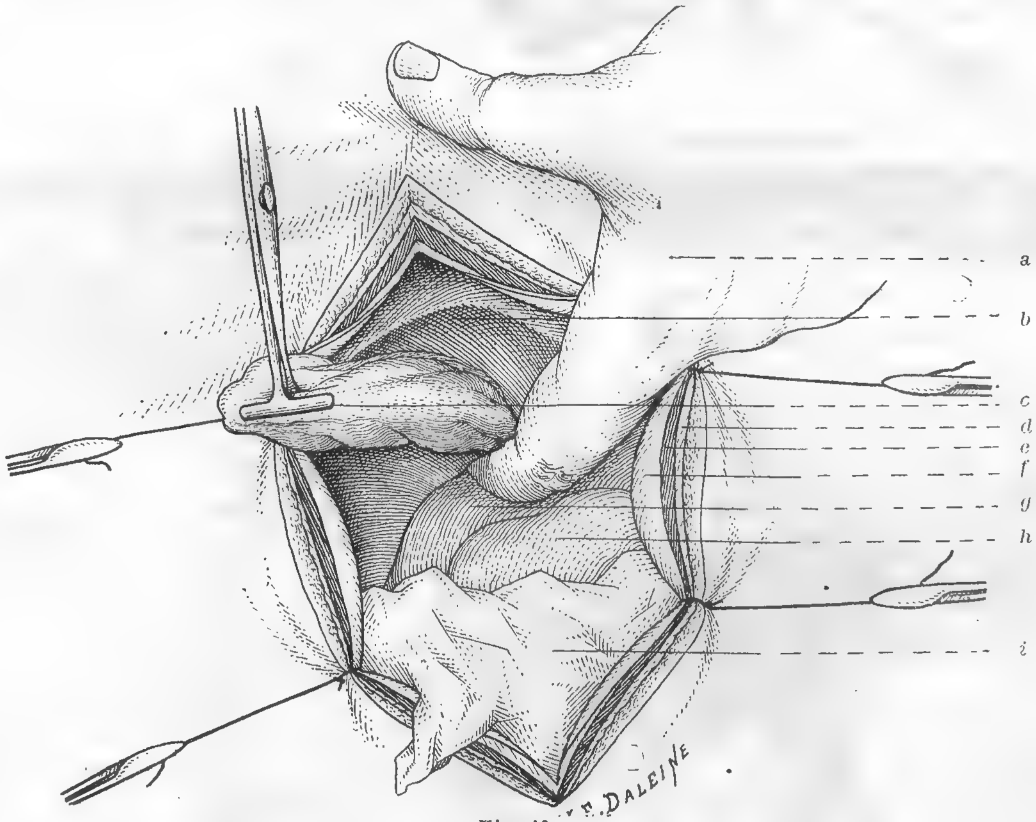


Fig. 10.

Palper explorateur du canal cystique, de bas en haut et de dehors en dedans, « le dos tourné au malade ».

a, main gauche, dont l'index recourbé suit le canal cystique; *b*, face inférieure du foie; *c*, vésicule vidée, fermée par une pince, et tirée au dehors; *d*, aponévrose; *e*, bord du muscle grand droit; *f*, péritoine; *g*, première portion du duodénum; *h*, épiploon; *i*, compresse isolante.

(1) MICHAUX. De la cholécystectomie envisagée dans ses résultats immédiats et éloignés. (*Treizième Congrès international des sciences médicales, section de chirurgie générale*, Paris, 1900, p. 220, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 272.)

(2) H. MILHIET. De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire. (*Thèse de Paris*, 1902, et *Gaz. des hôp.*, 28 juin 1902.)

(3) KEHR. Ein Rückblick auf 720 Gallensteinlaparotomien, unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hepatikusdrainagen. (*Münch. med. Wochensch.*. 28 oct. 1902, p. 1802.) — Sur ces 720 cas de chirurgie « lithiasique », il y a 161 cholécystectomies, avec une mortalité de 3.1 %; quant au drainage du canal hépatique, il a été pratiqué 6 fois isolément et combiné 6 fois à la cholécystostomie, 29 fois à la cholécystectomie et à la cysticotomie, 49 fois à la cholécystectomie seule.

(1) TERRIER. Traitement chirurgical de l'angiocholite et de la cholécystite infectieuses. (*Rev. de chir.*, déc. 1895, p. 965, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 446.)
TERRIER et AUVRAY. Chirurgie du foie et des voies biliaires Paris, 1901.
Voir aussi : H. DELAGENIÈRE. Chirurgie des voies biliaires; nécessité du drainage par les voies biliaires accessoires dans les opérations pratiquées aussi bien sur les voies biliaires principales que sur les voies biliaires accessoires. (*Comptes rendus du douzième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1898, p. 378, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 431.)

(1) Quant à la *cholécystotomie idéale*, à l'extraction des calculs suivie de la réunion immédiate de l'incision vésiculaire, bien qu'elle puisse donner de bons résultats dans quelques cas spéciaux (Voyez SCHWARTZ. Chirurgie du foie, p. 498. Paris, 1901) elle ne reconnaît, en somme, que des indications tout exceptionnelles : en vérité, la conservation d'une vésicule calculeuse ne vaudra pas souvent les dangers possibles et les incertitudes de la cholécystendyse.

(2) MILHIET. (*Loc. cit.*)

s'il n'est pas obstrué par des adhérences; on doit aller jusqu'à l'embouchure terminale du cholédoque, et, sans entrer dans des détails, on peut poser une règle générale ; il faut se faire beaucoup de jour, si l'on tient à faire une exploration réellement utile.

M. Kehr conseille, avant d'en venir aux manœuvres de décortication, de mettre une pince, très loin, sur le cystique, pour éviter toute propulsion de calculs — ou de liquide septique — dans le cholédoque. Le temps difficile, parfois, dans la cholécystectomie, c'est la libération de la vésicule au niveau de sa face supérieure, le *clivage du plan hépato-cystique*. Il faut réaliser, en effet, un véritable clivage (*fig. 11*) ; tel est le seul moyen de prévenir les déchirures du tissu hépatique et les suintements sanguins, souvent malaisés à tarir.

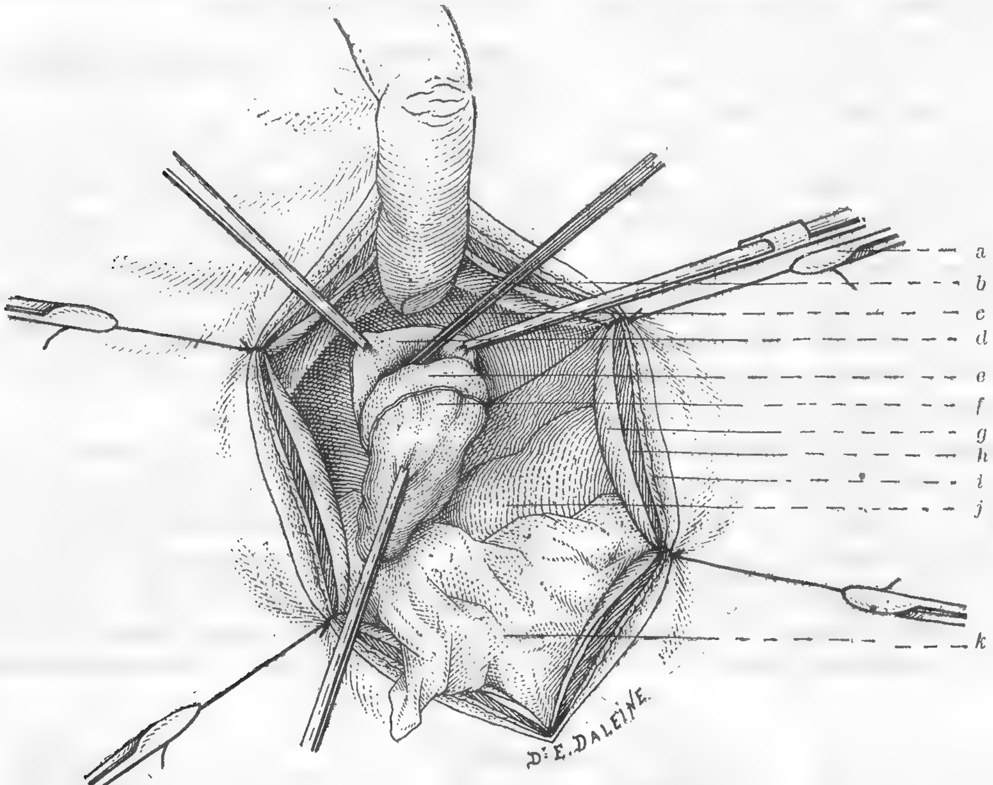


Fig. 11.

Cholécystectomie : clivage du plan hépato-cystique.

a, fil écarteur des lèvres de la plaie; *b*, sonde cannelée clivant le plan hépato-cystique; *c*, doigt relevant le bord antérieur du foie; *d*, enveloppe séreuse de la vésicule, sectionnée et relevée; *e*, face supérieure de la vésicule; *f*, la vésicule vide, maintenue et abaissée par une pince; *g*, péritoine; *h*, muscle droit; *i*, aponévrose; *j*, première portion du duodénum; *k*, compresse isolante.

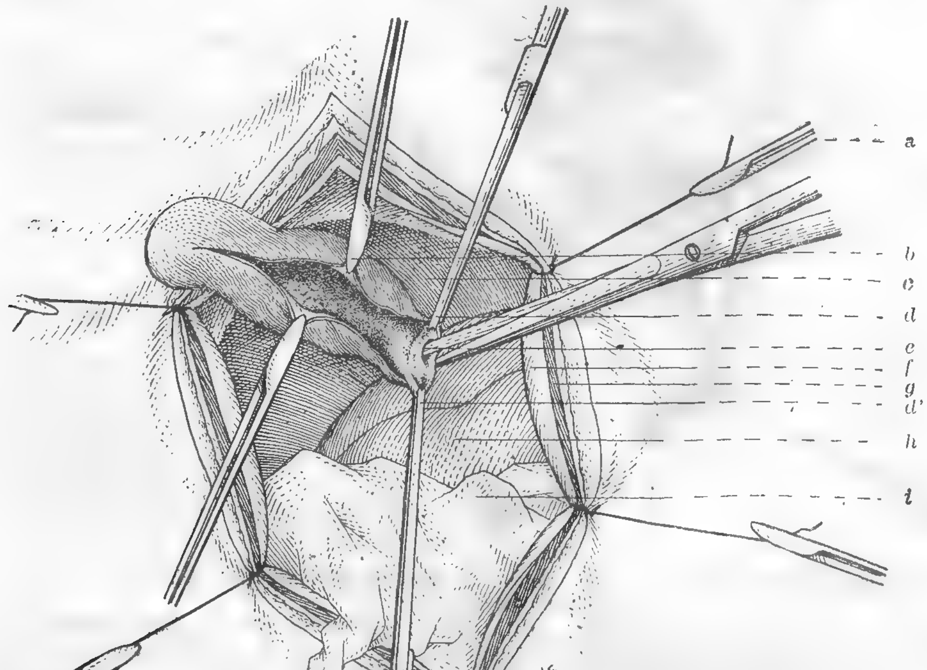


Fig. 12.

Cysticotomie : incision de proche en proche du canal cystique.

a, fil écarteur; *b*, pince appliquée sur les lèvres de l'incision vésiculaire; *c*, face inférieure du foie; *d*, *d'*, pinces écartant les lèvres de l'incision du canal cystique; *e*, lumière du canal cystique; *f*, péritoine; *g*, muscle droit; *h*, duodénum; *i*, compresse isolante.

Le canal cystique sera lié (1) au catgut, non à la soie qui peut devenir le noyau de concrétions secondaires : une double ligature est de bonne précaution. Pourtant elle n'empêche pas sûrement le suintement biliaire, du reste passager, qui se produit de temps en temps, et dont l'origine est, d'ailleurs, discutable. Aussi le drainage est presque toujours de bonne et prudente pratique, mais un drainage qui permette la réunion complète et solide de la plus grande partie de l'incision.

Quant à la *cholécystostomie*, nous croyons qu'elle deviendra de plus en plus une *intervention de nécessité*, excellente, sans doute, dans les conditions que nous avons précisées plus haut, ou encore une *intervention d'attente*, destinée à être complétée plus tard par une cholécystectomie secondaire.

Hormis certains cas, où elle peut passer pour une opération d'extrême urgence, où l'ouverture pure et simple et le drainage de la vésicule sont seuls exécutables, elle supposera toujours une ablation complète de tous les calculs, et de la vésicule, et du col, et du canal cystique; pour cela, l'incision, de proche en proche, du col et du canal, sur leur face inférieure (*fig. 12*), combinée à la rétropulsion des calculs enclavés, avec le doigt (Voir *fig. 10*) qui les ramène du cholédoque vers la vésicule, constitue une méthode aujourd'hui classique et qui rend les meilleurs services.

Ajoutons que parfois, il est totalement impossible de réaliser l'abouchement de la vésicule à la peau ; la vésicule est très profonde, rétractée, scléreuse, soudée de tous côtés par une nappe solide d'adhérences. C'est alors que le *drainage hermétique* de M. Poppert (1) pourra devenir fort utile : la vésicule évacuée du mieux possible, un drain y est introduit, et la paroi ou les lambeaux de paroi sont appliqués à la surface du drain par un faufil (*fig. 13*); quelques points sur l'épiploon permettent de clore le foyer et d'achever la confection d'une sorte de tunnel, allant du moignon de vésicule à la peau. Assez souvent, on obtiendra plus simplement le même résultat en plaçant un drain dans la vésicule et une lamelle de gaze aseptique dans le foyer circonvoisin.

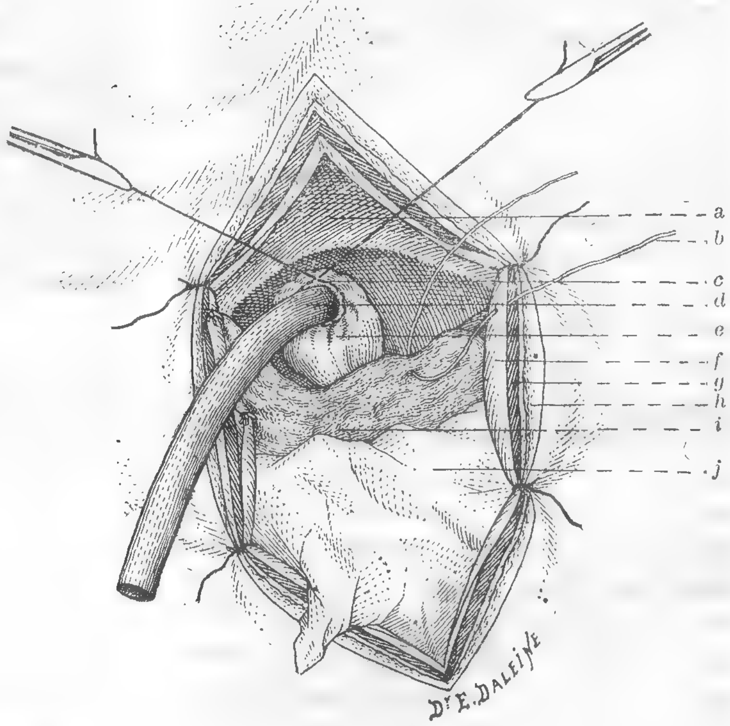


Fig. 13.

Drainage hermétique de Poppert.

a, foie; *b*, fil accolant l'épiploon à la paroi; *c*, paroi de la vésicule appliquée par un faufil à la surface du drain; *d*, drain intra-vésiculaire; *e*, vésicule; *f*, péritoine; *g*, muscle droit; *h*, aponévrose; *i*, épiploon; *j*, compresse isolante.

Nous n'avons pas à entrer dans le détail des interventions nécessitées par la lithiase vésiculaire, compliquée de lithiase des grosses voies. Aussi bien notre but, à l'heure actuelle (et ce sera le résumé de cette étude), doit-il être de restreindre autant que possible cette chirurgie complexe des grosses voies, et, pour cela, d'agir de bonne heure, à la phase vésiculaire, en faisant de l'opération précoce une opération simple, bénigne, radicale et définitivement curatrice.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Il est de bonne pratique de lier et de sectionner isolément l'artère cystique, ce qui permet de prolonger le plus loin possible — et sans à-coup — la libération du canal.

(1) Poppert. Die Cholecystostomie mit wasserdichter Drainage der Gallenblase. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 déc. 1899.)

MÉDECINE PRATIQUE

Un moyen pratique pour dépister la simulation de la blennorrhagie.

Il y a quelque temps, un médecin militaire russe, M. le docteur P. P. Sorotchinsky, a signalé un procédé de simulation de la blennorrhagie, pratiqué par les soldats, et qui consiste à introduire dans l'urèthre une bougie de savon ordinaire que l'on pousse profondément par quelques mouvements de massage. Afin de pouvoir établir le diagnostic exact de cette prétendue blennorrhagie, notre confrère recommandait de procéder à l'examen microscopique de l'écoulement uréthral, examen qui met en évidence l'absence complète de globules de pus et de tout élément figuré (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 262).

Malheureusement, le praticien n'est pas toujours à même de pratiquer cet examen, soit qu'il n'ait pas de microscope à sa disposition, soit tout simplement faute de temps, surtout lorsqu'il s'agit d'une véritable épidémie d'écoulements uréthraux, comme on en observe parfois dans les casernes. Aussi, pour remédier à cet état de choses, un autre médecin militaire russe, M. le docteur I. M. Potapov, s'est-il appliqué à trouver un procédé susceptible de faire reconnaître la simulation, sans le secours du microscope. Notre confrère a pu constater que si l'on recueille l'écoulement sur une baguette de verre, de façon qu'il occupe seulement la moitié de la surface cylindrique de la baguette, et qu'on l'examine ensuite à la lumière du jour, on remarque une différence sensible entre le vrai pus et l'écoulement provoqué au moyen du savon : dans le premier cas, la sécrétion est franchement *jaune* ou *blanc jaunâtre*, et cela que l'examen soit fait à la lumière réfléchie ou réfractée, tandis que l'écoulement artificiel paraît d'un *blanc bleuâtre*, lorqu'on examine la baguette par réfraction, et d'un *blanc opalescent* à la lumière réfléchie.

Dans les cas où le résultat que l'on obtient de la sorte n'est pas assez net, M. Potapov procède de la façon que voici : il recueille quelques gouttes de la sécrétion uréthrale dans un verre de montre et les additionne d'une petite quantité de solution de bicarbonate de soude à 1 %; s'il s'agit d'une fausse blennorrhagie provoquée par l'introduction de savon dans l'urèthre, on voit se former immédiatement de l'*eau savonneuse*. Pour rendre l'épreuve encore plus démonstrative, on peut même faire, à l'aide d'une paille, des bulles de savon. Il est bon de procéder à la petite opération en présence du simulateur, qui ne manquera guère de faire des aveux complets au moment où il verra la *réaction des bulles de savon* mettre à découvert le corps du délit.

Cette réaction — que notre confrère a eu l'occasion d'expérimenter dans 5 cas et toujours avec succès — permettrait de dépister la simulation très rapidement et dès le début.

Ajoutons que l'introduction de savon dans l'urèthre n'implique pas nécessairement l'idée de simulation, car, dans quelques pays, elle constitue un remède populaire contre la blennorrhagie chronique.

La pression unilatérale sur le thorax comme moyen de faciliter le diagnostic des affections pulmonaires.

Si le diagnostic de la pneumonie ne présente, le plus souvent, aucune difficulté, il est cependant des cas où cette affection peut être assez malaisée à reconnaître, soit à cause de complications, telles qu'emphysème, adhérences, etc., soit en raison du siège central de la lésion ou de l'obésité excessive du patient, etc. En pareille occurrence, le malade se plaignant de douleurs difficiles à localiser, M. le docteur G. Moreno de la Torre (de la Havane) conseille d'avoir recours, en vue d'élucider le diagnostic, à la manœuvre que voici ; on applique les deux mains sur la paroi antérieure de l'une des deux moitiés du thorax et on exerce une pression suffisante pour arrêter les mouvements d'expansion du poumon sous-jacent. Si la douleur est due à un processus inflammatoire intéressant ce même poumon, elle ne tarderait pas, sous l'influence de la pression, à disparaître complètement ou, tout au moins, à s'atténuer au point de permettre au patient de respirer librement. Dans le cas où c'est le poumon du côté opposé qui est atteint, la douleur persisterait, mais en changeant de caractère et de siège. Enfin, s'agit-il d'une phlegmasie d'un organe abdominal, la pression ne ferait qu'exaspérer les sensations douloureuses. Par contre, si l'on voit la manœuvre en question amener la disparition des prétendues douleurs abdominales, ce serait, d'après notre confrère, signe que la cause première de ces douleurs réside, non pas dans une affection de l'abdomen, mais dans une lésion pulmonaire.

Un procédé de recherche des pigments biliaires.

Peu satisfait des méthodes usuelles de recherche des pigments biliaires, un médecin de la Nouvelle-Zélande, M. le docteur F. A. Monckton (de Fielding), recommande le procédé suivant : on prend deux tubes à essai et on les remplit aux trois quarts d'eau; puis on met une toute petite quantité de bleu de méthylène dans l'un des tubes, pendant qu'on verse dans l'autre trente et une gouttes du liquide à examiner. On laisse ensuite tomber lentement dans le second tube une vingtaine de gouttes de la solution de bleu de méthylène ; on obtiendrait de la sorte, avec de l'urine normale, une coloration d'un bleu clair; par contre, pour peu qu'il y eût des traces de pigments biliaires, le liquide prendrait une teinte verdâtre.

Cette réaction serait plus sensible que les procédés habituellement employés en pareille occurrence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 3 et 10 novembre 1902.

Le rythme vital.

MM. Vaschide et **Cl. Vurpas**. — Il nous paraît possible d'admettre que les phénomènes vitaux, lorsqu'ils se trouvent soustraits à l'influence des centres supérieurs, se manifestent suivant un rythme périodique de dynamogénie et de repos se succédant régulièrement.

C'est ainsi que des tracés plétysmographiques recueillis soit pendant le sommeil physiologique, soit dans différentes affections des centres nerveux (hémiplégie, alcoolisme), montrent des périodes alternatives de constriction et de dilatation vasculaires, avec modifications concomitantes du pouls capillaire. D'autre part, le type respiratoire de Cheyne-Stokes est sous la dépendance de la suspension de l'activité cérébrale : nous avons vérifié ce fait tant cliniquement, à la suite de lésions traumatiques de l'encéphale, qu'expérimentalement, en réalisant chez des chats une compression cérébrale par l'injection de liquide dans la cavité ventriculaire. Enfin, il est facile de reconnaître chez diverses catégories d'aliénés (paralytiques généraux, déments, etc.) des modifications de même ordre intéressant les fonctions motrices, et se traduisant par certains mouvements, gestes ou attitudes, certaines expressions mimiques, certains mots ou phrases revenant périodiquement et rythmiquement.

La périodicité et le rythme seraient ainsi la caractéristique propre de la vie, de cet équilibre toujours instable, et les centres supérieurs joueraient le rôle de coordinateur psycho-dynamique grâce à une propriété véritablement spécifique, l'inhibition.

Un nouveau genre de tératopages, les Hypogastropages de type opérable.

M. Marcel Baudouin. — J'ai trouvé, au musée d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris, un spécimen de tératopage constituant un genre nouveau non signalé dans les ouvrages sur la matière. Il est essentiellement caractérisé par cette particularité que l'union, au lieu de se faire entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, autrement dit au niveau de l'épigastre, s'étend de l'ombilic à la région prépubienne et se trouve ainsi correspondre à l'hypogastre, d'où le nom d'*Hypogastropage* que je propose.

Chez l'individu que j'ai étudié — et qui me paraît être celui que Depaul a décrit en 1857 — le pédicule d'union a 4 centimètres de hauteur et porte à sa partie supérieure une petite cicatrice résultant de l'insertion du cordon ombilical, lequel était, bien entendu, unique; les deux fœtus sont du même sexe (masculin).

Ce type de tératopage est viable, puisque d'après Depaul, le monstre en question a vécu vingt et un jours, malgré une imperforation de l'anus chez les deux sujets; il me paraît essentiellement opérable.

Les hypogastropages sont évidemment intermédiaires aux xiphopages et aux ischiopages; c'est là une nouvelle preuve de ce fait que, en tératologie des monstres doubles, il est possible de trouver toutes ces transitions entre les types les plus éloignés les uns des autres.

Sur l'existence de l'arsenic dans la série animale.

M. G. Bertrand adresse une note sur des recherches tendant à démontrer que l'on peut déceler la présence de petites quantités d'arsenic dans l'organisme d'animaux marins, c'est-à-dire vivant loin de toutes les causes de contamination qui résultent du contact plus ou moins direct avec l'industrie moderne. Ces recherches, qui ont porté sur les animaux les plus divers (depuis les vertébrés supérieurs jusqu'aux spongiaires), établissent que l'arsenic n'est nullement caractéristique de certains groupes d'êtres, mais se retrouve dans toute la série animale ; ce métalloïde existerait en outre dans tous les tissus, et serait ainsi un des éléments fondamentaux du protoplasma.

M. A. Gautier rappelle que, d'après ses propres recherches sur les animaux domestiques et terrestres, l'arsenic se localiserait presque exclusivement dans les organes ectodermiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1902.

Traitement de l'appendicite.

M. Reclus. — Je crois que l'on n'est pas en droit de dire que toute appendicite opérée à temps doit guérir, attendu qu'il y a des formes qui tuent à coup sûr, quoi qu'on fasse.

Pour les appendicites graves, nous sommes tous d'accord sur la nécessité d'une intervention rapide, et nous pensons que, même dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. C'est seulement pour les formes d'allure bénigne que la plupart d'entre nous sont d'avis qu'on peut attendre, tandis que, même alors, les partisans de l'intervention systématique ne diffèrent pas l'opération.

On dit généralement que l'on opère tous les cas de suppuration; or, je crois que beaucoup de chirurgiens laissent refroidir des appendicites purulentes, car, à mon avis, il y a du pus presque dans tous les cas où l'on sent un plastron.

C'est d'après l'état général, beaucoup plus que d'après l'état local, que l'on doit se décider à intervenir.

Quant à la résection de l'appendice, elle me paraît grave dans l'opération à chaud; si l'on ne cherche pas à la faire systématiquement, l'intervention est beaucoup moins dangereuse. Mais la conservation de l'appendice laisse quelquefois des fistules ou donne lieu à de nouvelles crises; c'est là un des inconvénients de l'opération à chaud, de même que l'éventration, qui est souvent la conséquence du drainage.

M. Nélaton. — J'estime qu'il y a deux symptômes nets, qui doivent décider l'intervention immédiate. Le premier est l'altération précoce de la physionomie; toutes les fois que je n'ai pas opéré, malgré l'existence de ce signe, j'ai vu les malades succomber. Le second est cons-

titué par l'acuité extrême de la douleur, localisée dans le côté droit; cette douleur intense est, en effet, toujours suivie d'abcès. Je pense que si, dans ces conditions, on laisse passer les premières phases de l'affection sans intervenir, il vaut mieux s'abstenir complètement, car l'opération ne ferait qu'avancer de quelques heures la mort du malade.

M. Tuffier. — Je reste absolument partisan de l'intervention immédiate dans les quarante-huit premières heures, et à mon avis le chirurgien doit être appelé sans retard, dès le début des accidents.

J'ai eu pour ma part plusieurs fois l'occasion de voir des désastres dus à la temporisation et je pourrais joindre des exemples navrants à ceux qui ont été relatés au cours de la discussion. Il est un cas notamment où la mort est survenue par ma faute, parce que j'ai hésité, pour le diagnostic, entre l'appendicite et le saturnisme. Toutefois, il est incontestable que l'appendicite peut guérir spontanément : c'est ainsi que sur 240 autopsies j'ai trouvé dans 20 % des cas des lésions anciennes d'appendicite; malheureusement, aucun signe ne distingue les formes susceptibles de se terminer ainsi par guérison spontanée.

En ce qui concerne le diagnostic des abcès, je me déclare incapable, dans la plupart des cas, de reconnaître s'il y a du pus dans les masses diffuses péri-appendiculaires que l'examen local permet de constater dans la fosse iliaque droite.

M. Bonnet (médecin militaire) communique une observation d'oblitération incomplète de l'urèthre par une valvule congénitale, traitée par l'uréthrotomie externe et la résection du repli valvulaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 novembre 1902.

Vomissements acétonémiques.

M. Guinon relate l'observation d'une fillette de dix ans qui, s'étant plainte un jour de céphalalgie, de constipation et d'une fatigue excessive, fut prise la nuit suivante de vomissements abondants, muqueux, à odeur spéciale; le lendemain, on constata que le ventre était fortement rétracté et douloureux; d'autre part, l'haleine exhalait une odeur aigrelette, rappelant celle des diabétiques acétonuriques. Ces accidents persistèrent pendant trois jours, puis subitement tout rentra dans l'ordre. Dès le premier jour, on avait décelé la présence, dans les matières vomies, d'une notable quantité d'acétone; il s'agissait donc de vomissements acétonémiques. Quant à la cause de cette affection, elle est restée inconnue; les parents, ainsi que les frères et sœurs de la malade, sont tous bien portants, et elle-même n'avait jamais présenté auparavant d'altération notable de la santé.

M. Marfan. — Un des caractères des vomissements acétonémiques est de ne jamais s'accompagner de flux bilieux : il est même exceptionnel de trouver de la bile dans les matières vomies. Une autre particularité de ces vomissements est de ne pas être sous la dépendance de troubles digestifs; aussi ne doit-on pas les combattre par la diète, qui augmente toujours l'acétonémie. Quant à la pathogénie de ces accidents, elle est encore très obscure; tout ce qu'on peut dire actuellement, c'est que l'acétonémie et les vomissements sont deux phénomènes concomitants d'un état morbide dont l'origine reste à trouver.

M. Barbier. — Je crois, contrairement à M. Marfan, que, dans un certain nombre de cas, particulièrement chez les enfants en bas âge, l'apparition des vomissements acétonémiques est précédée de troubles digestifs; il y aurait donc, à mon avis, une relation de cause à effet entre ces deux ordres de faits; toutefois, il ne me paraît pas admissible que l'acétone soit le véritable facteur des accidents généraux qui accompagnent les vomissements, car les analyses les mieux conduites n'ont jamais révélé que des quantités de cette substance tout à fait insuffisantes pour donner lieu à des phénomènes toxiques.

M. Pierre Merklen. — J'ai observé plusieurs petits malades sujets aux vomissements acétonémiques, et j'ai pu vérifier la parfaite exactitude de la description qu'en a donnée M. Marfan. C'est un syndrome d'apparence grave, surtout quand à l'intolérance stomacale s'associe le facies cholériforme et la tachycardie apyrétique à 150 ou 160, signe que j'ai relevé deux fois. Ces accidents sont heureusement de courte durée et cèdent en deux ou trois jours à un traitement dont la diète hydrique, la compresse humide au creux de l'estomac et les petits lavements salés font tous les frais. Je ne crois pas, contrairement à M. Marfan, que les malades en crise puissent être alimentés. Si l'inanition, comme notre collègue vient de le rappeler, est une cause d'acétonémie, les enfants atteints de vomissements acétonémiques ne sont pas des inanitiés. Ceux que j'ai observés avaient une intolérance absolue pour les aliments, même pour le lait, et je me suis toujours bien trouvé de ne leur donner, malgré leur soif intense, que de très faibles quantités d'eau sucrée, d'une eau alcaline ou de bouillon de poulet. Je dois reconnaître, cependant, qu'une de mes petites malades, prise d'une crise à la campagne, a pu s'alimenter grâce à de l'eau chloroformée prescrite par un médecin de la région. Mes collègues pourraient-ils nous dire s'il existe un traitement préventif des vomissements acétonémiques à répétition? Quant à moi, j'ai essayé de divers régimes alimentaires sans obtenir aucun résultat.

M. J. Renaut dit avoir observé à la fois des vomissements incoercibles et de l'acétonurie chez un sujet qui a succombé à une méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie : il est donc permis de supposer que, dans quelques cas tout au moins, les vomissements acétonémiques sont sous la dépendance d'une lésion organique.

M. Siredey appelle l'attention sur l'inutilité des régimes alimentaires les plus sévères pour prévenir l'apparition des vomissements acétonémiques chez les enfants de souche neuro-arthritique, chez lesquels ces accidents éclatent, comme on le sait, d'une façon sinon périodique, du moins très fréquente.

M. Marfan dit que l'inutilité des régimes alimentaires, comme moyen de prophylaxie de l'affection dont il s'agit, est une nouvelle preuve de l'absence de relation entre l'état des voies digestives et les vomissements acétonémiques.

Méningite aiguë récidivante terminée par la guérison.

M. Galliard communique l'observation d'une femme de vingt-trois ans, atteinte de pleurésie gauche, qui fut prise, une semaine après la thoracentèse, de phénomènes méningés (température de 40°, paralysie du muscle droit externe de l'œil droit, délire, coma, etc.); pendant quatre jours, on crut avoir affaire à une méningite tuberculeuse; puis, brusquement, tous les accidents s'amendèrent, et au bout de vingt jours la malade paraissait complètement guérie. Il n'en était rien cependant, car, quelque temps après, les mêmes accidents méningés reparurent, pour disparaître, il est vrai, comme précédemment, et cette fois d'une façon définitive. S'agissait-il, dans ce cas, d'une méningite tuberculeuse, ou d'une méningite cérébro-spinale épidémique? C'est un point qui n'a pu être éclairci, la ponction lombaire n'ayant pas été pratiquée; le fait n'en présente pas moins un certain intérêt en raison du caractère récidivant de l'affection, et aussi de sa terminaison par la guérison.

M. Guinon dit avoir observé deux cas de méningite tuberculeuse suivie de guérison; l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien avait confirmé le diagnostic.

M. Siredey. — En l'absence de tout contrôle anatomique, ces exemples de guérison de méningites prétendues tuberculeuses laissent toujours subsister un doute dans l'esprit. J'ai observé également, il y a plusieurs années, un enfant qui avait présenté du délire, de la diplopie, des convulsions et du coma. Je le croyais atteint de méningite tuberculeuse et ce diagnostic fut confirmé par MM. J. Simon et Bergeron; néanmoins le petit malade guérit complètement, et comme, depuis cette époque, il n'a jamais cessé d'être bien portant, quoique sept années se soient écoulées, je suis très enclin à croire qu'il ne s'agissait pas réellement d'une méningite tuberculeuse.

Crises gastriques du tabes compliquées d'œdème hémorrhagique aigu de la face.

M. Pierre Merklen. — J'ai eu l'occasion d'observer récemment, avec M. Heitz, une tabétique sujette à des crises gastriques, dont les trois dernières se sont compliquées d'un œdème hémorrhagique aigu de la face qui a cessé en même temps qu'elles. Cet œdème, accompagné d'une vive hyperesthésie de la peau, fut suivi, après la deuxième poussée, de la chute spontanée de douze dents et de la nécrose du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. Deux hypothèses peuvent être émises : ou bien l'œdème facial et palpébral, dont les caractères ont été ceux de l'œdème aigu circonscrit ou urticaire œdémateuse, était une poussée ortiée favorisée par le nervosisme tabétique et provoquée par les altérations du chimisme gastrique pendant la crise; ou bien il s'agissait d'un trouble angio-neurotique d'origine directement tabétique, comme les crises gastriques elles-mêmes. La chute des dents et la nécrose du maxillaire, consécutives à l'œdème, sont en faveur de cette deuxième hypothèse. Le trouble vasomoteur a précédé le trouble trophique, de même qu'un œdème considérable des membres inférieurs avec épanchement séro-hémorrhagique des synoviales se montre parfois bien avant certaines arthropathies tabétiques.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La médication salicylique dans le traitement de la pneumonie.

Préconisée jadis contre la pneumonie tuberculeuse (Jaccoud), la médication salicylique n'est guère utilisée d'une façon systématique contre la pneumonie lobaire franche aiguë. Or, à en juger d'après les observations de quelques confrères américains, les dérivés de l'acide salicylique, et en particulier le salicylate de soude, seraient tout indiqués dans le traitement de cette affection. C'est ainsi que M. le professeur A. H. Smith (de New-York) place le salicylate de soude parmi les remèdes les plus efficaces à l'égard de la pneumonie. De son côté, M. le docteur W. C. Sebring (de Kingston) a eu, il y a quelque temps, l'occasion de traiter un grand nombre de pneumoniques, dont quelques-uns étaient très âgés, par l'emploi du salicylate de soude à la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 centigr., répétée toutes les deux heures, et toujours il en a obtenu d'excellents résultats. Enfin, M. le docteur A. F. Taylor (de Castle Creek) vient de publier la relation de 25 cas de pneumonie lobaire, dans lesquels il a également eu recours au même médicament, à la dose de 0 gr. 90 centigr. (chez les adultes), répétée toutes les quatre heures jusqu'à la défervescence. L'âge des malades variait entre vingt-deux jours et soixante ans; dans la plupart des faits, il s'agissait d'enfants âgés d'un à six ans. Quelques-uns des patients présentaient une hyperpyrexie considérable et d'autres symptômes alarmants, tels que convulsions, cyanose de la face, troubles cardiaques, etc. Malgré la gravité de l'affection, notre confrère n'a cependant enregistré qu'un seul décès, survenu, au bout de soixante-douze heures, chez un nourrisson de vingt-deux jours.

L'acide lactique contre la dysenterie.

D'après l'expérience de M. le docteur J. D. Hunter, exerçant à Arequipa (Pérou), l'acide lactique — qu'on emploie couramment contre la diarrhée infantile et qui a aussi été utilisé au déclin d'une dysenterie sporadique (Hayem) — donnerait également de bons résultats dans les cas de dysenterie aiguë ou subaiguë, surtout lorsque les selles sont verdâtres et visqueuses. En pareille occurrence, notre confrère prescrit ce médicament à la dose de XV gouttes, répétée toutes les deux heures. Il espace ensuite les prises, de façon à arriver graduellement à n'en administrer que trois par jour.

Il va de soi que l'acide lactique ne doit être administré qu'en solution assez étendue. A titre de correctif, M. Hunter recommande le sirop de gomme.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu (de Lyon). — M. le professeur Teissier.

L'aortite abdominale.

Il y a trois ans déjà que Potain, résumant dans une remarquable leçon le résultat de ses observations cliniques et l'ensemble de son enseignement, donnait une description magistrale d'une détermination morbide encore bien incomplètement connue : l'aortite abdominale.

Malgré tout son intérêt, la précision des symptômes observés, et, l'on peut ajouter, le faisceau de preuves convaincantes apportées à l'appui d'un diagnostic trop rarement porté, le travail du maître clinicien passa en quelque sorte inaperçu; et à lire les auteurs classiques, aussi bien que les monographies spéciales, l'histoire de l'aortite abdominale reste encore « une page presque blanche, suivant l'expression de Potain lui-même, dans le livre de la pathologie ».

A regarder de plus près, pourtant, l'aortite abdominale n'est pas une détermination morbide si rare; à ce point que dans ces derniers mois nous avons pu en observer ici-même 3 exemples démonstratifs; et je ne parle pas, bien entendu, des faits plus nombreux de ma pratique privée, relatifs aux complications artérielles de l'entérocolite muco-membraneuse (1). Mais c'est avec les cas recueillis dans mon service, dont on a pu contrôler la symptomatologie et suivre l'évolution, que je désire reprendre l'histoire de l'aortite abdominale, car ces observations, quelque incomplètes qu'elles puissent être sur certaines questions de détail, me paraissent très suffisantes pour établir la réalité du syndrome morbide et en tracer les caractères essentiels.

Je résumerai donc en quelques lignes ces 3 faits, et cela en suivant l'ordre chronologique dans lequel nous avons pu les observer.

Le premier concerne un jeune journalier de vingt-trois ans, affecté au préalable d'une endocardite aortique datant vraisemblablement de plusieurs mois et dépendant apparemment d'une poussée déjà ancienne de rhumatisme articulaire aigu. Le malade a fait un premier séjour dans notre salle Sainte-Jeanne, en octobre 1899, pour des troubles digestifs assez accusés, accompagnés de vomissements, de douleurs constrictives dans le thorax, accidents imputables à sa cardiopathie. Celle-ci se manifeste par des symptômes d'ailleurs classiques : voussure thoracique, gros cœur, pointe au sixième espace et signes non équivoques d'une maladie de Corrigan (bruit diastolique de la base, double souffle de la fémorale, etc.).

Cet homme revient à nous le 24 novembre avec un sentiment de fatigue extrême, des vertiges très pénibles, de la pâleur, mais surtout des douleurs lombaires atroces qui le mettent dans l'impossibilité de s'asseoir sur son lit; il a peu de fièvre, le thermomètre dépassant à peine 37° de quelques dixièmes; l'auscultation révèle les mêmes signes qu'à son premier séjour, et en plus un souffle présystolique de la pointe qui nous paraît dépendre du reflux ventriculaire d'origine aortique, autrement dit être un bruit de Potain-Lespérance. Le malade, mis au repos, au régime lacté et tenu simplement en observation, n'est soumis à aucune médication spéciale.

Trois jours après l'entrée, loin de signaler un soulagement dans ses douleurs, il les accuse plus violentes et légèrement modifiées quant à leur localisation : c'est ainsi qu'au lieu d'occuper, comme au début, exclusivement la région lombaire, elles siègent surtout à l'épigastre, irradiant dans les deux flancs, presque jusqu'à la racine des membres. En même temps, on constate au creux épigastrique des battements qui nous paraissent d'abord limités au trépied cœliaque, mais qui réellement s'étendent à toute la longueur de l'aorte abdominale, très facilement perceptible malgré l'épaisseur des parois du ventre. Le vaisseau, extrêmement douloureux et tendu, semble fortement dévié à gauche, et l'hyperesthésie au toucher se prolonge tout le long des artères iliaques. Les battements artériels dans l'abdomen sont tellement accusés qu'ils sont enregistrés avec facilité par l'ampoule cardiographique (*fig. 1*).

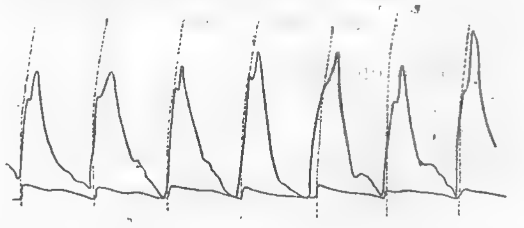


Fig. 1.

Le tracé supérieur correspond à l'aorte abdominale, l'inférieur à la radiale.

Le lendemain matin, les douleurs persistent toujours, et le malade, qui a éprouvé, d'autre part, une série de coliques violentes, est pris d'une sorte de diacrise intestinale se manifestant par des selles aqueuses ou glaireuses, parfois sanguinolentes, qui durèrent pendant deux jours.

Convaincu que nous nous trouvions en présence d'une manifestation de l'infection rhumatismale sur l'aorte abdominale et sur l'intestin, nous prescrivîmes, en même temps que de larges applications belladonées sur l'abdomen, des sangsues à l'épigastre et du salicylate de soude à l'intérieur. Quatre jours après, le soulagement était complet et le patient sollicitait son exeat que nous lui refusâmes, d'ailleurs, considérant la convalescence comme incomplète et désirant suivre plus longtemps l'évolution des phénomènes. Cette conduite prudente était légitime, car huit jours ne s'étaient pas écoulés que cet homme présentait aux deux articulations tibio-tarsiennes une poussée inflammatoire franche, qui justifiait à la fois notre diagnostic et notre intervention.

Nouvelle administration de la potion salicylée, nouveau soulagement, si bien que le malade ne peut plus être retenu à l'hôpital et quitte la salle le 15 décembre pour reprendre immédiatement ses occupations.

Mal lui en prend, car cinq jours après il est obligé de réintégrer le service hospitalier avec une *nouvelle poussée d'aortite*, non plus exclusivement localisée à la région sous-diaphragmatique, mais portant surtout sur la région de la crosse et coexistant avec des douleurs intercostales violentes et constrictives, des vertiges atroces et des crises précordiales angoissantes simulant l'angine de poitrine. Toutefois, ces accidents ne laissent pas que de réveiller les manifestations primitives du côté de l'aorte abdominale et de s'accompagner de quelques coliques, de diarrhée et de vomissements. Recourant à la même médication qui nous avait réussi à la première attaque, nous prescrivons des sangsues sur la région thoracique et du salicylate de soude, moyens qui — comme précédemment — produisent un soulagement rapide et permettent au malade de nous quitter vers le milieu de janvier.

Pour notre second cas, les conditions dans lesquelles l'aortite abdominale semble s'être déclarée sont toutes différentes. Il ne s'agit plus de poussées aiguës, subaiguës et transitoires, mais d'une poussée inflammatoire à évolution lente dans le cours d'un mal de Bright ancien avec albumosurie.

Une femme de cinquante et un ans, blanchisseuse, exposée pendant longtemps à l'humidité, entre à l'Hôtel-Dieu, salle des Quatrièmes-Femmes, au mois de juillet 1900, se plaignant de céphalées tenaces avec essoufflement, troubles de la vue, amaigrissement notable malgré un fort œdème des membres inférieurs, et en même temps avec des signes de cardiopathie artérielle très accentués et de lésions mitrales concomitantes indiscutables.

De plus, depuis un mois et demi surtout, cette malade accuse des douleurs violentes à l'épigastre, accompagnées de sensation de pesanteur et parfois de vomissements, toujours d'une rachialgie marquée, et souvent de battements spontanément perçus, devenant quelquefois insupportables. Ces battements sont très apparents et commandent immédiatement l'examen de la région abdominale. La palpation à l'ombilic est excessivement douloureuse et c'est à peine si — avec beaucoup de patience — nous parvenons à explorer l'aorte et les vaisseaux abdominaux. L'aorte saisie entre deux doigts paraît augmentée de volume; elle est le siège de battements expansifs facilement enregistrés (*fig. 2*), mais elle ne semble pas très déviée sur



Fig. 2.

Le tracé supérieur correspond à l'aorte abdominale, l'inférieur à la radiale.

la gauche; l'auscultation y révèle un double souffle très net qui se perçoit jusqu'au niveau des iliaques, très douloureuses aussi; ce double souffle cesse au niveau des artères fémorales.

L'absence de souffle de Duroziez, comme de pouls capillaire, paraît imputable à la lésion mitrale concomitante qui justifie, d'ailleurs, la congestion œdémateuse des membres inférieurs et la basse pression artérielle (14 centimètres) notée concurremment. En présence de telles manifestations, il était difficile de nier l'existence d'une détermination artérielle sur l'aorte sous-diaphragmatique. C'est guidé par cette idée que nous crûmes bon d'adjoindre, au traitement par le repos et le régime lacté, la révulsion à l'épigastre et surtout — suivant la vieille formule de Potain — les lavements au bromure d'ammonium, dont l'effet sédatif et antispasmodique ne tarda pas à se faire sentir, procurant à la malade un soulagement tel qu'en septembre elle put quitter l'hôpital considérablement améliorée, mais conservant toujours au niveau de l'épigastre une douleur spontanée, accentuée encore par la pression et irradiée le long des deux iliaques.

Sans tenir compte des conseils de prudence qui lui avaient été donnés, cette femme voulut reprendre son métier et se mit à travailler d'une façon disproportionnée avec ses forces, tant et si bien qu'à l'entrée de décembre, il lui fallut solliciter d'office sa réadmission à l'hôpital, car elle était en pleine intoxication urémique, dans un état d'angoisse et d'agitation extrêmes, vomissant, présentant des crises gastriques violentes, comme on les observe souvent chez les patients dont la néphrite est compliquée d'albumosurie. Le coma ne tarda pas à s'installer, quelques convulsions survinrent et la malade succomba dans les premiers jours de janvier.

Je ne m'attarderai pas à justifier ici le diagnostic d'aortite abdominale porté pendant la vie : la nécropsie s'est chargée de le faire. Passant sous silence ce qui regarde les altérations propres du cœur, ainsi que les lésions de dégénérescence rénale, qui répondaient exactement aux signes que je viens d'énumérer, je ne retiendrai que ce qui touche à l'aorte abdominale pour en démontrer les lésions. *Celles-ci sont, en effet, indiscutables.* Elles portent tout à la fois sur l'endartère et sur la tunique externe. L'endartère paraît soulevée par une longue plaque saillante, d'aspect rosé et gélatineux. De nombreuses coupes pratiquées par M. Cade, chef de clinique médicale, et colorées soit avec

(1) Le 10 janvier 1902 j'ai attiré sur ces faits l'attention de la Société médicale des hôpitaux de Lyon.

l'hématéine-éosine, soit avec l'orcéine, prouvent que cette tunique interne a subi, sur une très grande surface, une sorte de transformation fibreuse et, dans certains points, un processus régressif se manifestant par l'existence de larges espaces clairs contenant des débris granuleux; la tunique externe de l'artère contient beaucoup de vaisseaux dilatés et remplis de globules; en bien des endroits, autour de ces vaisseaux existe une bande nette d'infiltration inflammatoire (1).

On ne saurait donc nier que, dans le cas présent, il se soit fait une poussée inflammatoire subaiguë du côté de l'aorte abdominale, qui a été diagnostiquée pendant la vie et vérifiée à l'autopsie.

Notre troisième malade est encore une femme, âgée de vingt-six ans, domestique, irrégulièrement réglée et présentant parfois quelques pertes blanches, sans autre altération préalable grave de la santé. A la fin de février 1900, elle entre dans notre service des Quatrièmes-Femmes pour des fatigues générales remontant à une dizaine de jours et paraissant avoir coïncidé, dès le début, avec un ensemble de symptômes ressemblant à de la grippe. Parmi ces symptômes, et dès la première heure, domine une douleur violente au creux épigastrique, qui ne tarda pas à s'étendre latéralement aux deux côtés de l'abdomen; toutefois cette douleur ne s'accompagnait pas de météorisme ni de vomissement. A l'entrée, l'état général semble sensiblement meilleur; il n'y a presque pas de fièvre, pas d'accablement exagéré, mais la langue reste saburrale et la malade accuse toujours une rachialgie intense. Seul l'état de l'abdomen attire fortement l'attention. Le ventre est plutôt plat, le grand droit du côté gauche est fortement contracté (en état de *contracture vigilante*), et c'est à grand'peine que l'on peut faire la palpation profonde. L'aorte est extrêmement sensible, comme tendue, bien que notablement déviée à gauche. Elle présente des battements expansifs, et la douleur irradie nettement le long des deux iliaques. Une névralgie diaphragmatique très vive complique ces phénomènes, et le phrénique correspondant est sensible sur toute la longueur de son trajet. A deux ou trois reprises, une crise de vomissements éclate au moment des paroxysmes douloureux.

Une application de sangsues au creux épigastrique amène une grande détente, et des onctions belladonées achèvent de déterminer l'accalmie; la douleur cesse pour se réveiller seulement à l'occasion de la menstruation suivante qui se produit le 4 avril, s'accompagnant de ballonnement du ventre, de dysurie et de quelques vomissements. Peu de jours après, la malade entre en convalescence et peut réclamer son exeat.

Comme dans les cas précédents, il a été facile chez cette femme d'enregistrer les battements de l'aorte abdominale; mais tandis que dans nos deux premières observations ces tracés ne faisaient que reproduire le type général du diagramme répondant à la cardiopathie préexistante — maladie de Corrigan dans le premier fait, athéromasie vasculaire dans le second —, ici on y constate cette particularité intéressante de pulsations bigéminées consécutives aux périodes inspiratoires (*fig. 3*), preuve très vraisemblable des changements de pression produits dans le vaisseau à chaque contraction du diaphragme, sorte d'arythmie toute spéciale qui disparaissait dans la période d'apnée.

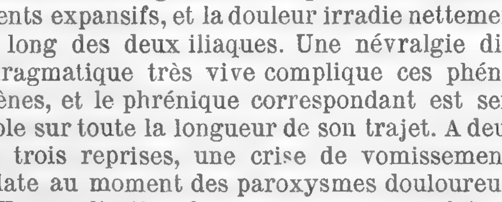


Fig. 3.

Tracés de l'aorte abdominale, recueillis le premier pendant une inspiration forte, le second durant une période d'apnée.

Telles sont, succinctement résumées, les trois observations qu'il nous a été donné de recueillir en quelques mois : si insuffisantes qu'elles puissent paraître en certains points, elles semblent pleines d'intérêt en ce sens qu'elles attestent sans contredit la fréquence tout au moins relative des déterminations morbides sur la partie sous-diaphragmatique de l'aorte et qu'ensuite elles peuvent servir à compléter l'histoire clinique d'un syndrome encore insuffisamment vulgarisé.

Et d'abord, en ce qui concerne l'*étiologie*, elles permettent d'en élargir quelque peu le cadre.

Potain divisait les observations d'aortite abdominale en deux catégories, suivant qu'elles étaient primitives ou propagées.

Les aortites *primitives* sont exceptionnelles. Le refroidissement paraît pourtant pouvoir agir directement sur l'aorte abdominale, comme dans le cas célèbre de cet infirmier de la Charité, qui contracta, sous l'œil même de Potain, une poussée d'aortite abdominale, pour être resté trop longtemps à laver de grands vitrages, l'abdomen exposé à un courant d'air frais, contre un vasistas ouvert.

L'aortite est le plus souvent *propagée*, c'est-à-dire consécutive à l'extension d'une poussée inflammatoire portant sur une partie supérieure du vaisseau, ainsi que cela s'est très certainement produit dans notre seconde observation, et comme nous l'avons constaté d'autre part chez plusieurs de nos malades de la ville; en pareil cas, l'épithète d'*extensive* serait peut être plus justifiée, la dénomination d'*aortite par propagation* nous semblant devoir être réservée aux cas où l'aortite abdominale est nettement consécutive à l'inflammation d'un organe voisin (rein, vésicule biliaire, intestin surtout).

Le cas de notre premier malade rentre assurément dans le cadre des « aortites par extension » — puisqu'une poussée d'aortite thoracique avait précédé de quelques mois au moins la poussée d'aortite abdominale, que nous avons vue alterner plus tard avec des fluxions rhumatismales sur les articulations tibio-tarsiennes —, bien qu'il ne soit pas illogique de discuter à son sujet l'hypothèse d'une localisation primitive de l'infection rhumatismale sur le segment sous-diaphragmatique de l'aorte.

En tout cas, dans notre troisième observation, l'action directe de l'infection, c'est-à-dire de la grippe, sur le développement d'une aortite abdominale primitive, ne semble pouvoir être mise en doute.

L'infection tuberculeuse paraît aussi — dans bien des cas — pouvoir être légitimement incriminée, et je possède dans les fiches concernant ma pratique privée quelques observations de ce genre tout à fait démonstratives et dont l'histoire clinique est en quelque sorte mathématiquement superposable à celle de la jeune femme qui fait l'objet de la leçon de Potain, observations où les signes de l'aortite abdominale au grand complet, tels que nous allons avoir à les décrire, sont survenus consécutivement à un surmenage exagéré (marche forcée ou usage excessif de la machine à coudre), et cela sur un terrain tout à fait caractéristique, c'est-à-dire chez des malades présentant, avec de l'amaigrissement progressif, de l'hypotension vasculaire avec albuminurie intermittente, de la tendance à la sténose mitrale avec submatité d'un sommet, etc.

Au même titre, il est possible que la dothiénentérie, la syphilis, l'infection paludéenne ou le saturnisme puissent entrer en ligne de compte comme facteurs essentiels, susceptibles de provoquer le développement d'une aortite abdominale primitive; mais pour notre propre compte nous n'avons pu encore en relever d'exemples bien précis.

L'aortite abdominale est le plus souvent *propagée*, non point dans le sens un peu exclusif admis par Potain — c'est-à-dire par extension d'un processus antérieur localisé au segment supérieur du vaisseau —, mais par propagation directe d'une inflammation de voisinage : péricholécystite, périnéphrite et surtout entérocolite.

S'il arrive fréquemment, en effet, que l'aortite abdominale s'accompagne de troubles intestinaux susceptibles de revêtir une certaine gravité (diarrhée séreuse, glaires sanguinolentes, voire même véritable hémorrhagie intestinale) — notre premier malade avait eu des coliques violentes et une véritable diacrise intestinale comme conséquence directe de son inflammation aortique —, l'inverse peut aussi s'observer, et les inflammations répétées du gros intestin sont capables, à la longue, de retentir sur l'aorte abdominale, soit par voie réflexe, pour entraîner des troubles fonctionnels ayant une signification et une symptomatologie toutes particulières, soit directement, en y déterminant un mouvement fluxionnaire, tantôt sur l'enveloppe du vaisseau, tantôt immédiatement sur l'endartère, cela surtout si une diathèse préexistante (arthritisme, tuberculose, syphilis) a favorisé cette manifestation (1).

J'ai hâte, après les notions étiologiques, d'aborder la *symptomatologie* de l'aortite abdominale, dont la séméiologie ne saurait être trop minutieusement fouillée, tant à cause de la délicatesse de certains signes révélateurs, qu'au point de vue des problèmes difficiles de diagnostic, susceptibles d'être soulevés à son propos.

Les symptômes cardinaux de l'aortite abdominale ont été tracés de main de maître par Potain. Passant donc sous silence la plupart des signes subjectifs dont la présence et l'explication paraîtront absolument naturelles : douleurs épigastriques, rachialgie, douleurs irradiées dans les deux flancs — phénomènes qui s'accompagnent parfois de troubles réflexes d'intensité variable, tels que palpitations plus ou moins marquées et tendances lipothymiques, lesquels ne relèvent pas uniquement de la symptomatologie de l'aortite abdominale et peuvent s'observer aussi dans la plupart des affections de l'abdomen —, nous insisterons presque exclusivement sur les signes objectifs susceptibles de trahir l'irritation de l'aorte dans l'abdomen, et ces symptômes sont au nombre de trois principaux : la *douleur provoquée* au niveau de l'aorte et des artères iliaques, la *déviation du vaisseau* et sa *mobilité*.

La douleur peut être extrêmement vive, en tous cas facilement différenciée d'avec l'hyperesthésie de la paroi et la sensibilité épigastrique qui accompagnent les affections douloureuses de l'estomac ou de l'intestin. Elle *est essentiellement localisée à la paroi vasculaire*, et peut se poursuivre, comme nous l'avons déjà dit, le long des iliaques, souvent jusqu'à la racine des membres, ce qui est extrêmement important. Elle peut être assez intense pour empêcher toute exploration ultérieure de l'artère, mais lorsque celle-ci est saisissable entre deux doigts, il est facile de se convaincre qu'elle paraît augmentée de volume, qu'elle est plus large et que, du fait de la perte de son élasticité, elle est devenue plus expansive. L'aorte, en même temps, se dévie, ce qui est encore la conséquence directe, comme l'a montré Potain, de cette perte d'élasticité : sous l'influence d'une distension plus facile, et consécutivement d'une difficulté plus grande à revenir à son volume primitif, le vaisseau s'allonge; mais bloqué à ses deux extrémités et dans l'impossibilité de s'étendre dans le sens rectiligne, il s'incurve, devient sinueux, forme le plus souvent un arc de cercle

(1) On trouvera dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon* (janvier 1902) une planche représentant très clairement ces différentes lésions.

(1) J'ai attiré, dernièrement, l'attention de la Société médicale des hôpitaux de Lyon sur les complications artérielles de l'entérocolite dont la fréquence, d'après mes observations, s'élèverait à une moyenne de 26 %

à concavité tournée vers la colonne vertébrale, et va d'ordinaire se loger dans la fosse iliaque gauche.

En même temps qu'elle se dévie, l'aorte devient plus mobile, du fait du relâchement de ses moyens de fixité et du tissu cellulaire ambiant, double condition très favorable à son déplacement, soit à gauche de préférence, soit à droite plus rarement, soit successivement de droite à gauche et de gauche à droite — comme j'ai eu l'occasion de l'observer —, conformément, d'ailleurs, à cette loi très précise formulée par Potain «que l'aorte abdominale ne se libère de ses attaches qu'après s'être préalablement dilatée et enflammée». Tels sont les faits essentiels d'où le clinicien, en général, est autorisé à conclure à l'existence d'une poussée d'aortite abdominale.

Il n'est pas sans intérêt, toutefois, de signaler comme corollaire quelques-uns des symptômes accessoires gravitant autour de ces signes capitaux.

C'est d'abord le caractère des battements artériels qui peuvent être observés à l'épigastre; le plus souvent ils sont peu modifiés par la respiration; cependant, ainsi que dans notre troisième observation, chaque abaissement du diaphragme peut entraîner dans l'aorte sous-jacente des modifications susceptibles de transformer profondément les caractères de l'impulsion aortique. Ailleurs, comme dans un fait relaté par Potain, la pulsation aortique s'accompagne de battements réflexes exclusivement localisés à la paroi musculaire de l'abdomen.

Les signes stéthoscopiques perçus au niveau de ces battements présentent quelque variabilité; fréquemment une pression moyenne exercée avec le stéthoscope ne laisse percevoir aucun bruit anormal, mais généralement on constate un souffle systolique très appréciable; dans des cas moins nombreux, on entend un double souffle systolique et diastolique qui, alors, se perçoit aussi au niveau des deux artères iliaques. Ce souffle était très intense chez notre troisième malade. Je le retrouve aussi assez souvent indiqué dans mes notes personnelles. En règle générale, le bruit cesse au niveau des artères crurales, à moins, toutefois, qu'il n'existe, comme dans notre deuxième observation, une insuffisance aortique concomitante.

A noter encore, parmi les phénomènes accessoires de moindre importance, mais pouvant dans les cas difficiles servir à orienter le diagnostic, la fréquence des attitudes vicieuses (impossibilité de rester au lit dans les positions physiologiques, attitude en chien de fusil ou autre attitude bizarre), que Guéneau de Mussy considérait comme une indication de dilatation anévrysmale possible de l'aorte au voisinage du diaphragme; *la contracture vigilante du grand droit de l'abdomen*, allant parfois, quand elle est très accusée, jusqu'à donner la sensation d'une sorte de tumeur au niveau du creux épigastrique; la fréquence des troubles de l'estomac et des vomissements, ce qui ne saurait surprendre après tout ce que nous savons des gastralgies symptomatiques des lésions orificielles de l'aorte; enfin, la névralgie diaphragmatique, ainsi qu'elle a été notée dans notre troisième cas, avec l'ensemble de ses symptômes habituels (bouton de Guéneau de Mussy, point douloureux du scalène, douleur à la pression le long du phrénique).

Je mentionnerai encore, et d'une façon toute particulière, certains troubles de la circulation abdominale susceptibles d'entraîner des modifications de la température et exclusivement localisés au niveau de l'abdomen. Bien des fois, en effet, il m'a été donné de constater, chez des malades affectés d'aortite abdominale ou atteints d'entérocolite en voie de retentissement sur la circulation aortique dans l'abdomen, des augmentations assez accentuées de la température rectale, variant de 12 à 15 dixièmes de degré, et cela à raison du moindre exercice, ou tout simplement du fait de l'acte digestif, alors que la température buccale ou axillaire ne suivait pas des oscillations parallèles. Ces faits, d'ailleurs, ont été signalés déjà dans la thèse de notre élève M. Rehm.

Lorsque les trois symptômes essentiels, et que l'on peut dire révélateurs, de l'aortite abdominale se trouvent réunis — et à plus forte raison quand viennent se grouper autour d'eux la plupart des signes accessoires que nous venons d'énumérer —, l'embarras n'est plus possible et le diagnostic s'impose, surtout si l'aorte a été primitivement touchée dans un de ses segments supérieurs, comme nous avons pu l'observer chez nos deux premiers malades. Mais les choses ne vont pas toujours aussi simplement; en ce qui concerne notre troisième cas, par exemple, l'interne du service a songé tout d'abord à une localisation sur les annexes de l'utérus; dans notre second fait, la confusion eût été facile avec des crises d'origine urémique; chez une de mes malades de la ville, on a pensé successivement à une colique néphrétique, puis à une colique hépatique, lors des deux premières poussées de péri-aortite abdominale. Toutefois, dans ces différentes éventualités, il suffit d'être prévenu et de songer à une détermination possible sur l'aorte dans l'abdomen, et d'analyser minutieusement les symptômes, pour arriver à leur attribuer leur signification véritable.

Mais il n'en est plus de même dans ces cas délicats, surtout chez la femme, où, avec des manifestations de neurasthénie grave s'accompagnant d'entérocolite rebelle, le ventre étant fortement relâché et l'amaigrissement favorisant l'exploration profonde, on trouve, au niveau de l'aorte facilement abordable, des signes d'hyperesthésie extrême, des battements fortement expansifs, associés parfois à un double souffle et souvent — du fait de l'entérocolite — à des crises entéralgiques horriblement douloureuses, provoquant de la rachialgie insupportable, de l'état lipothymique, du vertige, quelquefois des vomissements et entraînant presque toujours une asthénie profonde. Alors, la palpation de l'aorte peut être extrêmement difficile; il n'est pas aisé de s'assurer des caractères de son déplacement et du degré de sa mobilité; la pression du stéthoscope n'est plus supportée : l'embarras devient très grand, on se trouve dans l'obligation de réserver son diagnostic et l'on renonce à se prononcer sur l'existence de simples phénomènes d'*aortisme* ou de lésions artérielles vraies.

C'est dans ces conditions que le *signe de la pédieuse* nous a rendu grand service. En effet, depuis que je cherche à m'éclairer sur la valeur réelle de ce signe (1) je suis arrivé à cette conclusion que l'hypertension relative de la pédieuse, par rapport au degré de la pression constatée dans l'artère radiale, a une valeur de premier ordre en ce sens qu'elle révèle, presque à coup sûr, un état irritatif des vaisseaux artériels sous-diaphragmatiques. Quand, au contraire, les signes d'éréthisme vasculaire dans l'abdomen coïncident avec l'hypotension de la pédieuse, alors même qu'ils atteignent un degré assez intense pour donner la sensation d'une véritable dilatation anévrysmale du trépied cœliaque ou de l'aorte, on est autorisé à admettre que les accidents de la circulation abdominale sont d'ordre purement réflexe, ou relèvent simplement d'un état d'asthénie névropathique. Les nombreuses observations que j'ai pu recueillir ne laissent plus de doute dans mon esprit et me permettent d'attribuer dans l'espèce, à ces modifications de la pression périphérique, une signification quasi pathognomonique. Il est vrai que la plupart du temps, avec le signe de la pédieuse, j'ai vu coïncider les trois symptômes capitaux de l'aortite abdominale, surtout le déplacement et la mobilité; mais il faut bien avouer que, comme je vous le faisais remarquer tantôt, l'exploration méthodique et suffisante de l'aorte dans l'abdomen n'est pas toujours commodément réalisable, que l'extrême sensibilité du vaisseau ou de la paroi empêche d'en apprécier l'expansivité et la mobilité; il est donc extrêmement utile au praticien d'avoir à son service un symptôme capable de trancher ses hésitations.

(1) J'ai indiqué l'importance de ce signe au Congrès français de médecine de Toulouse (*Semaine Médicale*, 1902, p. 128).

Il y a d'ailleurs, dans ce signe en apparence secondaire, quelque chose qui satisfait l'esprit, car il répond aussi bien aux enseignements généraux de la clinique qu'aux données de l'expérimentation. Ne savons-nous pas que la plupart des irritations du bulbe ou de la crosse aortiques entraînent des troubles marqués de la vasomotricité de la face et des membres, et provoquent le plus habituellement, lors des poussées aiguës ou subaiguës, une augmentation de la pression vasculaire? M. François-Franck, de son côté, a démontré que les lésions traumatiques de l'origine de l'aorte étaient susceptibles de déterminer, chez les animaux, des troubles profonds de la pression périphérique, y compris le dicrotisme récurrent, cause reconnue du double souffle crural. Il était logique, donc, de penser qu'une irritation aiguë ou subaiguë, portant sur la portion sous-diaphragmatique de l'aorte, aurait le même retentissement marqué sur la circulation des extrémités inférieures et y produirait de l'hypertension vasculaire : l'événement a amplement confirmé ces prévisions, et constamment nous avons trouvé chez nos malades une augmentation de la pression pédieuse variant de 2 à 4 centimètres de mercure, alors que physiologiquement cette pression est inférieure en moyenne de 20 millimètres (Potain, von Volkmann) à la pression radiale.

On comprendra donc aisément l'intérêt qui s'attache à la constatation rigoureuse et plusieurs fois répétée de ce signe clinique — facile à apprécier d'ailleurs avec un peu d'attention et d'habitude —, puisqu'il pèsera d'un grand poids dans le diagnostic différentiel des accidents nerveux simples d'aortisme abdominal, comportant assurément un pronostic moins sévère et impliquant une thérapeutique spéciale, d'avec les accidents d'aortite abdominale vraie, conséquence d'altérations anatomiques appréciables qui commandent un traitement tout différent et imposent surtout un pronostic plus réservé, eu égard aux complications susceptibles de se produire et à l'évolution même des accidents.

Et, en effet, outre les complications banales qui relèvent de l'aortite abdominale — réflexes multiples dyspnéiques ou cardiaques, troubles gastriques et surtout crises intestinales symptomatiques —, on peut observer une série d'accidents intercurrents plus graves : l'hémorrhagie intestinale, qui n'est pas très rare, la néphrite, dont nous avons pu rencontrer quelques exemples, et qui très vraisemblablement doit résulter en pareil cas de la propagation aux artères rénales du processus irritatif aortique ou être la conséquence de véritables infarctus, comme je crois en avoir observé un fait, enfin la rupture de l'aorte, qui peut terminer brusquement l'évolution de la scène morbide.

Malgré tout, cependant, et considéré d'une façon générale, le pronostic de l'aortite abdominale est moins grave qu'on ne serait disposé à le croire tout d'abord, car la résolution des poussées inflammatoires est la règle, au début tout au moins. C'était l'opinion de Potain. Dans 2 des observations que je vous ai relatées, l'issue a été favorable. Ici encore, le signe de la pédieuse peut nous renseigner utilement, car nous avons vu la pression de ce vaisseau s'atténuer progressivement avec l'amélioration des symptômes et même quelquefois annoncer la détente.

Mais, pour arriver à cet heureux résultat, il est nécessaire de recourir à une thérapeutique appropriée.

Le traitement comprendra, en première ligne, le repos au lit, qui doit être aussi complet que possible, de façon à immobiliser l'artère et à éviter ses déplacements; deuxièmement, une alimentation très douce, pour écarter les troubles digestifs susceptibles de provoquer par voie réflexe l'éréthisme de la circulation abdominale et des battements du tronc cœliaque; le régime lacté — quand il est toléré — remplit souvent très bien cette indication.

La révulsion paraît indispensable : elle variera suivant le degré et surtout selon l'acuité du processus. Dans les poussées très aiguës, les applications de sangsues nous ont semblé très utiles. Dans les poussées subaiguës, la vésication ou simplement le cataplasme sinapisé peuvent suffire. Si l'affection tend à la chronicité, de petits vésicatoires répétés ou les pointes de feu devront être employés.

Il faudra s'attacher en même temps à diminuer la réflectivité abdominale et calmer l'hyperesthésie de la paroi; dans ce but, nous conseillons les applications de pommade belladonée ou d'emplâtre de ciguë, de compresses calmantes, les lavements d'eau chaude et surtout — suivant l'ancienne pratique de Potain — les lavements au bromure d'ammonium, qui nous paraissent un excellent moyen de calmer les réflexes circulatoires ayant leur point de départ dans les irritations de l'intestin.

Il y aura lieu aussi de songer à la médication interne résolutive; les préparations d'iode et de tannin rempliront cet office. Les mercuriaux pourront, en quelques cas, être utilisés avec avantage, soit à l'intérieur, sous forme de petites doses de calomel répétées plusieurs jours consécutifs (0 gr. 01 ou 0 gr. 02 centigr. chaque matin) ou bien encore en applications externes sous forme d'onguent napolitain ou d'emplâtre de Vigo.

A ces moyens généraux, il importe de joindre, suivant les cas, les agents spéciaux ou les médicaments propres à combattre les symptômes réflexes et les complications susceptibles de se produire pendant l'évolution de la maladie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1902.

Traitement de l'appendicite.

M. Poirier. — Depuis deux accidents que j'ai observés, j'ai pris l'habitude de faire opérer d'urgence par mes internes tous les cas d'appendicite qui entrent dans mon service, pour que l'intervention soit effectuée suivant ma pratique ordinaire; en effet, dans ces deux cas malheureux, l'opération, faite par le chirurgien de garde, n'avait pas été assez large et le drainage était insuffisant. J'estime qu'il faut toujours enlever l'appendice, sans craindre d'infecter le péritoine par le pus des abcès périappendiculaires, car je n'ai jamais eu la preuve que cette crainte d'infection fût justifiée. J'insiste sur la nécessité d'un large drainage, à l'aide de gros drains convenablement disposés.

M. Ricard. — Si l'on intervient dès la première heure dans tous les cas légers, qui se traduisent simplement par un peu d'élévation de la température et par une douleur au niveau du point de McBurney, je crois qu'on risque fort d'opérer des malades qui ne sont pas atteints d'appendicite. Quant aux cas très graves, nous sommes tous d'accord sur l'urgence de l'intervention. C'est au sujet des cas moyens que nous ne nous entendons pas. Pour ma part, je n'opère qu'exceptionnellement la forme à plastron, qui correspond à l'ancienne pérityphlite et qui a une tendance manifeste à se terminer par la résolution. Dans les cas aigus sans plastron, où l'infection paraît bien limitée, j'institue le traitement médical et j'attends; si les phénomènes s'aggravent, j'opère sans retard. Enfin, pour les abcès, nous admettons tous la nécessité d'une intervention précoce.

M. Walther. — Depuis le 1er janvier 1900 jusqu'au 15 novembre 1902, j'ai pratiqué 203 opérations pour appendicite, dont 23 à chaud avec 8 morts, et 180 à froid, sans un seul décès. Au point de vue des indications opératoires, je partage entièrement les idées que M. Ricard vient d'exposer.

M. Richelot. — Toutes les fois que l'on a affaire à une appendicite aiguë, avec douleur vive et fièvre persistante, il faut opérer dans les quarante-huit premières heures, quelle que soit la bénignité apparente des accidents. Au delà des deux premiers jours, il faut surtout s'en rapporter aux symptômes généraux, au point de vue de l'indication opératoire, et bien se garder de confondre avec la rémission franche ce qu'on appelle l'accalmie traîtresse; celle-ci ne doit pas tromper les cliniciens, car on peut toujours constater la continuation des phénomènes graves décelant l'infection.

Périnéorrhaphie avec réunion des releveurs de l'anus.

M. Delbet. — Dans le procédé de périnéorrhaphie que j'emploie depuis plusieurs années, après avoir dédoublé la cloison recto-vaginale jusqu'au niveau du col utérin, je dissèque soigneusement les releveurs de l'anus, et je les rapproche l'un de l'autre au moyen de fils perdus; je me sers souvent pour cela de fils d'argent, dont la présence dans la cloison recto-vaginale peut cependant présenter quelques inconvénients; les deux muscles ainsi rapprochés se tendent entre le vagin et le rectum, et donnent un périnée extrêmement solide. J'utilise d'ailleurs cette technique aussi bien pour les ruptures complètes que pour les déchirures incomplètes.

M. Ricard. — Je pensais que tout le monde employait couramment le procédé qui vient d'être décrit par M. Delbet; pour ma part, je fais la périnéorrhaphie, depuis de longues années, exactement comme notre collègue.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 novembre 1902.

Lymphocytose rachidienne dans le zona.

M. Chauffard relate 3 cas de zona accompagné de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien; un de ces malades était atteint d'un zona ophtalmique du côté droit et les deux autres d'un zona thoraco-brachial du même côté. La ponction du rachis permit de reconnaître une lymphocytose très abondante chez ces 3 patients, dont un était cependant débarrassé de son éruption (zona thoraco-brachial) depuis plus de six mois; à la vérité, dans ce dernier fait, les lymphocytes étaient beaucoup moins nombreux que chez les 2 autres malades, non encore guéris. D'autre part, rien dans l'état du sang ne pouvait fournir l'explication de cette lymphocytose; on est donc en droit de la considérer comme une expression de la réaction des méninges, déterminée par l'imprégnation toxi-infectieuse de tout le névraxe.

Dans ces conditions, on peut aussi se demander si les douleurs parfois atroces qui accompagnent certains zonas et survivent à la disparition de l'éruption ne sont pas sous la dépendance d'une adultération également persistante du liquide céphalo-rachidien.

M. Achard dit avoir observé un malade atteint de zona, chez lequel la bénignité de l'affection a été en rapport avec une lymphocytose très légère du liquide céphalo-rachidien; il semble donc, comme vient de le dire M. Chauffard, qu'il y ait une sorte de parallélisme entre cette lymphocytose et les phénomènes subjectifs du zona.

M. Lamy fait remarquer que les communications qui existent entre l'espace sous-arachnoïdien et les gaînes intrafasciculaires des nerfs peuvent rendre compte de la lymphocytose que l'on observe dans certains cas de zona, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une inflammation des méninges.

M. Widal dit que l'absence bien constatée d'une lymphocytose rachidienne dans plusieurs cas de polynévrite et de psychose polynévritique plaide contre l'hypothèse de M. Lamy, et constitue un nouvel argument en faveur de la théorie qui rattache cette lymphocytose à une irritation des méninges.

M. Dufour fait observer que l'argumentation de M. Widal perdrait toute sa valeur s'il était démontré, comme le croit M. Lamy, qu'une inflammation des nerfs périphériques puisse retentir sur la composition du liquide céphalo-rachidien, attendu que, dans les cas auxquels vient de faire allusion M. Widal, on s'est précisément appuyé sur l'absence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien pour rejeter l'idée d'une affection du système nerveux central, et admettre l'existence d'une lésion nerveuse périphérique.

Ictère chronique acholurique congénital.

M. Widal montre, en son nom et au nom de M. Ravaut, un homme de vingt-neuf ans qui offre depuis sa naissance une teinte subictérique de la peau, des muqueuses et des conjonctives. Les urines n'ont jamais présenté la réaction des pigments biliaires vrais, mais elles contiennent toujours de l'urobiline et du pigment rouge brun en plus ou moins grande quantité. Le sérum renferme constamment des pigments biliaires décelables par la réaction de Gmelin. Les matières n'ont jamais été décolorées. Les globules rouges et blancs sont normaux comme quantité et comme qualité, mais on a constaté une augmentation de la résistance des globules rouges; de plus, leur volume a été trouvé, par M. Vaquez, supérieur à la normale. Le suc gastrique est normal. Le foie et la rate, qui étaient légèrement augmentés de volume il y a quelques mois, ont actuellement des dimensions normales; l'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative; l'épreuve du bleu de méthylène montre une élimination parfaite, sauf trois légères intermittences tardives avec présence de chromogène. Le cœur est normal; le pouls a toujours été ralenti et bat entre 46 et 60. Comme trouble nerveux, l'on ne remarque qu'une abolition des réflexes rotuliens, plantaires, pharyngiens. La température rectale, prise pendant huit jours de suite, et à différents moments de la journée, n'a jamais dépassé 37°1; ajoutons que cet homme ne présente aucun signe de neurasthénie ni de mélancolie.

On peut se demander cependant, en présence de ce fait, si l'ictère remontant à l'enfance n'est pas l'indice d'une tare congénitale de la cellule hépatique, sorte de stigmate de dégénérescence amenant un excès de biligénie par diabète biliaire, comme le soutenaient déjà Hanot et Schachmann pour la cirrhose hypertrophique. La bile, déversée en excès dans ses canaux d'excrétion, finit peut-être par éveiller la susceptibilité des voies biliaires pour l'infection.

M. Vaquez dit que l'augmentation de diamètre des globules rouges, qu'il a constatée chez ce malade, est un phénomène constant dans les cas d'ictère chronique. Elle est due à la pénétration des pigments biliaires dans l'intérieur des globules qu'ils ne tardent pas à dissoudre; c'est peut-être à cette dissolution globulaire qu'il faut attribuer les accidents graves accompagnant certains ictères chroniques.

Paralysie faciale au cours de la syphilis secondaire.

M. Thibierge présente, en son nom et au nom de M. Ravaut, une jeune fille qui est atteinte, depuis cinq jours, d'une paralysie faciale du côté droit, offrant tous les caractères des paralysies périphériques, sans troubles de l'ouïe ni de l'odorat. Cette paralysie étant survenue quelques mois seulement après l'apparition d'un chancre manifestement syphilitique, et, d'autre part, la ponction lombaire ayant révélé l'existence d'une lymphocytose très abondante du liquide céphalo-rachidien, il y a tout lieu de penser que c'est à une irritation méningée de voisinage qu'il faut attribuer la lésion du nerf facial.

M. Widal. — On sait combien la lymphocytose méningée est fréquente au cours des manifestations nerveuses de la syphilis, dans l'hémiplégie syphilitique due à l'artérite, par exemple. Pour tenter une explication dans le cas de MM. Thibierge et Ravaut, il faut se rap-

peler que le nerf facial suit depuis son émergence bulbo-protubérantielle jusqu'à son entrée dans le conduit auditif un trajet spécial pendant lequel il se trouve en contact avec la méninge; cette membrane, avec le liquide céphalo-rachidien, l'accompagne même dans le canal osseux jusqu'à une profondeur de plusieurs millimètres. Est-ce le tronc du nerf enflammé qui irrite par contiguïté la méninge, ou est-ce la méninge irritée du fait de la syphilis qui réagit sur le nerf? La question ne pourra être résolue que par l'exploration méningée faite systématiquement chez des malades atteints de paralysie faciale, syphilitique ou non syphilitique.

Arthrites blennorrhagiques.

M. Vaquez communique les observations de deux sœurs atteintes en même temps de rhumatisme blennorrhagique à forme de mono-arthrite plastique ankylosante; la contamination a eu lieu par le même individu, chez qui la blennorrhagie s'est accompagnée de légères douleurs rhumatoïdes. On est ainsi amené à admettre que deux terrains sensiblement identiques réagissent de la même façon à l'égard d'un même germe pathogène, et aussi à conclure à la spécificité que peut acquérir le gonocoque dans certaines conditions, caractère signalé récemment par MM. Bezançon et Labbé pour d'autres microbes.

Les examens bactériologiques ont été pratiqués dans ces deux faits, ainsi que dans deux autres, à la suite de ponctions articulaires; ils n'ont été positifs que dans un cas d'arthrite purulente blennorrhagique. Mais au cours d'une arthrotomie pratiquée dans un fait où l'examen de la sérosité avait été négatif, la culture des fongosités synoviales a donné d'abondantes colonies de gonocoques. Cette particularité, déjà notée par Burci, montre que si le microbe meurt rapidement dans le liquide épanché, il reste longtemps cantonné, vivace et partant difficile à atteindre, dans les tissus articulaires.

Enfin, l'examen du sang pratiqué chez les quatre malades a montré l'absence de réaction leucocytaire au cours de réactions articulaires blennorrhagiques différentes (plastique, séreuse ou purulente).

M. Antony dit avoir observé un fait présentant avec les précédents beaucoup d'analogies; il s'agit, en effet, du mari et de la femme qui ont été atteints à peu près simultanément d'arthrites blennorrhagiques.

Phlébite au cours de la syphilis secondaire.

M. Campbell (d'Edimbourg) relate l'observation d'un homme qui, neuf mois après un chancre syphilitique, a été atteint d'abord d'une hémiplégie droite, puis, un peu plus tard, d'une phlébite subaiguë de la saphène interne avec récidive au bout de trois semaines.

M. Marie dit qu'il y a peut-être dans ce fait autre chose qu'une coïncidence: l'hémiplégie qu'on attribue généralement à une artérite syphilitique peut très bien être occasionnée par une phlébite cérébrale de même nature et, dans ces conditions, on est également autorisé à admettre l'origine syphilitique de la phlébite du membre inférieur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 8, 15 et 22 novembre 1902.

Sur l'état des réflexes dans le diabète, au point de vue du diagnostic différentiel du pseudo-tabes diabétique.

M. Pitres. — Il ressort de mes recherches que les réflexes cutanés (abdominaux, crémastériens et plantaires) sont, plus fréquemment encore que les réflexes rotuliens, abolis ou affaiblis chez les diabétiques. Le dépouillement de mes observations, au nombre de 32, démontre, en outre, que la disparition des réflexes tendineux et cutanés ne s'opère pas d'après un ordre de succession constant et identique chez tous les malades.

Contrairement à ce qui se passe pour les réflexes tendineux et cutanés, les réflexes pupillaires sont presque toujours intégralement conservés dans le cours du diabète; jamais je n'ai constaté le signe d'Argyll-Robertson. Je n'ai jamais non plus rencontré dans cette affection l'analgésie épigastrique profonde et l'analgésie testiculaire qui s'observent si communément dans le tabes.

Il résulte de ces diverses particularités que si l'état des réflexes cutanés et tendineux ne peut pas être utilisé en vue du diagnostic différentiel du tabes vrai et du pseudo-tabes diabétique, puisque l'abolition de ces réflexes existe également dans les deux cas, en revanche l'état des réflexes pupillaires et de la sensibilité profonde de l'épigastre et des testicules peut servir, dans les cas difficiles, à distinguer, l'une de l'autre, les deux affections sus-indiquées, le signe d'Argyll-Robertson et les analgésies épigastrique et testiculaire, qui sont des symptômes communs du tabes vrai, ne s'observant pas dans le diabète.

Le sang dans la paralysie générale.

MM. Klippel et **Lefas.** — L'examen du sang, pratiqué chez 22 malades atteints de paralysie générale en tenant compte de chacune des trois périodes de cette affection, nous a donné les résultats suivants:

Le taux des globules rouges reste normal ou légèrement surélevé pendant tout le cours de la maladie; les hématies ne présentent pas de déformation; les hématies nucléées sont surtout fréquentes à la première période de la maladie et aussi à la période de cachexie.

Il n'y a pas de leucocytose. L'étude de la formule leucocytaire ne montre pas d'éosinophilie; les polynucléaires sont augmentés au début de l'affection; ils descendent ensuite, à la période d'état, à la normale et même au-dessous. Dans tous les cas on observe de 1 à 4 % d'éléments basophiles. Les lymphocytes sont augmentés, rarement au début, presque toujours à la période d'état et à la période de cachexie. Les mononucléaires varient de 6 à 17 % aux diverses périodes.

Tout ce qui précède montre qu'au point de vue hématologique la paralysie générale se comporte comme une infection banale; il n'y a pas de leucocytose comme dans les infections aiguës, mais néanmoins la formule leucocytaire reste celle d'une maladie microbienne, lente et chronique.

Sur la présence de granulations oxyneutrophiles dans les cellules nerveuses.

M. Marinesco. — J'ai soumis à un examen minutieux les cellules du système nerveux central et périphérique en utilisant les méthodes de fixation et les colorants les plus variés, et j'ai toujours trouvé dans les cellules des ganglions spinaux (non pas dans toutes), dans celles des ganglions sympathiques, du *locus cœruleus* et du raphé qui existe au niveau de ce dernier, enfin dans certaines cellules du *locus niger*, des granulations variables de forme et de volume suivant l'âge du sujet, mais ayant ce caractère commun de se colorer toujours par les couleurs acides et par les mélanges neutres d'Ehrlich et de Biondi.

Au point de vue de l'âge, je peux dire que ces granulations existent à partir de l'âge d'un an jusqu'à l'extrême vieillesse (cent dix-sept ans pour un de mes cas). Dans les cellules des ganglions spinaux chez l'enfant, elles sont fines, inégales de volume, colorées en violet rouge par le procédé de Romanowski, en violet par le triacide d'Ehrlich. Chez l'adulte, elles augmentent de volume et de nombre, atteignent parfois des proportions considérables et peuvent occuper une grande partie de la cellule. La méthode de Romanowski les colore en rouge rubis.

Les granulations des cellules du *locus cœruleus* et du raphé médian offrent l'aspect de masses compactes situées dans les régions libres de substance chromatophile; quelquefois les granulations colorables sont mêlées aux granulations de pigment noir. On peut faire la même remarque pour les cellules du *locus niger* et celles des ganglions sympathiques. Dans cette dernière région, on voit parfois que les granulations colorables existent non seulement dans le corps cellulaire, mais également à la base des prolongements sur le trajet desquels on peut les suivre sur une certaine distance. Je remarque, en outre, que si ces granulations sont colorées par les couleurs acides et les mélanges dits neutres, elles se laissent également influencer par une solution aqueuse de dahlia employée avant ou après le mélange de Romanowski; elles prennent alors une coloration rouge violet, violet rouge ou même violette.

Effets de l'inoculation aux singes de produits varioliques.

MM. Roger et **Weil.** — Après avoir expérimenté sur des animaux, tels que le lapin, qui succombent à l'infection variolique d'après des modalités différentes de celles de l'homme, nous avons eu recours aux singes macaques et aux makis. Ces animaux, inoculés par scarifications cutanées avec du pus ou du sang varioliques, présentèrent des pustules uniquement locales, puis des croûtes persistant une quinzaine de jours. Les singes auxquels on inocula du pus ou du sang varioliques dans le tissu cellulaire sous-cutané n'eurent pas d'éruption. Aucun de ces animaux n'offrit de troubles de la santé générale; un seul succomba d'infection streptococcique intense, cinq jours après avoir reçu 5 c.c. de sang infecté, provenant d'une variole hémorrhagique.

Nos singes furent inoculés de vaccine, trois semaines plus tard, par scarifications. Chez tous, la réceptivité à la vaccine fut trouvée diminuée, mais, cependant, les scarifications se couvrirent de croûtes persistantes, à défaut de pustules. L'immunité se montra le plus forte, et parfois complète, chez les singes inoculés avec du sang de variole hémorrhagique.

Enfin, 2 singes inoculés avec du sang de lapin variolisé, pris au quatrième jour, ont acquis, l'un une immunité faible, malgré la réaction leucocytaire spéciale provoquée par cette inoculation, l'autre une immunité presque absolue. Un troisième singe, inoculé avec 9 c.c. de sang de lapin, succomba en deux jours, avec une température centrale de 19° et une intense réaction myéloïde et normoblastogène sanguine. Son sang était pur d'infection secondaire, et injecté à deux autres singes, il immunisa l'un de ces animaux à la dose de 3 c.c. 5, tandis que 1 c.c. 5 se montrait inefficace. Le sang de lapin inoculé de variole agit donc comme celui de l'homme atteint de variole hémorrhagique.

Toutes ces expériences tendent à démontrer, outre l'inoculabilité de la variole au lapin, qu'il est difficile, contrairement à l'opinion admise, d'immuniser les singes contre la vaccine par l'inoculation de produits varioliques.

Sur le mécanisme de production des souffles extracardiaques de l'homme.

M. François-Franck. — On sait que Potain a établi que le maximum de dépression systolique ventriculaire du cœur s'opère en deux points situés l'un au-dessus de la pointe (région susapexienne gauche), l'autre au-dessous de l'infundibulum de l'artère pulmonaire (région sous-infundibulaire). On sait également que c'est au niveau de ces deux zones que se produisent, avec la plus grande fréquence, les souffles extracardiaques résultant du rappel brusque de l'air contenu dans la lame de poumon qui recouvre partiellement le cœur.

La chronophotographie m'a permis de vérifier l'exactitude des faits précédents. J'ai recueilli les chronophotogrammes du cœur mis à nu et portant à sa surface des repères fixés sur la pointe du ventricule gauche, au-dessus d'elle, à la base de l'artère pulmonaire, à la partie moyenne du ventricule droit, etc. Les points au niveau desquels les instantanés du cœur montrent la dépression maxima sont bien ceux qu'a indiqués Potain, à savoir la région susapexienne gauche et la région sous-infundibulaire droite.

Séroréaction dans l'infection pyocyanique chez l'homme.

MM. Achard, Lœper et **Grenet.** — Pour avoir des dilutions de bacille pyocyanique aptes à subir l'agglutination, nous avons employé des cultures en bouillon ayant moins de vingt-quatre heures d'étuve et centrifugées.

L'agglutination a été obtenue à 1/40 dans un cas d'hémothorax traumatique, et à 1/100 dans deux autres faits (écrasement du bras et empyème opéré). Elle avait lieu non seulement pour le bacille provenant du malade lui-même, mais aussi pour d'autres échantillons.

Par contre, nous n'avons pas obtenu d'agglutination dans un cas de phlegmon goutteux de la main, ni dans 2 cas d'excoriations superficielles de jambes œdématiées. Dans ces faits négatifs, il y avait plutôt infection du pansement que du malade; d'ailleurs, le bacille a été isolé de l'eau du bocal où étaient contenues les compresses ayant dû servir aux pansements.

Pour que l'agglutination puisse être considérée comme positive, il faut qu'elle se produise avec des dilutions assez étendues, car le sérum des sujets indemnes d'infection pyocyanique agglutine quelquefois à $^1/_{10}$.

De l'action du suc hépatique contre le prurit et l'urticaire post-sérothérapique.

M. Cassaët (de Bordeaux). — MM. Gilbert et Lereboullet ont récemment émis l'opinion que la cholémie était la cause la plus importante des urticaires et du prurit; partant de cette conception, ils ont combattu ces accidents par l'administration de suc thyroïdien, qu'ils considèrent comme un antitoxique des poisons biliaires (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 255). Guidé par d'autres considérations, j'ai traité par le suc hépatique plusieurs sujets atteints de prurit ou d'urticaire consécutifs à des injections de sérum antidiphtérique. Les résultats que j'ai obtenus semblent prouver que, dans quelques cas tout au moins, l'urticaire et les efflorescences cutanées peuvent être rattachées non à un excès, mais à une insuffisance, des pigments ou des sels biliaires.

Présence du bacille de Koch dans l'urine des tuberculeux, en l'absence de lésion rénale spécifique.

MM. Fournier et **Beaufumé**. — On sait, depuis les recherches de MM. Benda, Weichselbaum, Philippovitch, Durand-Fardel, etc., que le bacille tuberculeux est susceptible, en dehors de toute lésion spécifique du rein, de passer à travers les tubes urinifères et d'être éliminé par l'urine.

Nous avons constaté, grâce à la centrifugation, que cette élimination est, pour le moins, très fréquente. En effet, chez 15 malades atteints de tuberculose de formes diverses, nous avons trouvé dans l'urine le bacille spécifique. Il s'agissait, soit de tuberculose ulcéreuse commune au moment d'une poussée aiguë, soit de phtisie galopante, soit de tuberculose aiguë granulique, soit enfin de tuberculose à prédominance séreuse, méningée ou pleurale. Dans plusieurs de ces faits, le diagnostic restait tout à fait obscur et ne fut éclairé que par la découverte dans les urines du bacille de Koch. Il en était ainsi, en particulier, dans 3 observations de tuberculose aiguë à forme granulique.

Dans tous ces cas, bien entendu — et le fait fut plusieurs fois constaté à l'autopsie —, on ne pouvait incriminer l'existence d'une lésion rénale spécifique; l'albuminurie existait chez la moitié des malades environ; elle était toujours minime.

Variations de l'uréogénie sous l'influence de la glycosurie alimentaire provoquée.

M. Gouraud. — Dans 20 cas de glycosurie alimentaire provoquée, nous avons recherché quelles variations cette épreuve pouvait apporter au taux de l'urée. Le dosage était fait la veille, le jour et le lendemain de l'ingestion de 150 grammes de glucose, l'alimentation restant constante pendant ces trois jours.

Il résulte de ces recherches que le taux de l'urée ne varie pas lorsque le foie est normal. Une diminution du chiffre de l'urée indique une insuffisance assez notable de la cellule hépatique; son augmentation paraît, au contraire, en rapport avec un état d'hyperfonctionnement de la glande hépatique.

Paralysies diphtériques expérimentales.

M. Babonneix. — On peut réaliser des monoplégies diphtériques non seulement par injection sous-cutanée, mais encore par injection directe de toxine dans un nerf, dans le sciatique en particulier. Dans tous les cas, l'injection dans le sciatique est suivie, au bout de quelques jours, de la paralysie de la patte correspondante. Quelquefois cette paralysie s'étend à d'autres régions, notamment au second membre postérieur. Les troubles paralytiques évoluent alors de la façon suivante : paralysie de la patte injectée, troubles sphinctériens, paralysie de l'autre patte.

Ces faits permettent de rapprocher la diphtérie de la rage et du tétanos, et conduisent à admettre, pour expliquer un certain nombre de cas de paralysie diphtérique, l'hypothèse d'une propagation ascendante de la toxine, du système nerveux périphérique vers le système nerveux central.

MM. Bernard et **Bigart** communiquent les résultats de leurs recherches sur les différents modes de réaction des capsules surrénales à certaines influences pathogènes expérimentales; ils en concluent qu'on peut dégager deux processus réactionnels, nettement différenciés par leurs caractères histologiques : l'un représente l'exaltation fonctionnelle de l'organe ou *hyper-épinéphrie*, l'autre la diminution de cette même activité ou *hypo-épinéphrie*.

M. G. Leven relate les résultats d'expériences instituées sur le chien et démontrant que les liquides séjournent dans l'estomac pendant un quart d'heure environ.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 5 et 12 novembre 1902.

Le sérum antistreptococcique contre la scarlatine.

M. A. Baginsky déclare que, à la suite de recherches bactériologiques lui ayant montré la présence constante, dans 696 cas de scarlatine, du streptocoque — associé le plus souvent, il est vrai, à divers autres microorganismes (staphylocoques, diplocoques, bacilles de Löffler, etc.) —, il a été amené à considérer comme légitime, dans cette affection, l'emploi de la sérothérapie antistreptococcique. Bien que les essais qu'il avait antérieurement faits avec le sérum de Marmorek ne lui eussent donné aucun résultat, l'orateur tenta une nouvelle expérience avec le sérum de M. Aronson (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 263). La proportion des décès ne fut que peu abaissée par cette médication (11 % au lieu de 14 %); mais les variations considérables que l'on observe dans la mortalité de la scarlatine ne permettent pas de tirer de ce fait argument pour ou contre l'efficacité de la sérothérapie.

M. Baginsky injectait 20 c.c. de sérum à la fois, et il répétait cette dose jusqu'à six fois. Les 4 premiers malades qu'il traita de la sorte, au mois de janvier, ne tirèrent aucun bénéfice du traitement, mais par la suite les résultats s'améliorèrent, quand M. Aronson put préparer un sérum plus actif et mieux dosé.

L'effet de la sérothérapie se manifeste particulièrement sur la température qui, dans les cas normaux, s'abaisserait au bout de trois ou quatre jours, au lieu de cinq ou six jours. L'orateur n'a jamais constaté l'euphorie subite que M. Escherich a notée après les injections du sérum de Moser (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 338 et Annexes, p. CLVIII).

M. Menzer fait observer que, si les résultats ont été plus favorables dans la seconde partie de l'expérience que dans la première, cela tient peut-être tout simplement à l'influence saisonnière. C'est ainsi que, pour sa part, il a remarqué que le rhumatisme articulaire est plus grave en hiver qu'en été.

Les anévrysmes artério-veineux d'origine traumatique.

M. von Bergmann fait une communication sur cette forme rare d'anévrysmes, qui reconnaissent presque toujours pour cause un traumatisme. Après avoir rappelé que le diagnostic de cette affection repose essentiellement sur les signes stéthoscopiques perçus à l'auscultation locale, ainsi que sur la constatation d'une ectasie des veines périphériques quand la lésion est ancienne, il examine le rôle, dans la production de cet accident, des projectiles modernes de petit calibre.

Ces projectiles déterminent des sections nettes des vaisseaux, portant obstacle à la formation du caillot et à l'hémostase spontanée; telles sont du moins les conclusions tirées des recherches expérimentales; toutefois, les faits observés au cours des dernières guerres, notamment à l'occasion de la guerre sud-africaine, ne sont pas complètement en harmonie avec ces résultats. C'est ainsi que Sir W. MacCormac a rarement constaté des hémorrhagies primitives; c'est que souvent l'agent vulnérant se creuse un canal anfractueux où la coagulation du sang se fait aisément, mais qui, par contre, prédispose aux anévrysmes artério-veineux; aussi le chirurgien anglais a-t-il eu l'occasion de voir 10 fois survenir cette complication, tandis que durant la guerre franco-allemande on n'observa en tout que 44 cas d'anévrysme, dont un seul artério-veineux.

En ce qui concerne le traitement, l'orateur donne la préférence à l'extirpation de la tumeur anévrysmale, qu'il a pu pratiquer 3 fois. Il présente comme exemple le général transvaalien Dewet, chez lequel il a procédé à l'ablation d'un anévrysme artério-veineux du volume d'un œuf de poule, siégeant au tiers inférieur de la cuisse.

Hernie diaphragmatique vraie.

M. von Hansemann montre les pièces provenant de l'autopsie d'une femme de soixante-six ans qui offrait une hernie diaphragmatique vraie, c'est-à-dire contenue dans un sac herniaire, et constituée par le fond de l'estomac, la rate et la plus grande partie de l'épiploon; le sac, tapissé dans sa partie supérieure par de l'épithélium pleural, dans sa partie inférieure par de l'épithélium péritonéal, était fortement adhérent au niveau de l'orifice herniaire — qui correspondait au centre tendineux de la moitié gauche du diaphragme —, et en ce point on constatait sur l'estomac une vaste ulcération. Il s'agissait là d'une anomalie congénitale, les hernies diaphragmatiques acquises étant toujours dépourvues de sac.

Sur la dystopie congénitale du rein.

M. Müllerheim fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé que la dystopie du rein se distingue d'avec la néphroptose en ce que l'organe déplacé y est fixe, et non flottant, il relate 2 cas où il put faire le diagnostic de cette anomalie, que l'on reconnaît à l'existence, le plus souvent au niveau de l'articulation sacro-lombaire, d'une tumeur plate, insensible et de consistance pâteuse.

Sur un sérum antimorphinique.

M. L. Hirschlaff déclare avoir pu obtenir, en injectant au lapin des doses progressivement croissantes de morphine, un sérum dont l'injection préventive permet au lapin et à la souris de résister à des doses mortelles de cet alcaloïde.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 22 novembre 1902.

Sur les différences existant entre le crétinisme endémique et le crétinisme sporadique.

Dans les deux dernières séances de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE a été discutée la question du crétinisme, envisagé dans ses deux variétés principales, le crétinisme endémique et le crétinisme sporadique.

M. F. Pineles s'est efforcé de séparer nettement le crétinisme dit « sporadique » d'avec le crétinisme endémique; à son avis, si ces deux affections offrent, au point de vue symptomatologique, quelques ressemblances, elles sont essentiellement différentes au point de vue pathogénique.

Le crétinisme sporadique ressortirait au myxœdème et se présenterait sous deux formes principales, le *myxœdème infantile*, se développant vers la quatrième année chez des enfants jusqu'alors sains, et constituant une affection légère ou de moyenne gravité, rare d'ailleurs et dont la cause nous échappe, et le *myxœdème congénital*, caractérisé par l'absence congénitale de toute trace de corps thyroïde, et se traduisant dès la naissance par des troubles graves de l'intelligence et du dévelop-

pement; c'est à cette seconde variété qu'appartient la grande majorité des cas de crétinisme sporadique.

Quant au crétinisme endémique, il reconnaît pour cause la dégénérescence, parfois l'atrophie, du corps thyroïde; jamais jusqu'ici on n'y a constaté l'absence complète de cet organe.

M. Kassowitz déclare que le nom de myxœdème acquis lui paraîtrait plus exact que celui de myxœdème infantile que propose M. Pineles; cette forme est d'ailleurs très rare : les 23 cas de myxœdème observés par l'orateur étaient congénitaux. Il existe, en outre, beaucoup de formes frustes, ne présentant que quelques-uns des symptômes du myxœdème : nanisme, ossification défectueuse, développement insuffisant des facultés psychiques, absence du développement sexuel, etc. Dans toutes les variétés de myxœdème, le traitement thyroïdien donne de bons résultats.

Le mongolisme et la micromélie, bien qu'offrant des caractères communs avec le myxœdème (crétinisme, hernie ombilicale, constipation, augmentation du volume du ventre, difformités diverses : polydactilie, cryptorchidie, etc.), doivent cependant en être nettement distingués.

M. Rosenberg relate les observations de plusieurs malades chez lesquels les premiers symptômes du myxœdème ne sont survenus qu'après le sevrage, ce qui tient à ce que les enfants, même lorsqu'ils sont athyroïdiens, restent protégés contre le myxœdème par la sécrétion thyroïdienne qu'ils reçoivent par l'intermédiaire du sang maternel avant la naissance, et du lait maternel pendant la lactation. Le passage des produits de la sécrétion interne du corps thyroïde dans le lait a en effet été prouvé expérimentalement.

M. Paltauf estime, comme M. Kassowitz, que la micromélie et le nanisme n'ont aucun rapport avec le myxœdème. Il ne faut pas davantage admettre l'existence de formes crétinoïdes, les cas auxquels on a attribué cette dénomination reconnaissant des causes très différentes et n'ayant rien à voir avec le crétinisme endémique ou sporadique.

M. Knöpfelmacher dit que, sur 12 cas de myxœdème qu'il a observés, 2 se sont développés pendant la première année de la vie; dans tous, la glande thyroïde faisait complètement défaut. Il semble que le traitement thyroïdien modifie l'assimilation du sucre, dans les faits de ce genre : c'est ainsi qu'un petit myxœdémateux chez lequel cette substance n'apparaissait normalement dans l'urine qu'après l'ingestion de 160 grammes de sucre de raisin, présentait de la glycosurie après l'absorption de 45 grammes seulement de cette substance, quand il eut été soumis au traitement thyroïdien. Dans un cas de mongolisme, la thyroïdothérapie continuée pendant six mois n'a donné aucun résultat.

M. Offer rappelle que les chiens thyroïdectomisés auxquels on administre du sucre de canne et de la substance thyroïde présentent de la lévulosurie.

M. S. Weiss déclare n'avoir obtenu, comme M. Knöpfelmacher, aucun résultat du traitement thyroïdien dans le mongolisme.

Résection du foie pour gomme syphilitique.

M. E. Ullmann a présenté une femme de quarante-trois ans, ayant eu 7 accouchements et 2 fausses couches, et dont 4 enfants sont morts en bas âge. Depuis quatre années, cette malade éprouvait, au niveau de la région hépatique, des douleurs qui, pendant les dix derniers mois, étaient devenues intolérables; on constatait, au niveau du foie, une tumeur du volume du poing, dure et scléreuse. La patiente étant profondément anémique, on pratiqua d'emblée la laparotomie, sans avoir recours au traitement spécifique, et on réséqua la portion du foie qui était le siège de la tumeur : il s'agissait d'une gomme syphilitique; l'hémorrhagie hépatique fut arrêtée par la fixation de la surface de section à la paroi abdominale. La malade est aujourd'hui très bien portante.

Abcès de l'encéphale, d'origine otique.

M. H. Frey a montré deux hommes qu'il a opérés pour des abcès encéphaliques d'origine otique. Le premier souffrait depuis plusieurs années d'une otite, quand il fut pris de maux de tête, de fièvre, de raideur de la nuque, de ptosis avec exagération des réflexes, dilatation de la pupille droite et hémianopsie. La caisse du tympan, qui contenait du pus et des masses cholestéatomateuses, fut évacuée, et la dure-mère fut ouverte. La ponction du lobe temporal permit d'évacuer une grande quantité de pus. Peu de temps après, tous les phénomènes cérébraux disparurent et le malade se rétablit.

Chez le second patient, la ponction du lobe temporal ne donna aucun résultat et l'abcès fut rencontré dans le cervelet. A la suite de l'opération, on constata de l'arythmie, du ralentissement de la respiration et de la glycosurie. Ce dernier phénomène, lorsque la localisation des symptômes est douteuse, permet de supposer que l'abcès est situé dans le cervelet.

M. V. Hammerschlag fait remarquer que la présence de pus dans le liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire n'est pas une contre-indication à l'ouverture des abcès de l'encéphale; ce pus, en effet, peut très bien provenir de l'abcès sans qu'il y ait méningite suppurée.

Atrophie familiale du nerf optique.

M. H. Lauber a présenté une femme de trente ans, dont l'acuité visuelle diminue progressivement depuis six mois, par suite de l'existence d'une névrite rétrobulbaire. Quatre frères et sœurs de la malade sont atteints de la même affection. Celle-ci débute généralement à l'époque de la puberté, et au bout de six mois à un an la vision est presque entièrement abolie. L'étiologie de cette atrophie optique est complètement inconnue; on sait seulement qu'elle est plus fréquente dans le sexe féminin.

La constipation idiopathique d'origine spasmodique.

Cette question a été discutée au cours des séances des 6 et 20 novembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE.

M. G. Singer a dit que, d'après ses observations, il y a lieu de distinguer deux formes de constipation d'origine spasmodique : l'une symptomatique (affections gynécologiques, lésions de la prostate ou du rectum, hémorrhoïdes, calculs rénaux, etc.), l'autre idiopathique. Cette dernière s'observe presque exclusivement chez les neurasthéniques et s'accompagne toujours de troubles dyspeptiques, ainsi que de douleurs péri-ombilicales ou péricæcales : le tableau clinique, dans certains cas, est superposable à celui de l'occlusion intestinale vraie. Les selles ont la forme de crayons ou de rubans et sont souvent recouvertes de mucosités ou même de sang. Le traitement consiste dans l'emploi des narcotiques en suppositoires, des lavements huileux, des bains chauds et, enfin, du cathétérisme rectal. Le massage et les purgatifs sont contre-indiqués.

M. E. Schwarz a eu souvent l'occasion d'observer une constipation d'origine spasmodique chez des fumeurs qui ont guéri dès qu'ils ont cessé l'usage du tabac.

M. Nothnagel fait remarquer que la constipation spasmodique est fréquemment due à des troubles de l'innervation intestinale; il rappelle qu'elle peut donner lieu à des vomissements fécaloïdes.

M. S. Federn considère la constipation spasmodique comme une variété d'atonie intestinale partielle.

M. A. Strasser est d'avis que la constipation dite spasmodique peut être la conséquence de lésions très diverses de l'intestin, et que dès lors on ne saurait ni lui accorder le titre d'entité clinique, ni la considérer comme un symptôme propre à la neurasthénie.

La cure de raisins et de légères pratiques de massage constituent les meilleurs moyens de combattre cette variété de constipation.

M. von Frankl-Hochwart relate des expériences prouvant que les lésions du ganglion mésentérique ou du rectum sont susceptibles de donner lieu à la constipation spasmodique.

M. Sternberg attire l'attention sur le rôle que peuvent jouer les calculs rénaux dans le développement du spasme intestinal. Ces calculs ont même déterminé dans certains cas des phénomènes d'occlusion intestinale assez caractérisés pour qu'on ait cru devoir recourir à l'intervention chirurgicale. Les spasmes réflexes de l'intestin cèdent habituellement à l'administration des préparations opiacées.

M. A. Pick a obtenu de bons résultats dans certains cas de spasme du sphincter anal par la dilatation digitale du rectum.

M. Nothnagel fait observer que ce ne sont pas seulement les calculs rénaux, mais aussi les calculs biliaires, et d'une façon générale presque toutes les affections des organes abdominaux, qui sont susceptibles de provoquer des accidents simulant un étranglement interne.

M. G. Singer maintient que la constipation spasmodique peut être idiopathique et indépendante de toute espèce de lésions. Le traitement diététique n'a pas une grande importance dans cette forme de constipation. A la dilatation digitale, on doit préférer, d'après l'orateur, la dilatation au moyen de bougies, celles-ci permettant d'atteindre les parties supérieures de l'intestin. Mais de tous les agents conseillés contre la constipation spasmodique, le plus efficace est certainement la belladone.

Traitement de l'ulcère gastrique par la thiosinamine.

M. R. Kaufmann a présenté une femme atteinte de longue date de troubles gastriques que compliquaient depuis deux ans des hématémèses. Ayant constaté, au niveau de la région épigastrique, une tumeur du volume du poing, l'orateur eut l'idée de pratiquer à un jour d'intervalle deux injections sous-cutanées d'une demi-seringue de Pravaz d'une solution de thiosinamine à 15 % ; quinze jours après il recommença, puis encore une fois au bout de trois semaines. Depuis que ce traitement a été institué, la malade n'a plus de douleurs et la tumeur épigastrique a presque complètement disparu.

M. L. Teleky dit avoir traité 3 cas de rétrécissement de l'œsophage par des injections de thiosinamine. Quand il s'agit de vieux rétrécissements, les résultats sont très satisfaisants; au contraire, dans les cas récents, la thiosinamine aggrave les accidents en déterminant une tuméfaction des tissus cicatriciels.

Blessure du péricarde par arme à feu.

M. R. Kienböck a montré un homme qui s'est tiré, il y a onze mois, deux coups de revolver, l'un à la tête et l'autre dans la région du cœur. La balle qui avait pénétré dans le crâne fut extraite par trépanation; quant à celle qui avait perforé la poitrine, on constata, par l'examen radioscopique, qu'elle était logée dans le péricarde, en arrière du cœur, où elle avait dû parvenir après avoir ricoché contre la colonne vertébrale; le malade est, en outre, atteint d'une insuffisance mitrale probablement due à la rupture d'une valvule, à la suite de l'ébranlement cardiaque provoqué par le projectile.

M. L. Braun croit que l'insuffisance mitrale peut être simplement le fait de la lésion de la paroi cardiaque, sans que la valvule ait été intéressée. La rupture de quelques fibres musculaires est suffisante pour expliquer l'inocclusion de l'orifice mitral.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Cirugia del aparato circulatorio. In-8°, 72 p. Madrid, 1902. — **Chirurgie de l'appareil circulatoire : l'anastomose artério-veineuse,** par M. A. SAN MARTÍN Y SATRÚSTEGUI.

L'existence d'une communication entre les vaisseaux artériels et veineux est généralement considérée comme une lésion grave. On connaît cependant quelques faits où pareille complication ne causa que des accidents insignifiants ou nuls, ou même guérit spontanément; et, d'ailleurs, des communications artério-veineuses existent normalement pour un certain nombre de vaisseaux, ainsi que chez quelques individus. Aussi M. San Martín y Satrústegui a-t-il pensé qu'on pouvait en tenter la réalisation expérimentale ou clinique. La relation de ses essais constitue la partie originale du discours sur la chirurgie de l'appareil circulatoire, qu'il a prononcé à la séance inaugurale de l'Académie de médecine de Madrid pour l'année 1902.

Comme sujet d'expérimentation, M. San Martín y Satrústegui a choisi la chèvre; l'opération

porta sur la région carotidienne. Trois animaux y furent soumis, mais un d'eux mourut sous le chloroforme. Pour les deux autres, on procéda de la façon suivante : sur chaque vaisseau — artère carotide et veine jugulaire — on plaça deux ligatures de caoutchouc que l'on serra progressivement, suffisamment pour produire l'hémostase, pas assez pour léser les tuniques vasculaires. Entre ces deux ligatures, on fit à chaque vaisseau, avec un couteau de Graefe, une incision longitudinale de 1 centimètre. Les lèvres de ces incisions furent ensuite réunies deux à deux, en commençant par les lèvres postérieures, au moyen d'une fine aiguille ronde munie d'un fil de soie. La suture n'intéressait que les tuniques moyenne et externe. L'opération réussit parfaitement et n'amena dans la suite aucun trouble vasculaire ou autre.

L'examen des pièces, fait trois mois plus tard, montra que l'anastomose s'était oblitérée: le bout central de la jugulaire était atrophié, presque exsangue; la carotide paraissait normale. Toutefois, d'après les résultats de l'examen microscopique du tissu conjonctif cimentant la plaie des deux vaisseaux et les unissant l'un à l'autre, l'auteur croit que la communication dut persister pendant un certain temps.

En présence de la tolérance parfaite manifestée par les deux animaux en expérience, M. San Martin y Satrústegui pensa que cette opération pourrait être utilisée chez l'homme, dans les circonstances où l'on aurait besoin de frayer au sang artériel de nouvelles voies. Jusqu'ici, il n'a pu l'appliquer qu'à deux malades atteints de gangrène sénile. Chez l'un comme chez l'autre, la gangrène occupait l'extrémité inférieure et semblait nécessiter une amputation plus ou moins élevée. Cependant, avant de s'y résoudre, l'auteur voulut essayer son procédé d'anastomose artério-veineuse. On mit donc à découvert les vaisseaux fémoraux dans le canal de Hunter. Chez le premier opéré, on eut quelque peine à découvrir la veine, qui, vide de sang, aplatie et atrophiée, se trouvait accolée à la face postérieure de l'artère; toutefois, l'anastomose put être exécutée comme chez l'animal. Pour le second, en raison de l'état crétacé de la tunique artérielle moyenne, on dut se contenter d'une simple ponction et de la suture de l'adventice à la veine. Dans les deux cas les sutures se montrèrent étanches, mais dans le premier, au moment où l'on referma la plaie, l'anastomose semblait ne pas fonctionner, sans doute par suite de l'atrophie de la veine, et, chez le second malade, on ne pouvait juger du résultat, à cause de l'épaisseur et de l'opacité des parois veineuses.

L'opération n'entraîna aucun symptôme anormal; mais la gangrène n'en suivit pas moins son cours et les deux malades furent amputés l'un au lieu d'élection et l'autre au-dessous des malléoles. Les lambeaux demeurèrent vivaces. — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le massage au moyen du bain de mercure dans la pratique chirurgicale.

On sait combien sont nombreuses les indications du massage à la suite des affections chirurgicales de la main et des doigts, telles que plaies infectées, panaris, phlegmons, etc., qui, le foyer purulent une fois largement incisé, laissent encore subsister pendant longtemps des œdèmes et des raideurs articulaires. Toutefois, pour que ces phénomènes soient influencés par le massage, il faut y avoir recours d'assez bonne heure, dès qu'on ne s'expose plus à provoquer par des manœuvres intempestives une extension du processus infectieux. Malheureusement, le massage manuel reste, en pareille occurrence, souvent irréalisable tant que la plaie n'est pas complètement cicatrisée, et il n'est pas rare qu'on l'applique seulement lorsque la mobilité de la main ou des doigts est déjà très compromise.

Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur F. Hofmeister, professeur extraordinaire de chirurgie et assistant à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Tubingue, a eu l'idée de remplacer le massage tel qu'on le pratique habituellement par le *massage au bain de mercure*, qui présenterait, entre autres avantages, celui d'agir d'une façon très uniforme. Voici en quoi il consiste :

On prend un récipient cylindrique en fer (un récipient en verre pourrait ne pas résister à l'énorme pression de 2 litres 1/2 à 3 litres de mercure) de 12 à 15 centimètres de diamètre, on le remplit à moitié de mercure et on y plonge la main malade très profondément, jusqu'au fond du vase, si possible. En imprimant ensuite au membre une série de mouvements lents de va-et-vient, on le soumet à un véritable massage. Dans les cas où il existe encore des plaies, on les protège contre le contact direct du mercure par l'application d'un emplâtre caoutchouté ou d'une feuille de gutta-percha. Afin d'éviter l'adhérence de gouttelettes de mercure aux téguments, ainsi que l'évaporation et la dispersion de ce liquide, on le recouvre d'une couche de plusieurs centimètres d'alcool à 30°, associé, au besoin, à un antiseptique approprié. Cette disposition offre, en outre, l'avantage de débarrasser la peau des impuretés, qui, faute de cette précaution, viendraient s'amasser à la surface du mercure. L'alcool est renouvelé à chaque séance; quant au mercure, on le nettoie à fond en le soumettant à l'action d'un jet d'eau intense.

La durée de la séance varie, suivant la force de résistance du patient, entre quinze minutes et une heure. Il importe de bien surveiller le malade, afin qu'il ne se borne pas à plonger simplement la main dans le bain de mercure, sans lui imprimer des mouvements de va-et-vient.

M. Hofmeister a eu l'occasion d'utiliser le procédé en question dans plus de 100 cas se prêtant ou non au massage manuel (suites de phlegmons ou de panaris, plaies de la main compliquées d'œdème, contusions et fractures des doigts, fractures du radius, œdème consécutif aux piqûres d'insectes, raideurs articulaires de nature rhumatismale), et toujours il en a très rapidement obtenu d'excellents effets. La tension des parties tuméfiées diminuait dès le début du traitement, et, après chaque séance, on constatait une réduction très sensible du volume de ces parties (un demi-centimètre à 1 centim. 1/2, voire même 2 centim. 1/2, pour le tour des doigts, 1 à 3 centimètres pour l'articulation du poignet). Cette sorte de massage exercerait également une action très énergique sur la raideur des jointures.

Notre confrère n'a jamais observé le moindre signe d'intoxication hydrargyrique, alors même qu'il s'agissait de sujets présentant des plaies non cicatrisées. Il y a plus : le massage en question ne serait nullement douloureux, de sorte qu'on pourrait l'appliquer avec succès dans les cas où le massage manuel est mal supporté par le patient.

Rappelons, en terminant, que M. le professeur von Rindfleisch (de Wurtzbourg) a déjà utilisé avec succès le procédé dont il s'agit, pour combattre sur lui-même une arthrite de nature goutteuse (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 304).

Le soufre dans le traitement de la dysenterie.

Il y a un an et demi environ, un médecin anglais, M. le docteur G. E. Richmond, a fait connaître les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement de la dysenterie par le soufre sublimé associé à la poudre de Dower (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 208). Depuis lors, le soufre a été utilisé avec succès par M. le docteur Y. S. Vorochilsky (d'Odessa) aussi bien contre la fièvre typhoïde que contre la dysenterie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 232). A son tour, un autre confrère russe, M. le docteur N. A. Flerov (de Salobiéliak), vient d'expérimenter le même médicament dans 17 cas de dysenterie, dont 8 très graves, 6 de gravité moyenne et 3 assez légers. Il commençait le traitement par l'administration d'une dose d'huile de ricin; puis, il faisait prendre, quatre à six fois par jour, 1 ou 2 grammes de soufre sublimé, associé, la plupart du temps, à 0 gr. 25 centigr. ou 0 gr. 30 centigr. de poudre de Dower. Cette médication a toujours paru exercer une influence favorable sur les symptômes morbides, notamment dans les cas où l'on y avait recours dès le début de la maladie. Les selles devenaient moins fréquentes, en même temps que les phénomènes douloureux s'amendaient. Ceux-ci ont complètement disparu au bout de quarante-huit heures dans 3 cas, après trois ou quatre jours chez 10 malades, et au cinquième ou sixième jour du traitement chez les 4 derniers. Un des patients, il est vrai, a fini par succomber, mais, en dehors de la dysenterie, il était atteint de tuberculose pulmonaire.

Se basant sur ces faits, M. Flerov estime que le soufre sublimé doit être préféré aux moyens qu'on emploie habituellement pour combattre la dysenterie.

La valeur de l'urée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. le docteur S. V. Pearson, ancien médecin résident au Brompton Hospital for Consumption de Londres, a expérimenté sur 7 phtisiques admis dans cet établissement l'urée pure, qui a, comme on se le rappelle, été préconisée contre la tuberculose pulmonaire par un autre médecin anglais, M. le docteur H. Harper (de Nottingham) (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 88). Dans quelques cas, M. Pearson a vu survenir, à la suite de cette médication, une amélioration de l'état général avec augmentation du poids du corps; mais l'urée ne lui a paru exercer aucune action appréciable sur la quantité ou la qualité de l'expectoration, ni sur la température ou le pouls. Chez plusieurs malades, les signes physiques des lésions pulmonaires, loin d'être influencés par le remède en question, n'ont fait que s'accentuer, témoignant de la marche toujours progressive du processus morbide.

Notre confrère n'a pas employé l'urée à des doses aussi élevées que celles auxquelles avait eu recours M. Harper; toutefois, il ne croit pas que l'insuccès du traitement soit dû à cette circonstance, puisqu'il a eu soin de continuer la cure durant deux mois sans interruption, de sorte qu'en définitive la quantité totale d'urée absorbée par chaque patient a été assez considérable. M. Pearson en conclut que l'urée pure est impuissante à combattre la tuberculose pulmonaire, mais il ne se croit pas pour cela autorisé à contester l'efficacité possible de ce médicament à l'égard d'autres formes de la tuberculose, telles que le lupus (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 88) et la tuberculose ganglionnaire.

Un procédé d'incision et de suture abdominales pour éviter les hernies post-laparotomiques.

Afin d'éviter les éventrations qu'on observe si fréquemment à la suite des laparotomies médianes, M. le docteur A. H. Goelet, professeur de gynécologie à la New York School of Clinical Medicine, procède comme il suit :

Après avoir sectionné la peau et le tissu adipeux sur la ligne médiane, il écarte une des lèvres de la plaie (la droite ou la gauche, suivant la nature de l'intervention intra-abdominale), de façon à mettre à nu le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit de l'abdomen, qu'il ponctionne avec un bistouri à 8 millimètres environ de la ligne blanche, pour prolonger ensuite, à l'aide de ciseaux, cette incision jusqu'aux limites supérieure et inférieure de la plaie cutanée. On écarte alors, avec les doigts, les fibres musculaires jusqu'à ce qu'on arrive sur le péritoine qu'on ouvre comme de coutume.

Ce mode d'incision présente l'avantage de permettre, lors de l'occlusion de la plaie, de doubler les téguments d'une couche musculaire et d'assurer de la sorte une cicatrice solide.

En ce qui concerne la suture, notre confrère fait un double surjet au catgut. Il commence par suturer le péritoine, le tissu sous-péritonéal et le bord profond de la couche musculaire, en allant de l'angle supérieur de la plaie à l'angle inférieur; puis, après avoir noué, il fait avec le même fil un nouveau surjet allant de bas en haut et comprenant le bord supérieur du muscle divisé ainsi que l'aponévrose. On éviterait de la sorte la formation d'espaces morts entre le péritoine et le muscle, d'une part, et entre la couche musculaire et l'aponévrose d'autre part.

Les lèvres de la plaie cutanée sont réunies soit à l'aide d'une suture, soit par application de bandelettes adhésives aseptiques, mais, quel que soit le procédé choisi, il importe d'assurer, au préalable, l'hémostase d'une façon aussi parfaite que possible, les hémorrhagies secondaires étant susceptibles de compromettre la réunion par première intention.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans la néphrite chronique.

Depuis la généralisation de l'emploi du régime lacté dans le traitement de la néphrite chronique, c'est-à-dire depuis plus de trente ans, la cure de cette maladie n'a fait aucun progrès appréciable. Aussi comprend-on l'intérêt qu'ont excité quelques récentes publications tendant à préconiser une intervention chirurgicale dans certains cas.

I

C'est d'une observation empirique que sont partis les quelques chirurgiens actuellement interventionnistes.

M. Harrison (1) a relaté l'histoire de plusieurs malades chez lesquels il soupçonnait une suppuration ou des concrétions rénales, en raison de douleurs et d'hématuries. La néphrotomie ne lui révéla pas l'existence de ces lésions, et les patients ayant guéri à la suite de l'opération, il admit que celle-ci avait dû agir en faisant cesser une tension rénale exagérée. En conséquence, il proposa la ponction du rein ou la néphrotomie, au moins capsulaire, dans diverses lésions rénales circonscrites, et aussi dans la néphrite scarlatineuse, etc. (2).

De son côté, M. Israel (3), quelque temps après avoir néphrotomisé des malades souffrant de coliques néphrétiques, et dont le rein, au moment de l'opération, avait paru atteint d'un processus inflammatoire plus ou moins étendu, remarqua que ces sujets étaient non seulement délivrés de leurs coliques néphrétiques, mais ne présentaient plus ni albuminurie, ni oligurie, ni pollakiurie. Dans une publication plus récente (4), le même chirurgien n'hésite pas à affirmer qu'un bon nombre de néphralgies, hématuriques ou non, doivent être rapportées à un processus de néphrite, et dépendent de congestion ou d'hémorrhagies intra-rénales, qui amènent une tension plus ou moins forte du parenchyme bridé par la capsule. En fait, plusieurs chirurgiens ont constaté *de visu* l'existence d'une congestion du rein chez des malades atteints de coliques néphrétiques ou d'hématurie (5).

Le point de départ des travaux de M. Edebohls (6) est autre : c'est consécutivement à la néphropexie qu'il a observé, chez un certain nombre d'individus ayant à la fois un déplacement du rein et une néphrite, une amélioration de cette dernière. L'esprit mis en éveil par cette constatation — et se fondant sur quelques autopsies de malades opérés plusieurs mois auparavant —, il est arrivé à penser que l'amélioration de la néphrite était due à la formation d'adhérences, établissant, grâce au développement de vaisseaux nouveaux, une riche circulation dans la substance corticale. En conséquence, même dans le cas où il n'y a pas de déplacement du rein, M. Edebohls décapsule cet organe pour provoquer la formation de ces adhérences (1).

Malheureusement, les observations de M. Edebohls sont publiées d'une façon un peu sommaire : il y manque beaucoup de détails indispensables pour entraîner les convictions. Elles énoncent un résultat brut, mais sont trop incomplètes pour qu'on puisse les discuter et se faire soi-même une opinion raisonnée. Je renonce donc à les analyser, et me contenterai, pour le moment, de rechercher, d'une manière, je l'avoue, un peu théorique, s'il est rationnel d'admettre qu'une néphropexie ou une décortication du rein puissent améliorer une néphrite chronique.

II

Voyons d'abord ce que peut faire une néphropexie.

Il est incontestable qu'un rein déplacé se trouve prédisposé au développement d'un processus de néphrite; une coudure de l'uretère suffit pour amener, non seulement une modification considérable de l'urination (2), mais une stase de l'urine dans les canalicules, qui est très favorable à l'infection du rein (3). On a beaucoup discuté, dans ces dernières années, sur l'existence de néphrites *unilatérales*. Je n'ai rien à ajouter à l'excellent article publié récemment, à cette place (4), et suis de l'avis de MM. Castaigne et Rathery, à savoir que, dans les cas où un processus inflammatoire existe, sinon *exclusivement*, au moins à un degré de beaucoup prédominant dans un seul rein, il s'agit toujours d'une infection ascendante (5). On comprend ainsi que la fixation d'un rein, en empêchant la coudure de l'uretère, ne soit pas inutile dans le cas où un processus de néphrite a commencé dans le rein déplacé (6).

III

Quant à la décortication, que M. le professeur Jaboulay proposait déjà, il y a quelques années, elle a, au moins, deux effets : l'un immédiat, la diminution de la tension rénale; l'autre éloigné, le développement de vaisseaux nouveaux dans la substance corticale du rein.

Lorsque cet organe est dans les conditions physiologiques, la décortication, quelque brutale que paraisse cette opération, a moins d'influence sur l'urination qu'on ne pourrait le croire : elle peut abaisser quelque peu la tension du parenchyme (à supposer que la congestion provoquée par le traumatisme ne compense pas ses effets); elle diminue, d'après MM. Claude et Balthazard, la vitesse de la circulation dans le rein; mais l'effet de ce ralentissement sur l'urination est balancé « par une perfection plus grande des échanges moléculaires dans les canalicules » (1).

Au contraire, à l'état pathologique, lorsqu'il existe une congestion intense du parenchyme, l'incision de la capsule doit produire une diminution très sensible de la tension. C'est ce qu'ont noté plusieurs chirurgiens, ainsi qu'on l'a vu plus haut; et, bien que la nocuité de l'augmentation de la tension ait été contestée (2), on conçoit que cette opération puisse être parfois utile. M. Mongour (3) soutient cette opinion; il pense qu'en diminuant la tension veineuse intrarénale l'opération augmentera la tension artérielle et favorisera l'urination.

La décortication amène une diminution encore plus complète de la tension rénale, puisque toute la surface du rein est libérée. De plus, elle s'accompagne nécessairement d'une petite hémorrhagie qui a une action décongestive, comme toute saignée locale. En fait, l'expérience clinique paraît avoir démontré, pour certains cas, l'utilité de cette opération, qui a été suivie de la disparition de douleurs néphrétiques et de néphrorrhagies ayant résisté à un traitement médical.

Les suites immédiates de la décortication, chez des malades atteints de néphrite brightique, ont été, dans un certain nombre de cas, assez simples (4). L'urine a été en moindre quantité les deux premiers jours; puis elle a augmenté d'une manière sensible, mais sans présenter de changements de sa composition pendant les semaines suivantes.

IV

Il faut toutefois se garder d'étendre les indications de la décortication. Ainsi, il y a des raisons de penser qu'elle ne conviendrait pas à la stase rénale, parfois si prononcée, qu'on observe chez les cardiaques atteints d'une insuffisance de la valvule tricuspide. En effet, si j'en crois le résultat d'expériences que j'ai faites sur le chien, l'urination entravée par une forte stase dans la veine rénale n'est pas sensiblement augmentée par la décortication. Voici quelques détails sur ces expériences :

L'animal étant endormi par l'éther, on met à nu le rein, par une incision lombaire; on l'attire au dehors, et on pince la veine rénale au moyen d'une ligature latérale, de façon à produire une turgescence assez prononcée de l'organe; puis on le replace et on suture la plaie. On met alors une canule dans chacun des

(1) R. Harrison. A contribution to the study of some forms of albuminuria associated with kidney tension and their treatment. (*Lancet*, 4 janv. 1896.)

(2) R. Harrison. The treatment of some forms of albuminuria by reni-puncture. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct. 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 418.)

(3) J. Israel. Ueber den Einfluss der Nierenspaltung auf acute und chronische Krankheitsprocesse des Nierenparenchyms. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1899, V.)

(4) J. Israel. Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 fév. 1902.)

(5) Voir : De Keersmaecker. Néphrite chronique unilatérale avec hématurie continue datant de deux ans et demi; néphrectomie; guérison. (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, 30 oct. 1897, p. 159.)
J. Albarran. Diagnostic des hématuries rénales. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, mai 1898.)
Potherat. Hématurie d'origine rénale. (*Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 8 juin 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 267.)
A. Pousson. De l'intervention chirurgicale dans certaines néphrites médicales. (*Quatrième session de l'Association française d'urologie*, Paris, 1899.)
Korteweg. Die Indikationen der Entspannungsincision bei Nierenleiden. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, 1901, VIII, p. 596.)

(6) Les publications de ce chirurgien sont assez nombreuses. La plus importante se trouve dans le *Medical Record* (21 déc. 1901) et la plus récente dans le *British Medical Journal* (8 nov. 1902, p. 1507). — Pour sa technique de la néphropexie, voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 286.

(1) Voir, sur l'anatomie pathologique de la capsule de nouvelle formation : Albarran et L. Bernard. Régénération de la capsule du rein après décapsulation de l'organe. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 14 juin 1902, p. 756, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 215.) — Ces auteurs insistent sur le fait que la régénération d'une nouvelle capsule est très rapide, et que, six mois après l'opération, elle est très épaisse et nacrée.

(2) R. Lépine et Aubert. Contribution à l'étude de la sécrétion urinaire. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 9 janvier 1886, et *Semaine Médicale*, 1886, p. 13.) — R. Lépine et E. Porteret. Sur la composition de l'urine sécrétée pendant la durée d'une contre-pression exercée sur les voies urinaires. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 9 juillet 1888, et *Semaine Médicale*, 1888, p. 279.) — R. Lépine. Modifications dans la composition de l'urine sous la dépendance de troubles apportés au fonctionnement du rein. (*Quatrième Congrès français de médecine interne*, Montpellier, 1898, *Lyon méd.*, 24 avril 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 165.)
La seconde de ces publications a pour objet l'étude de l'urine sécrétée *pendant* la durée de la contre-pression; la première celle de l'urine sécrétée *après* la cessation de la contre-pression. Dans cette note de 1886 se trouve mentionné le fait, sur lequel on a beaucoup insisté depuis lors, que l'anurie peut être la conséquence d'une contre-pression s'exerçant *sur un seul rein*.

(3) R. Lépine et G. Roux. Sur la cystite et la néphrite produites chez l'animal sain par l'introduction dans l'urèthre du *Micrococcus ureæ* (Cohn). (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 10 août 1885, et *Semaine Médicale*, 1885, p. 274.) — Dans ce travail nous avons démontré que peu après l'injection dans l'urèthre d'un cobaye d'une *demi*-goutte de culture pure de *Micrococcus ureæ*, et stase de l'urine, celle-ci renferme beaucoup de cylindres granuleux, et que, quelques jours plus tard, les reins présentent de graves lésions.

(4) J. Castaigne et F. Rathery. Néphrites primitivement unilatérales et lésions consécutives de l'autre rein. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 273.)

(5) Dans un certain nombre de cas, l'origine de la néphrite est *mixte* : elle est le résultat de deux éléments, l'un hématogène, dyscrasique, prédisposant; l'autre ascendant, infectieux, qui agit comme cause déterminante.

(6) Voir : R. Guiteras. The surgical treatment of Bright's disease. (*New York Med. Journ.*, 17 mai 1902.)

(1) Claude et Balthazard. Effets de la décapsulation du rein. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1er mars 1902, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1902, p. 462, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 75.)

(2) Klemperer. Neue Gesichtspunkte in der Behandlung von Nierenblutung, Nierenkolik und Nierenentzündung. (*Therapie der Gegenwart*, janv. 1901.)
H. Senator. Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 fév. 1902 et *Semaine Médicale*, 1902, p. 29.) — Voir la réplique de M. Israel et de plusieurs autres orateurs (*Semaine Médicale*, 1902, p. 45).

(3) Ch. Mongour. De la néphrotomie dans les néphrites chroniques médicales. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 fév. 1902.)

(4) Voir les cas récemment publiés par M. Elliot et M. Cabot. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 oct. 1902.)

uretères, près de la vessie, et on recueille l'urine des deux côtés pendant deux heures. Naturellement la sécrétion est moins abondante du côté où la veine a été pincée; et, bien que la proportion centésimale de l'urée et du chlorure de sodium soit augmentée de ce côté, cette augmentation du pourcentage ne compense pas le défaut de matières solides résultant de la diminution du volume de l'urine, de sorte que la quantité *absolue* de l'urée, ainsi que celle du chlorure de sodium, est moindre du côté lésé. On enlève alors la suture, on attire de nouveau le rein au dehors; on le décapsule, ce qui entraîne une légère hémorrhagie par les petits vaisseaux de la surface, et on le remet en place. Or, pendant les deux heures suivantes, il y a, *peut-être*, une légère augmentation de l'urination; mais chez aucun des trois animaux sur esquels j'ai expérimenté, elle n'a été assez nette pour que je puisse l'affirmer sans réserve.

Ainsi, dans les conditions où je me suis placé, la décapsulation du rein n'a pas eu sur l'urination une influence aussi manifeste qu'on aurait pu le supposer. Et cependant, dans mes expériences, la tension du parenchyme rénal était très forte.

Avec la plupart des chirurgiens, j'estime, en conséquence, qu'il ne faut, pour le moment, pratiquer la néphrotomie capsulaire ou la décortication que dans les cas où il existe une indication nette, par exemple une congestion douloureuse unilatérale ayant résisté à tous les moyens médicaux, ou mieux encore une anurie consécutive à une poussée congestive. Dans ces cas, l'opération faite d'un seul côté peut rétablir la fonction des deux reins. Plusieurs chirurgiens sont formels à cet égard (1).

V

Ainsi que nous l'avons vu, M. Edebohls a pensé que le développement des nouveaux vaisseaux dans la substance corticale pouvait avoir une influence favorable sur le processus de la néphrite. Cette hypothèse n'a pas eu jusqu'ici beaucoup de succès auprès des médecins. M. Schmitt (2) dit que s'il existe une artériosclérose, les nouveaux vaisseaux deviendront eux-mêmes scléreux, et, partant, inutiles. Mais on peut répondre que des vaisseaux jeunes auront probablement plus de vitalité que les anciens et quelques considérations d'anatomie normale permettent de compléter l'hypothèse de M. Edebohls :

On sait que les cellules des tubes contournés sont les organes *essentiels* de la sécrétion urinaire. Dans ces cellules se produit un mouvement osmotique intense, par lequel une partie de l'eau, et diverses substances qui ont transsudé à travers le glomérule, sont *résorbées*, tandis que sont sécrétés d'autres composés dont le type est l'urée.

L'activité de ces cellules est vraiment prodigieuse. On peut évaluer à quelques décigrammes le poids de leur protoplasma : encore cette évaluation me paraît-elle exagérée. Or, elles peuvent sécréter par jour, à l'état normal, plus de 30 grammes d'urée et de substances analogues. Il est, dans l'économie, peu de protoplasmas glandulaires où l'on remarque une telle disproportion entre la masse sécrétante et la masse sécrétée (3).

Cette activité fonctionnelle implique une très grande susceptibilité, non seulement vis-à-vis des dyscrasies (1), mais vis-à-vis d'une simple ischémie (2).

Or, les seules artères apportant le sang à ces cellules si délicates sont les artères *efférentes;* et, dans certaines néphrites chroniques, le calibre des ramuscules de ces artères est très diminué (3). Supposons maintenant — et cela est extrêmement vraisemblable — que les vaisseaux de nouvelle formation venus du tissu entourant le rein pénètrent *directement* dans le labyrinthe, au moins en partie, et ne s'anastomosent pas exclusivement avec les artères interlobulaires (d'où naissent les artères afférentes), l'irrigation des tubes contournés sera fort améliorée et un travail de réparation des cellules de ces tubes sera possible.

Je ne me dissimule pas que je viens de faire une hypothèse; mais son exactitude peut être contrôlée. On pourrait, chez un chien, décapsuler le rein, et, après quelques mois, *lier l'artère rénale*, pousser par l'aorte une injection fine et voir, sur des coupes du rein, où se distribuent les artérioles venues du dehors.

Mieux vaudrait encore faire cette recherche sur le cadavre d'un brightique, dont le rein aurait été antérieurement décapsulé; car il est probable que les vaisseaux de nouvelle formation se développent mieux si le labyrinthe est ischémié que s'il est sain.

En somme, il est incontestable qu'une bonne irrigation du labyrinthe est d'une importance capitale pour la fonction du rein. Dans certaines variétés anatomiques de néphrite, cette irrigation est plus ou moins compromise, parce qu'elle dépend exclusivement des artères efférentes. Il est possible que la décapsulation l'améliore; et, dans ce cas, on peut espérer que l'activité fonctionnelle des cellules sécrétantes du rein soit favorablement modifiée.

Malheureusement, c'est au prix d'une opération sérieuse qu'il faut acheter l'éventualité — bien hypothétique — d'une amélioration. Aussi comprend-on que, jusqu'ici, l'opinion médicale soit peu favorable à une intervention dans le cas de néphrite, à moins qu'il n'existe une des indications particulières que nous avons signalées plus haut. Dans l'état actuel de la science, on n'est donc pas autorisé à traiter chirurgicalement un simple brightique (4), car, si la mise à nu du rein et sa décortication sont des opérations bénignes chez un animal sain, il n'en est pas de même chez un malade plus ou moins affaibli et qui est, peut-être, sur le chemin de l'urémie. Chez un tel sujet, le shock traumatique a, comme on le conçoit, une gravité particulière.

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) Voir notamment ROVSING. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 132.)

(2) J. A. SCHMITT. The surgical treatment of chronic Bright's disease. (*Med. Record*, 13 sept. 1902, p. 404.)

(3) Si je voulais envisager les fonctions du rein d'une manière un peu complète, au lieu de m'en tenir à un simple aperçu, je devrais ajouter que le protoplasma rénal ne se borne pas à absorber et à sécréter des substances existant dans le sang, mais qu'il *modifie* et *transforme* aussi certaines des substances qui arrivent en contact avec lui. Ainsi, on sait, depuis les travaux de M. Schmiedeberg, qu'il peut faire des synthèses chimiques. Il est donc inexact de considérer le rein comme un simple filtre.

(1) Comme exemple, je citerai le fait sur lequel insistent MM. CASTAIGNE et RATHERY (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1902, p. 599), qu'il suffit d'une anesthésie au chloroforme pour altérer les cellules des tubes contournés. Or, la proportion de chloroforme qui circule dans le sang — et seulement pendant quelques minutes — est *infime*. Comme conséquence pratique à tirer de ce fait, il convient, surtout chez les sujets dont les reins ne sont pas parfaitement sains, de ne pas administrer, *sans nécessité*, certains médicaments dont l'action est bien connue, par exemple l'iodure de potassium à *haute dose*.

(2) Voir les travaux de M. HIPPOLYTE MARTIN (*Rev. de méd.*, mai 1881, p. 369) confirmés par un grand nombre d'anatomo-pathologistes.

(3) J'ai autrefois décrit avec M. Blanc (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1884, p. 195) l'endartérite limitée aux artères interlobulaires (ou radiées), qui donne au rein malade un aspect spécial. Depuis, j'ai maintes fois eu l'occasion d'étudier des cas où l'endartérite siégeait aussi, et à un haut degré, sur les artérioles du labyrinthe, branches des efférentes.

(4) Voir : PEL. Die Nierenentzündung (Morbus Brightii) vor dem Forum der Chirurgen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, 1901, VIII, p. 443.) R. GUITERAS. (*Loc. cit.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Un nouveau réactif des pigments biliaires dans l'urine.

La recherche des pigments biliaires dans l'urine est d'une application constante en clinique, et son utilité n'est pas à démontrer; mais elle est souvent rendue délicate par le peu de sensibilité des réactifs employés.

Le plus usité, le réactif de Gmelin, présente de multiples inconvénients. Quand l'urine contient de l'albumine, il se forme, au point de contact avec l'acide, un anneau opaque qui trouble la réaction et laisse distinguer moins facilement la coloration verte caractéristique. D'autre part, les urines renfermant de l'indican présentent parfois, au même point, une zone de coloration bleue dont le mélange avec la teinte jaune de l'urine peut, à la lumière réfléchie, donner une teinte verte. Enfin, cette réaction est peu sensible et, le pigment s'oxydant rapidement, la coloration se trouve bientôt altérée.

La réaction de Heller a besoin, étant donné son peu de sensibilité, d'être modifiée par l'emploi du chloroforme. Mais la manipulation assez complexe qu'elle exige alors, l'empêche d'être utilisée couramment et pratiquement en clinique.

Le réactif de choix sera donc ici le réactif facile à manier et facile à apprécier.

Parmi les couleurs d'aniline susceptibles de donner une métachromasie avec l'urine bilieuse, il semblait légitime d'essayer la fuchsine, dont la composition complexe permettait d'espérer, en présence de la bilirubine, une combinaison chimique avec changement de couleur.

En traitant une urine bilieuse par une solution de fuchsine, on obtient en effet une belle coloration jaune orangé, tranchant très nettement sur la couleur rouge violacé de la solution de fuchsine.

Le mode opératoire est le suivant :

On prépare une solution titrée contenant 0 gr. 50 centigr. de fuchsine du commerce pour 100 grammes d'eau distillée. Puis on remplit au tiers un tube à essai avec l'urine à examiner, *filtrée au préalable*. Dans un second tube, on verse une quantité équivalente d'eau distillée, ce dernier servant de témoin. On laisse alors tomber dans chaque tube deux gouttes du réactif et on compare les deux colorations.

Si l'urine à examiner est *foncée en couleur*, il est bon de n'en prélever que 2 ou 3 c.c qu'on étendra d'eau distillée jusqu'à l'obtention d'une teinte claire rappelant à peu près l'urine normale.

L'explication de la réaction qui se produit en pareil cas me semble être la suivante :

La bilirubine est un acide faible, qu'on trouve ordinairement dans l'urine sous forme de combinaison alcaline ou alcalino-terreuse (bilirubinate de sodium et bilirubinate de calcium).

D'autre part, la fuchsine du commerce est un chlorhydrate de rosaniline; ces deux corps, en présence, se combinent pour former du chlorure de calcium ou de sodium et un bilirubinate de rosaniline de coloration orangée.

Il est facile de faire, en quelque sorte, la preuve de cette hypothèse et de montrer que la métachromasie obtenue est bien due à la combinaison de la bilirubine avec le chlorhydrate de rosaniline.

Prenons 50 c.c. d'urine bilieuse, dans laquelle notre bilirubine, acide faible, est en combinaison sodique ou calcique; ajoutons 10 c.c. d'acide acétique qui, en se combinant au sodium ou au calcium, mettra la bilirubine en liberté; agitons l'urine avec 20 c.c. de chloroforme qui dissoudra la bilirubine seule.

L'urine décantée se trouve privée de bilirubine; traitée par la solution de fuchsine, elle ne détermine aucune métachromasie.

Reprenant le chloroforme qui tient en dissolution la bilirubine, nous l'évaporons à siccité; le résidu sec est traité par la lessive de soude au centième pour obtenir un bilirubinate de sodium; on ajoute de l'eau distillée et on traite par la solution de fuchsine : la coloration jaune orangé caractéristique apparaît.

Il était intéressant de rechercher si la solution de fuchsine donnait, avec les autres matières colorantes de l'urine, un changement de cou-

leur appréciable, susceptible de créer une cause d'erreur.

Une série d'urines provenant de cirrhotiques, d'alcooliques, de carcinomateux hépatiques, et contenant toutes une forte proportion d'urobiline, n'ont fourni avec notre réactif aucune métachromasie.

Une seconde série d'urines appartenant à des tabétiques avancés, à des infectés du tube digestif, et renfermant en abondance de l'indican, n'ont également entraîné aucun changement de coloration.

Ainsi donc, une solution de fuchsine ajoutée à l'urine donne, en présence des pigments biliaires, une coloration jaune orangé très nette et très sensible, même pour de légères proportions de pigments biliaires; il ne se produit, au contraire, aucune métachromasie en présence des autres matières colorantes de l'urine.

Nous pensons qu'il faut chercher l'explication de cette dernière particularité dans ce fait que l'urobiline ou hydrobilirubine et l'indican n'ont pas la réaction acide que possède la bilirubine et qui nous paraît nécessaire pour réaliser la combinaison chimique.

En ayant soin d'opérer exactement comme nous l'avons indiqué, toutes les causes d'erreur étant évitées, le réactif est d'un emploi simple et pratique, tel qu'il convient en clinique.

Dr F. BAUDOUIN,
Chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

BULLETIN

A propos de la mortalité comparée des armées française et allemande.

Le 13 octobre 1902, la *Kölnische Zeitung* publiait, dans son numéro 803, un article intitulé : *L'état sanitaire des armées française et allemande pendant l'année 1899*, dans lequel le journal allemand, après avoir indiqué l'effectif de chacune des deux armées française et allemande (Bavière exceptée), disait :

« L'armée française comptait 332,000 malades dont 202,000 à l'infirmerie et 130,000 à l'hôpital, tandis qu'en Allemagne on a soigné 217,000 hommes *im Revier* et 107,000 aux lazarets. Ainsi donc, si le nombre des malades est approximativement le même, le chiffre des décès par maladies, en France, qui s'est élevé à 2,937, est quatre fois plus considérable qu'en Allemagne, où il n'a été que de 741. »

Un sénateur, M. Gotteron, ayant lu cette comparaison dans un journal militaire français, a cru devoir la porter devant la Chambre haute en posant une question au ministre de la guerre, qui l'a acceptée. Au cours de son discours, M. Gotteron a reproduit les chiffres des malades tels qu'ils se trouvaient dans la *Kölnische Zeitung* mais en les intervertissant pour la France, et, sans avoir contrôlé l'exactitude de ces nombres, il a conclu que « d'après cette statistique, il entrerait plus du double de soldats dans les hôpitaux en France qu'en Allemagne ».

Or, les chiffres donnés par le journal de Cologne et faits siens par M. Gotteron sont tout à fait inexacts et ne comprennent, pas plus d'un côté que de l'autre, la totalité des hommes malades pendant l'année 1899.

En voici la preuve :

Dans l'armée française on considère trois groupes de malades : les malades à la chambre, les malades à l'infirmerie, les malades à l'hôpital.

Dans l'armée allemande, il n'y a que deux groupes de malades : les *Lazarettkranken* et les *Revierkranken*, les premiers comprenant nos malades à l'hôpital et une partie de nos malades à l'infirmerie, les seconds comprenant l'autre partie de nos malades à l'infirmerie et nos malades à la chambre.

Voici un petit tableau comparatif, bien propre à faire comprendre les groupes de chaque pays :

Armée française.	Armée allemande.
1° Malades à l'hôpital.	1° Lazarettkranken.
2° — à l'infirmerie.	
3° — à la chambre.	2° Revierkranken.

Si l'on se reporte maintenant à ce qui se trouve dans la *Kölnische Zeitung* et à ce qu'a dit M. Gotteron, qui reproduit les nombres donnés par le journal allemand mais, nous le répétons, en les intervertissant pour la France, on voit que, pour notre pays, il manque dans le total le nombre des malades à la chambre, et malheureusement le chiffre n'est pas petit car il dépasse un demi-million, soit exactement 552,283, ce qui donne alors un total de 885,605 malades pour l'armée française. D'autre part, le total des deux catégories de malades pour l'armée allemande n'est pas de 324,000, mais bien de 355,446, parce que le nombre des Lazarettkranken, au lieu d'être de 107,000, comme l'a imprimé la feuille rhénane, s'est élevé à 137,920.

Ainsi donc, 885,605 malades pour la France contre 355,446 pour l'Allemagne. La comparaison de ces deux nombres montre que le chiffre des malades a été chez nous, pendant l'année 1899, juste deux fois et demie plus fort que chez nos voisins. Mais cela ne veut pas dire, comme l'a avancé M. Gotteron, qu'il entre plus du double de soldats dans les hôpitaux en France qu'en Allemagne; il est même loin d'en être ainsi, puisque, chez nous, le nombre des malades à l'hôpital a été en 1899 inférieur de plus de 7,000 unités au total des Lazarettkranken, soit exactement 130,696 en France contre 137,920 en Allemagne. Notre statistique médicale est tout aussi favorable, sinon plus, en ce qui concerne les malades à l'infirmerie : 202,626 dans l'armée française contre 217,526 dans l'armée allemande.

La différence dans le total des divers groupes porte donc exclusivement sur les malades à la chambre, qui chez nous, dépassent le demi-million, et c'est ce qui vient grever la statistique à notre désavantage; mais tout le monde sait que ce groupe de malades comprend des soldats souvent peu scrupuleux dans les moyens employés pour se faire reconnaître tant soit peu malades.

En somme, tout ce qu'a avancé M. Gotteron sous ce rapport manque d'exactitude et la comparaison des chiffres officiels dans les deux armées prouve le contraire de ce qu'il a dit à la tribune du Sénat.

Mais il y a plus. Non content de parler de la morbidité, le sénateur de la Haute-Vienne a voulu comparer aussi la mortalité de l'armée française et celle de l'armée allemande. Et ici il a commis une de ces énormités qu'on devrait toujours soigneusement éviter; il est vrai qu'il ne s'agit pas dans l'espèce d'une question de droit, où il aurait pu avoir toute compétence, vu ses titres et les fonctions qu'il a remplies, mais d'une question médicale dont il ne connaissait pas naturellement les divers éléments. Aussi ne faut-il pas trop s'étonner de la confusion déplorable que M. Gotteron a commise en ne tenant compte que de six catégories de maladies (fièvre typhoïde, affections des organes respiratoires, scarlatine, dysenterie, diphtérie, affections cardiaques) pour établir la mortalité annuelle allemande de *1899*, et pour — comparant ensuite cette *mortalité restreinte* (qui s'élève à 433) à la *mortalité totale* de l'armée française pour *1900* (laquelle est de 3,276) — déclarer d'abord « que les pertes annuelles par décès, causées par les maladies, seraient cinq fois plus élevées dans l'armée française que dans l'armée allemande » (1), et terminer enfin son discours par cette péroraison :

(1) Si les chiffres cités par M. Gotteron étaient exacts et comparables ce n'est pas d'ailleurs cinq fois plus élevée que serait la mortalité dans l'armée française, mais près de huit fois.

« Si nous prenons ces chiffres, nous constatons par comparaison que l'armée allemande perd tous les ans 433 hommes, et l'armée française 3,276. En trois ans, le chiffre des pertes de l'armée allemande s'élève à 1,300 hommes et le chiffre des pertes de l'armée française à plus de 10,000 hommes. Et ces décès se produisent en temps de paix. Si l'on prend le laps de temps qui s'est écoulé depuis que le traité de Francfort a été conclu, on voit que dans ces années de paix européenne, l'armée allemande a perdu environ l'effectif d'une division d'infanterie sur pied de guerre, soit environ 13,000 hommes, et l'armée française 99,000 hommes, c'est-à-dire l'effectif de trois corps d'armée complets sur pied de guerre. »

Comme on vient de le voir, c'est la plus grave erreur que l'on puisse commettre, et il est fort regrettable que le ministre de la guerre ne l'ait pas relevée d'une façon péremptoire. Pour bien établir la différence de mortalité entre les deux armées, il ne suffisait pas, comme l'a fait le général André, de mettre en comparaison une seule année, l'exercice 1899, — qui ne nous est guère favorable à cause d'une forte mortalité par fièvre typhoïde, et par contre est le meilleur pour l'armée allemande, puisqu'il a donné la mortalité la plus faible jusqu'ici (2.1 ‰) —, et de venir déclarer ensuite, tantôt comme il l'a fait (p. 1162, 3e col. du compte rendu *in extenso*) : « je suis forcé de constater qu'en effet la mortalité dans l'armée française atteint le quadruple de la mortalité dans l'armée allemande », tantôt, comme cela résulte d'un erratum pour ce qu'il a dit ensuite (p. 1163, 1re col.) « nous sommes obligé de reconnaître que notre mortalité est trois fois plus grande ». Il fallait faire porter les calculs sur une série d'années, voire le plus grand nombre possible, et éviter ainsi les aggravations qu'une épidémie ou toute autre influence pathogène peut apporter dans la statistique médicale d'une seule ou de plusieurs années (1). C'est ce que nous avons fait, en ayant soin d'élaguer de part et d'autre les deux années qui ont suivi la guerre de 1870-71. Nous avons relevé, d'après les statistiques officielles, le total des décès (par maladies, accidents et suicides) dans les deux armées depuis 1874 jusqu'à 1901, soit pendant une période de vingt-sept ans, et nous avons trouvé : pour l'*armée française* 102,080 décès, soit une mortalité moyenne annuelle de 3,780 hommes; pour l'*armée allemande*, 39,759 décès, soit une mortalité moyenne annuelle de 1,472 hommes (2).

D'où cette conclusion, qui a toutes chances d'être juste puisqu'elle provient d'un calcul qui embrasse une longue période d'années :

La mortalité de l'armée allemande est à la mortalité de l'armée française comme 38.94 est à 100.

En d'autres termes, *la mortalité de l'armée française* (intérieur, Algérie et Tunisie) *est à peu près deux fois et demie plus forte que la mortalité de l'armée allemande.* Mais il ne faut pas oublier que les troupes de notre 19e Corps d'armée (Algérie) et celles de notre Division d'occupation de Tunisie grèvent considérablement la proportion de la mortalité totale, puisque le taux de la mortalité pour nos soldats d'Algérie et de Tunisie est plus du double de celui qui revient à l'armée de l'intérieur. Comme l'Allemagne n'a pour ainsi dire qu'une armée métropolitaine, il faudrait, pour être dans la vérité absolue, faire porter la compa-

(1) Et d'ailleurs, même en 1899, la mortalité n'a pas été trois fois plus élevée dans l'armée française que dans l'armée allemande. Voici, en effet, les détails statistiques relatifs à la mortalité totale (maladies, accidents, suicides) pour l'année 1899 :

Armée française : 3,288 décès, soit 5.43 ‰ de l'effectif total (pour l'armée de l'intérieur, la proportion n'est plus que de 4.72 ‰);

Armée allemande : 1,062 décès, soit 2.1 ‰ de l'effectif moyen.

(2) Ce qui donnerait, pour les trente années dont a parlé M. Gotteron, une perte de 44,000 hommes en chiffres ronds, au lieu des 13,000 décès accusés par le sénateur de la Haute-Vienne.

raison uniquement sur des effectifs de même nature; mais la conclusion sus-énoncée peut être considérée comme se rapprochant le plus possible de la vérité.

Nous en trouvons une preuve accessoire dans la proportion de la mortalité respective pour le dernier exercice publié dans chaque pays : la moyenne de la mortalité pour l'armée métropolitaine a été en France de 4.85 ‰ et en Allemagne de 2.4 ‰; il semblerait tout d'abord que la mortalité française n'atteignît que le double, mais il y a lieu de se rappeler que, pour l'Allemagne, la mortalité est rapportée à l'effectif *présent* et pour la France à l'effectif *total*.

Tout concourt donc à prouver que la mortalité de notre armée de terre est deux fois et demie plus grande que celle de l'armée allemande. C'est une constatation fâcheuse, il est vrai, mais en tout cas moins effrayante que la déclaration entièrement inexacte de M. Gotteron et plus précise que l'affirmation, d'ailleurs exagérée, du ministre de la guerre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1902.

Le gélo-diagnostic des selles dans la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse communique les résultats des recherches faites dans son service par M. Décobert sur l'examen bactériologique des selles dans la fièvre typhoïde, selon la méthode de *gélo-diagnostic* qu'il a préconisée naguère (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 171).

Chez les 23 malades entrés, depuis le 1er octobre dernier, au bastion 29 avec le diagnostic clinique de fièvre typhoïde, on a à la fois recherché la séroréaction de Widal et examiné les selles par la méthode du gélo-diagnostic, dans le but de constater la présence ou l'absence du bacille typhique aux différentes périodes de l'affection.

Chez 5 d'entre eux, gardés pendant quelques jours en observation comme douteux, et pour lesquels le sérodiagnostic avait été négatif, on ne put, malgré des examens répétés, déceler une seule fois la présence du bacille typhique dans les selles; la clinique, d'ailleurs, est venue confirmer ces résultats, puisque aucun d'eux n'a eu la dothiénentérie.

Des 18 autres sujets, 16 avaient dépassé le stade de l'ascension thermique et présentaient pour la plupart presque tous les symptômes cliniques de la fièvre typhoïde; 2 au contraire étaient respectivement au sixième et au septième jour de l'infection.

Pour les 16 premiers, le sérodiagnostic ayant été positif dès le jour de l'admission, l'examen des selles permit de constater la présence de germes typhiques en assez grand nombre. Chez les 2 autres, la séroréaction de Widal, négative au moment de l'entrée, devint positive pour l'un au bout de trois jours et pour le second après quatre jours seulement; dans ces deux cas, et dès l'admission dans le service, le gélo-diagnostic permit de reconnaître la présence du bacille typhique dans les garde-robes.

En ce qui concerne l'élimination du bacille d'Eberth par l'intestin, aux différentes périodes de la dothiénentérie, des examens répétés tous les trois jours ont donné les résultats suivants :

Pendant la période fébrile, on a trouvé constamment des bacilles;

Pour la période d'apyrexie et de convalescence, 8 malades apyrétiques depuis cinq à six jours, sur 10 qu'on examina, avaient presque toujours des bacilles d'Eberth dans leurs selles; chez un d'eux, l'examen, négatif pendant trois jours, devint positif le quatrième et les jours suivants;

Enfin les deux dernières malades furent suivies jusqu'à leur guérison; la première, apyrétique depuis quinze jours, fournit, le matin même de son départ de l'hôpital, de nombreuses colonies typhiques, et l'examen, renouvelé dix-huit jours plus tard, alors que cette femme, rentrée chez elle, avait repris ses occupations et paraissait revenue à la santé, montra encore dans les selles le bacille d'Eberth. La seconde, apyrétique depuis onze jours, semblait entièrement libérée de ses bacilles le jour de son départ.

On peut donc constater que, chez certains malades guéris depuis plus d'un mois, le bacille typhique existe encore dans les selles. Ainsi se trouvent expliquées la diffusion de la contagion et l'éclosion en apparence spontanée de bien des cas de dothiénentérie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 novembre 1902.

Paralysie ascendante aiguë; névrite radiculaire sans altération méningée; absence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Widal. — Au cours de la dernière séance, M. Lamy a posé la question de savoir si des lésions névritiques, surtout voisines des centres, ne pouvaient pas retentir sur le liquide sous-arachnoïdien et y déterminer une lymphocytose. Un fait de paralysie ascendante aiguë, que je viens d'observer avec M. Le Sourd chez un homme de quarante-sept ans, me permet de répondre à cette question.

Localisée d'abord aux membres inférieurs, cette paralysie s'était élevée d'un coup aux muscles de la face, respectant au passage les muscles des membres supérieurs qu'elle ne frappa qu'à la période terminale, par une sorte de choc en retour : les douleurs dans les membres supérieurs n'apparurent que le quinzième jour de la maladie. Le patient mourut avec des troubles de la déglutition et un pouls incomptable, vingt-quatre jours après le début de l'affection.

L'examen histologique, pratiqué par MM. Philippe et Cestan, démontra l'intégrité des cellules de la substance grise et des nerfs périphériques. Par contre, sur toutes les racines rachidiennes, principalement sur les racines antérieures, ainsi que sur les nerfs de la queue de cheval, on constatait des lésions de névrite parenchymateuse interstitielle. Les méninges péri-radiculaires étaient intactes et ne présentaient aucune altération. Il existait ainsi un contraste frappant entre l'état des méninges et les lésions avancées de tout le système radiculaire.

Dans le liquide céphalo-rachidien, examiné deux fois pendant la vie, on ne put jamais déceler de lymphocytose.

Cette observation semble donc prouver que des altérations aussi voisines des centres que possible, comme le sont les lésions radiculaires, ne déterminent pas de lymphocytose, malgré leur intensité, si la pie-mère qui les enveloppe est indemne. Ce fait anatomique nous montre une fois de plus qu'en cas de névrite périphérique pure l'exploration méningée est négative. La lymphocytose est le signe d'une participation des méninges au processus morbide.

M. Joffroy dit que si — comme l'a rappelé M. Widal dans la dernière séance et comme il l'a observé lui-même — on ne constate pas, en général, de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de psychose polynévritique, cette règle peut comporter des exceptions, car M. Achard a actuellement dans son service un malade atteint de cette affection, qui présente une lymphocytose abondante.

M. Marie fait remarquer que l'on tend aujourd'hui à admettre que ce ne sont pas uniquement les nerfs périphériques qui sont lésés dans les polynévrites toxi-infectieuses, et que les centres nerveux sont toujours plus ou moins intéressés. L'absence d'éléments lymphocytiques dans le liquide céphalo-rachidien ne permet donc pas d'exclure l'hypothèse d'une lésion nerveuse centrale, puisque ces lésions se rencontrent dans des cas de polynévrite où les lymphocytes font défaut.

M. Widal. — Dans un fait exceptionnel comme celui de M. Achard, la lymphocytose montre qu'aux lésions ordinaires de la polynévrite s'était surajoutée une irritation méningée que la ponction lombaire seule a pu révéler et dont il sera intéressant de chercher la raison anatomique.

L'absence de lymphocytose au cours de névrite périphérique, et même au cours de névrite radiculaire, n'exclut nullement la possibilité de lésions centrales concomitantes. Une lésion centrale n'occasionne de lymphocytose que si une irritation méningée lui est surajoutée. Notre observation prouve bien que des lésions névritiques siégeant aussi haut que possible dans les racines rachidiennes n'amènent pas de lymphocytose, quand elles n'ont pas entraîné d'altération méningée péri-radiculaire.

Les éliminations urinaires dans les néphrites scléreuses chroniques.

M. Claude. — On admet généralement que la perméabilité rénale est diminuée dans les néphrites interstitielles. Les recherches que j'ai poursuivies avec M. Burthe tendent, au contraire, à démontrer que les éliminations urinaires, évaluées par la méthode cryoscopique et par l'analyse chimique, sont plutôt augmentées, au moins pendant très longtemps, au cours des néphrites scléreuses, et qu'elles ne sont réellement diminuées qu'aux dernières périodes de la maladie, ou par suite de complications accidentelles. Ce fait s'explique assez bien en tenant compte de l'évolution des lésions. On sait que celles-ci sont constituées par le développement progressif du tissu interstitiel des reins et par la confluence d'ilots de sclérose primitivement disséminés. Simultanément, ou sous l'influence des lésions rénales, la tension artérielle s'élève et le cœur s'hypertrophie. Les parties du rein restées saines subissent l'hypertrophie compensatrice et les systèmes glomérulo-tubulaires ainsi modifiés deviennent le siège d'une suractivité fonctionnelle des plus accusées. A travers ces glomérules distendus par des capillaires où le sang circule avec une haute tension, filtre un volume considérable de liquide qui, au contact des tubes dilatés, se charge des produits de désassimilation. Par cette sorte d'équilibre qui se constitue naturellement grâce à l'accord physiologique du système cardio-vasculaire et du rein transformé par l'altération pathologique et adapté à sa fonction nouvelle, les éliminations se font abondantes, exagérées même, quand le système cardio-vasculaire, pour une raison quelconque, présente une suractivité fonctionnelle. Mais que cette harmonie vienne à être rompue par suite d'une infection frappant le myocarde et provoquant sur les parties saines du rein des altérations de glomérulo-tubulite aiguë, ou par suite d'une complication cardiaque primitive ou secondaire (myocardite chronique, par exemple), l'insuffisance rénale, plus ou moins accusée, plus ou moins durable, se manifeste. Enfin, la sclérose atrophique progressive peut aboutir à la destruction complète des systèmes glomérulo-tubulaires subsistants et, malgré les derniers efforts d'un myocarde résistant, les éliminations s'abaissent et les accidents de la grande urémie apparaissent.

Infection pneumococcique généralisée.

M. Siredey communique l'observation d'une jeune fille de quinze ans qui fut prise, au cours d'une pneumonie du côté droit accompagnée d'une arthrite suppurée métacarpo-phalangienne, d'une douleur abdominale intense. On crut d'abord avoir affaire à une localisation sous-diaphragmatique de l'infection pneumococcique, dont l'existence avait été démontrée par l'examen du sang d'une part, et par celui du pus de l'arthrite de l'autre, mais l'exploration minutieuse de la cavité abdominale permit d'écarter ce diagnostic.

La patiente ayant succombé cinq jours après son entrée à l'hôpital, l'autopsie montra qu'il n'existait aucune lésion péritonéale et que les douleurs abdominales étaient dues à l'existence d'une pleurésie diaphragmatique située du même côté que la pneumonie; il existait, en outre, une péricardite à pneumocoque des plus nettes, qui était restée méconnue pendant la vie.

Rhino-pharyngite typhoïdique à bacille d'Eberth.

M. Gallois. — Sur 5 malades atteints de rhino-pharyngite typhoïdique, j'ai pu déceler deux fois, avec MM. Courcoux et Décobert, le bacille d'Eberth dans le muco-pus pharyngien, en utilisant le procédé de gélo-diagnostic de M. Chantemesse. Sur les 3 cas négatifs, il en est un où l'examen ne put être fait qu'à un moment où la rhino-pharyngite était guérie; il ne

doit donc pas entrer en ligne de compte dans cette statistique. On peut conclure par conséquent de ces recherches qu'une fois sur deux les mucosités de la rhino-pharyngite typhoïdique contiennent le bacille d'Eberth.

Cette constatation démontre que cette rhinopharyngite mérite bien le nom de typhoïdique. Elle semble indiquer que la fièvre typhoïde pourrait à l'occasion se transmettre par inhalation, le bacille d'Eberth se localisant d'abord dans la gorge et n'infectant l'intestin que secondairement, à la faveur des mucosités pharyngiennes dégluties. De plus, tous les objets contaminés par ces mucosités (mouchoirs, crachoirs, linges, etc.) pouvant être des agents de propagation de la maladie, il est indiqué de les soumettre à une désinfection sévère.

Méningite cérébro-spinale terminée par guérison.

M. Guinon relate, au nom de MM. Pellerin et Témoin (de Bourges), l'observation d'une fillette de onze ans qui fut prise brusquement d'une céphalalgie violente accompagnée bientôt de cyanose de la face, d'opisthotonos, de petitesse du pouls, etc. Le diagnostic de méningite cérébro-spinale fut confirmé par la constatation d'une grande quantité de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien. Malgré l'extrême gravité des accidents qui, pendant plusieurs jours, firent craindre un dénouement fatal, la jeune malade se rétablit brusquement, presque du jour au lendemain, après l'apparition d'abondantes sueurs critiques. Il est à noter, toutefois, qu'elle resta paralysée des quatre membres durant quelques jours après la disparition des accidents aigus. Le traitement consista en frictions mercurielles quotidiennes auxquelles on associa l'administration de l'iodure de potassium à hautes doses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 novembre 1902.

L'évolution des cellules sanguines comparée à l'évolution et à la différenciation des cellules épithéliales.

M. Jolly. — On sait qu'il existe, dans le sang des mammifères, des globules blancs d'aspect différent. Si l'on ne peut trouver dans le sang même les liens qui unissent ces divers éléments, il est possible de reconnaître des intermédiaires entre certaines de ces formes cellulaires dans la moelle osseuse rouge et aussi dans le sang des malades atteints de myélocythémie.

Si l'on examine, par exemple, la moelle osseuse rouge qui remplit les os longs du cobaye ou du rat, on constate que les aspects variés que présentent les globules blancs peuvent se ramener à deux types principaux : des éléments semblables aux leucocytes du sang, avec un noyau bourgeonnant et un protoplasma granuleux, et des cellules plus volumineuses, à gros noyaux arrondis, vésiculeux, à protoplasma homogène ou granuleux, les myélocytes. Quatre ordres de faits tendent à nous prouver qu'il existe un lien entre ces deux sortes d'éléments et que les grosses cellules sont les formes mères : 1° la formation progressive des granulations dans un protoplasma homogène; 2° la ressemblance des réactions histochimiques entre les granulations des myélocytes et celles des leucocytes; 3° le fait que c'est dans les myélocytes qu'on trouve des signes de multiplication, des mitoses nombreuses; 4° enfin l'existence d'intermédiaires parfaitement nets entre le noyau arrondi des plus petits myélocytes et le noyau contourné des leucocytes, dans la moelle rouge comme dans le sang des myélocythémiques.

Il existe donc, dans la moelle rouge, une grosse cellule dont la multiplication par mitose produit des cellules filles plus petites, qui se transforment en un élément définitif, ne semblant plus doué de la capacité de se multiplier par mitose et qu'on peut considérer comme le terme ultime de l'évolution du leucocyte.

Production de l'inhibition cérébrale chez l'homme par les courants électriques.

MM. Leduc, Malherbe et Rousseau. — Une pièce de coton hydrophile imprégnée d'une solution à 1 % de chlorure de sodium, recouverte d'étain souple et faisant le tour de la tête, est serrée sur le front; une large anode est fixée sur les reins; l'interrupteur en marche, la force électro-motrice est introduite progressivement dans le circuit jusqu'à 30 et 35 volts, à l'aide d'un réducteur de potentiel; le courant intermittent donne, comme intensité maximum, 5 milliampères à l'ampèremètre apériodique, ce qui correspond à 40 milliampères environ dans un circuit non interrompu. Dans ces conditions, il se produit des contractions légères des muscles du visage, du cou, et quelques trémulations fibrillaires; on sent des fourmillements dans les doigts, ensuite dans les mains, enfin dans les orteils et les pieds; la faculté du langage s'éteint, puis l'inhibition des centres moteurs devient complète; les sensibilités générale et spéciale s'émoussent; le sujet est dans l'impossibilité de réagir aux excitations, si douloureuses qu'elles soient, et ne peut plus communiquer avec les expérimentateurs.

Au cours de cette expérience — instituée après divers essais sur les animaux — le pouls n'a été nullement modifié; seule la respiration a semblé un peu entravée, mais le retour des fonctions cérébrales a été instantané dès que l'expérience a été interrompue.

Immunisation par des mélanges de virus rabique et de sérum antirabique.

M. A. Marie. — On sait que le sérum des mammifères vaccinés contre la rage jouit de la propriété de neutraliser *in vitro* le virus rabique : une émulsion de bulbe virulent, préparée avec un tel sérum, se montre inoffensive quand on l'inocule dans le cerveau d'un lapin.

Il nous a paru intéressant de rechercher si des mélanges de virus fixe et de sérum antirabique possédaient un pouvoir immunisant.

On prépare une émulsion de virus fixe avec du sérum antirabique; après vingt-quatre heures, le dépôt est débarrassé, par des lavages, de l'excès de sérum, puis injecté à des animaux. L'inoculation peut être faite sous la peau ou bien dans le péritoine.

Nos expériences ont porté sur des lapins et sur des cobayes : toutes les fois que la quantité de préparation injectée a été assez considérable, les animaux ont présenté, après une seule inoculation, une immunité antirabique qui s'est établie très rapidement. En effet, ils sont en état de supporter l'épreuve du virus fixe ou du virus des rues dans la chambre antérieure, et cela le jour même aussi bien que le lendemain ou le surlendemain de l'injection vaccinante.

Pour savoir si cette immunité est durable, nous avons inoculé en juillet dernier un lot de 4 cobayes sous la peau; ces animaux, éprouvés le 1er octobre, ont tous résisté à l'épreuve intra-oculaire.

Mais tous les animaux vaccinés que nous avons soumis à l'inoculation intracérébrale, soit de virus fixe, soit de virus des rues, ont pris la rage, à l'exception de deux cobayes qui avaient reçu une très forte dose (8 c. c.) de la préparation dans le péritoine.

Seule l'expérimentation sur un grand nombre de chiens permettra de juger de la valeur de ce procédé au point de vue de son application pratique.

Cultures liquides homogènes et mobilité des bacilles « acido-résistants ».

MM. Paul Courmont et A. Descos (de Lyon). — Nous avons réussi — en employant le procédé préconisé par M. Arloing pour le bacille tuberculeux (agitation fréquente des cultures) — à faire végéter en cultures homogènes les bacilles improprement appelés *acidophiles*, et pour lesquels nous proposons le nom d'*acido-résistants* (bacilles découverts dans le lait, le beurre, les poussières, les plantes, et même sur l'homme). D'une façon générale ces bacilles s'obtiennent en cultures homogènes plus rapidement et plus facilement que les bacilles tuberculeux; mais les cultures ont peu de tendance à rester homogènes, et se remettent en voiles si l'on cesse l'agitation, ne fût-ce qu'un jour ou deux.

Nous avons pu voir que, dans ces cultures homogènes, surtout dans celles qui sont âgées seulement de quelques jours, les bacilles isolés sont animés de mouvements en tous sens, en général un peu moins rapides que ceux du bacille d'Eberth ou du *Bacterium coli*, analogues à ceux du bacille de Koch en culture homogène : de ces « acido-résistants », c'est le bacille du beurre, de Coggi, qui nous a paru le plus mobile, le Timothée-bacille, de Möller, le moins mobile.

Nous avons également fait des recherches sur la séroréaction de ces espèces microbiennes.

L'inoculation de deux bacilles « acido-résistants » du beurre n'a pas donné un sérum très fortement ni très nettement agglutinant, soit pour ces bacilles, soit pour les autres « acido-résistants » employés : ces microorganismes ne paraissent donc ni très agglutinables, ni très agglutinogènes.

Dans les mêmes conditions d'expérience, deux échantillons de tuberculose homogène ont donné des sérums homologues très agglutinants. Ces derniers sérums se sont, au contraire, montrés sans action agglutinante importante sur les autres « acido-résistants » employés.

De l'hyperglobulie dans le thyroïdisme expérimental.

M. J. Lépine. — Au cours d'expériences de plusieurs mois chez une chèvre et des chiens auxquels tantôt on injectait des extraits thyroïdiens et tantôt on faisait ingérer du corps thyroïde en nature, nous avons constaté une hyperglobulie qui atteint son maximum le deuxième jour pour cesser à la fin du troisième. Cette augmentation du nombre des globules rouges coïncide toujours avec de la tachycardie, de la diarrhée accompagnée d'inappétence, parfois de la dyspnée et une légère élévation de température avec diminution du poids du corps.

MM. Leredde et Pautrier signalent que, dans 2 cas où l'on n'avait pu constater chez des lépreux l'existence de bacilles spécifiques dans le mucus nasal, ils sont arrivés à mettre en évidence ces bacilles en donnant aux malades la quantité d'iodure de potassium nécessaire pour provoquer un écoulement nasal séreux.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 17 et 24 novembre 1902.

Sur les lésions cérébrales tardives, consécutives aux traumatismes crâniens.

M. Stadelmann fait une communication dans laquelle il attire l'attention sur les difficultés que présentent, au point de vue des expertises médico-légales, les cas où des troubles cérébraux, tels qu'une apoplexie mortelle, surviennent un temps assez considérable — parfois plusieurs mois — après un traumatisme crânien. En pareille occurrence, pour que l'on puisse établir une relation de cause à effet entre l'accident et ces complications éloignées, il est de toute nécessité que le malade présentât antérieurement une santé parfaite, en particulier qu'il fût encore jeune et exempt de toute altération vasculaire, ainsi que de néphrite, de syphilis, d'habitudes d'intempérance, etc.; que le trauma ait eu une certaine gravité, sans qu'il soit indispensable, toutefois, qu'il ait entraîné une perte de connaissance immédiate; enfin que les accidents tardifs se soient déroulés en quelque sorte sous les yeux du médecin.

Les faits répondant à ces divers *desiderata* sont encore rares, et la plupart de ceux qui ont été publiés ne résistent pas à une critique sévère. L'orateur relate cependant 2 cas de ce genre, où l'influence étiologique du traumatisme ne saurait, à son avis, être mise en doute. Les lésions cérébrales — ramollissement avec double hémorragie cérébrale, fissure crânienne avec méningite cérébro-spinale suppurée — n'ayant apparu chez ces malades que plusieurs semaines après l'accident, M. Stadelmann est d'avis qu'on devrait maintenir au lit pendant un mois, et ne considérer comme guéri que quinze jours plus tard, tout individu ayant subi un traumatisme crânien.

M. Fürbringer fait observer que, pour les apoplexies tardives, même lorsqu'on peut éliminer l'alcoolisme, l'artériosclérose, etc., on

n'est pas en droit d'incriminer avec certitude le traumatisme, car il existe aussi des apoplexies spontanées. On a voulu trouver un signe différentiel dans la localisation de l'hémorrhagie, qui occuperait la surface des hémisphères et les ventricules en cas de lésion post-traumatique, tandis qu'elle siégerait au voisinage des ganglions de la base lorqu'il s'agit d'une rupture spontanée; mais les recherches de l'orateur ne lui permettent pas de partager cette manière de voir.

M. Bloch déclare que depuis dix ans, sur 80 expertises médico-légales environ qu'il a pratiquées, il lui a été donné d'observer 7 fois une démence progressive consécutive à un traumatisme; il s'agissait le plus souvent d'individus déjà âgés, parfois artérioscléreux, avec troubles pupillaires; néanmoins la cause des manifestations psychiques devait bien être rapportée à l'accident, car jusqu'à ce moment les sinistrés avaient pu régulièrement accomplir leur travail.

De tels malades versent fréquemment dans l'hypocondrie et se plaignent alors de malaises imaginaires, ce qui peut les faire considérer à tort comme simulateurs.

M. Benda fait remarquer que les difficultés sont peut-être plus grandes encore en matière criminelle qu'au civil, en raison des conséquences que peut avoir pour l'auteur de la blessure la déclaration de l'expert, relativement à l'origine des complications cérébrales tardives.

L'hypertrophie du cœur dans les néphrites.

M. Ewald rappelle, à propos de la récente communication de M. Senator sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 379), qu'il a lui-même publié jadis une statistique de laquelle il résulte que l'on constate, chez les néphrítiques chroniques, l'hypertrophie du ventricule gauche dans 57.4 % des cas, celle du ventricule droit dans 42.6 %; au total, 84 % de ces malades ont le cœur hypertrophié; il s'agissait là bien entendu d'hypertrophie pure, sans myocardite ni endocardite; cette lésion paraît indépendante d'altérations analogues du côté des vaisseaux.

En ce qui concerne le mécanisme de cette complication, l'orateur a fait, dès 1877, des recherches sur la « transpiration du sang », correspondant à ce qu'on appelle aujourd'hui la viscosité, et ces recherches ont abouti à des conclusions tout à fait analogues à celles que des expérimentateurs ont tout récemment tirées d'études du même genre (Hirsch), à savoir qu'il n'existe pas, à ce point de vue, entre les diverses variétés de néphrite, des différences constantes; il est, au reste, d'avis que ce moyen de résoudre la question a donné tout ce qu'on pouvait en attendre, vu les différences qui séparent un tube de verre à parois rigides d'un vaisseau à parois élastiques et contractiles.

La cryoscopie paraît de nature à porter quelque lumière dans ce débat : M. Ewald a constaté que le point de congélation du sang, au lieu d'être de — 0°5 ou — 0°6, peut remonter jusqu'à — 0°2.

Enfin, pour ce qui est des altérations vasculaires, on n'est arrivé qu'à des résultats contradictoires. L'orateur a rencontré parfois l'hypertrophie des parois des capillaires; mais la dégénérescence fibrineuse des vaisseaux n'est nullement spéciale aux néphrites chroniques.

En terminant, M. Ewald déclare ne pouvoir souscrire à la légitimité de la vieille théorie de Bright, qu'on a tenté de remettre en honneur — et d'après laquelle l'hypertrophie du cœur serait due à une action irritative sur le muscle cardiaque —, car elle est contraire à nos connaissances physiologiques : l'excitation exagérée d'un muscle se traduit par une hyperactivité fonctionnelle, ce qui n'est pas le cas du cœur hypertrophié des brightiques. Au total, cette hypertrophie lui paraît être la conséquence des obstacles que rencontre la circulation périphérique.

M. Senator fait observer que l'exagération d'activité du muscle cardiaque, à laquelle M. Ewald vient de faire allusion, peut exister sans se traduire par des modifications du pouls; il voit dans la prédominance de l'hypertrophie au niveau du ventricule gauche la preuve de l'influence irritative exercée par le sang sur le système vasculaire.

Un cas de diabète sucré avec lipémie considérable.

M. Stadelmann relate l'observation d'un homme de vingt-trois ans qui se fit recevoir à l'hôpital pour un diabète très grave, avec excrétion de 600 grammes de sucre par vingt-quatre heures, et qui succomba au bout de quelques jours dans le coma. Une saignée pratiquée dans la dernière période de la vie permit de reconnaître que le sérum était louche et puriforme, aspect dû à ce qu'il contenait 15 % de graisse très finement émulsionnée. On ne saurait attribuer cette lipémie considérable à un régime trop riche en substances grasses, car le patient n'avait absorbé, dans les vingt-quatre heures qui avaient précédé la saignée, qu'un litre de lait.

M. Senator demande si l'on a recherché la présence d'embolies graisseuses dans les capillaires cérébraux, certains auteurs rapportant à de telles lésions le développement du coma diabétique.

M. Stadelmann déclare que cette recherche n'a pas été faite, mais il est d'avis que la graisse était trop finement émulsionnée pour avoir pu produire la moindre embolie.

M. Benda rend compte de l'autopsie et de l'examen histologique du cas d'éventration du diaphragme qui a été communiqué par M. Fränkel dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 380). Ces investigations ont montré que la partie du diaphragme refoulée dans le thorax était le siège d'une pseudo-hypertrophie lipomateuse; l'intégrité du nerf phrénique correspondant et de son noyau d'origine permet de considérer cette lésion comme une myopathie primitive.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séances des 25 octobre et 29 novembre 1902.

Les fibres inhibitrices du cœur appartiennent au nerf pneumogastrique.

M. Van Gehuchten. — D'après la doctrine de Waller, universellement admise par les physiologistes, les fibres inhibitrices que le pneumogastrique cervical abandonne au cœur n'appartiennent pas en propre au nerf de la dixième paire, mais lui arrivent du nerf accessoire de Willis par la branche interne que ce dernier nerf envoie dans le tronc du vague, au moment où il sort du trou déchiré postérieur.

Pour vérifier cette doctrine, on peut ou bien sectionner les filets radiculaires du nerf de Willis dans la cavité rachidienne (procédé de Bischoff), ou bien arracher le spinal à sa sortie du trou jugulaire (procédé de Cl. Bernard). Après la section intrarachidienne de tous les filets bulbaires et médullaires du nerf de Willis, faite sur de nombreux lapins, la galvanisation du pneumogastrique cervical, pratiquée après une survie de deux à six semaines, entraîne toujours l'arrêt du cœur. Dans toutes ces expériences, la corde vocale du côté correspondant fonctionnait normalement. L'examen des nerfs périphériques par la méthode de Marchi a constamment révélé l'existence d'un certain nombre de fibres en dégénérescence que l'on pouvait poursuivre depuis la branche interne du spinal, à travers le tronc du pneumogastrique cervical, jusque dans le nerf laryngé inférieur.

Après arrachement du nerf spinal en dehors du crâne, le pneumogastrique cervical avait perdu son influence inhibitrice sur le cœur; de plus, la corde vocale du côté correspondant était complètement paralysée. Le pharynx, l'œsophage et l'estomac étaient intacts. L'examen des nerfs périphériques par la méthode de Marchi a fait constater une dégénérescence très marquée du nerf laryngé inférieur, de même que l'existence de quelques fibres en dégénérescence dans le tronc du vague, au-dessous de l'origine de ce nerf. A l'examen des fibres radiculaires du bulbe, on voit que l'arrachement du spinal a retenti également sur les filets inférieurs du nerf vague. C'est à cette lésion concomitante des fibres radiculaires du vague qu'il faut attribuer la paralysie de la corde vocale et la paralysie des fibres inhibitrices du cœur.

Une troisième méthode d'expérimentation consiste dans l'excitation galvanique des fibres radiculaires soit sur l'animal fraîchement tué, soit sur l'animal vivant. Cette méthode a fourni des résultats peu concordants, et cela parce que les auteurs qui l'ont employée ont, à l'exemple de l'école de physiologie de Vienne, subdivisé les filets radiculaires du bulbe en trois groupes, sans tenir compte des connexions qui existent entre ces groupes et les trois nerfs périphériques.

Ces tentatives n'ont eu d'autre effet que de compliquer la question, le groupement admis variant considérablement d'un auteur à l'autre. Les filets bulbaires de Willis se rendent donc au larynx par le nerf laryngé inférieur; ils ne renferment pas, au moins chez le lapin, de fibres inhibitrices pour le cœur.

Mais ces filets bulbaires appartiennent-ils au nerf de Willis ou bien au nerf vague? En se basant sur l'étude des noyaux du bulbe qui donnent origine aux nerfs périphériques, j'arrive à la conclusion que les fibres en question doivent être rattachées au nerf vague, et cela pour les raisons suivantes :

Elles proviennent de la moitié inférieure d'une masse grise dont la moitié supérieure appartient incontestablement au nerf de la dixième paire (noyau dorsal du vague);

Au sortir du trou déchiré postérieur, elles se jettent dans le tronc du vague;

Chez les solipèdes, ces filets bulbaires restent indépendants du nerf de la onzième paire et se fusionnent directement avec le nerf de la dixième paire (Chauveau);

Ces filets bulbaires se rendent au larynx absolument comme les filets provenant de la moitié supérieure du noyau dorsal.

De toutes ces recherches, je me crois autorisé à conclure que les fibres inhibitrices du cœur appartiennent au pneumogastrique; elles quittent le bulbe par les filets radiculaires moyens du vague; les fibres bulbaires du nerf de Willis appartiennent aussi au pneumogastrique.

Contribution à l'étude de la névrose traumatique.

M. Moreau (de Charleroi). — J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades qui ont été soignés et indemnisés pour des névroses traumatiques; l'étude de ces cas m'a amené à la conviction que des phénomènes nerveux peuvent apparaître quelque temps après un accident sans qu'on soit autorisé à incriminer, pour leur production, ni un ébranlement physique, ni une émotion morale résultant du traumatisme; en outre, sous l'influence d'un accident, une affection antérieure presque guérie peut reprendre tout à coup une intensité nouvelle. Je dois ajouter qu'à mon avis certains des signes qui sont considérés comme caractéristiques de la névrose traumatique, sont dus uniquement à un mauvais régime alimentaire et à une manière de vivre défectueuse.

M. Heger. — Je crois devoir faire quelques réserves au sujet de certaines des conclusions de M. Moreau. Ce n'est pas parce que des accidents nerveux n'apparaissent que quarante-huit heures, quatre jours, huit jours après le traumatisme qu'on ne pourra plus incriminer ce traumatisme comme étant la cause réelle des symptômes nerveux. Nous savons par de nombreux exemples que les phénomènes nerveux consécutifs aux traumatismes, ceux qui surviennent notamment après les accidents de chemins de fer, se déroulent parfois à longue échéance; il ne serait pas exact de dire alors qu'il s'agit de phénomènes dyspeptiques, déterminés par une hygiène défectueuse, ou du rappel d'une affection antérieure.

M. Moreau. — M. Heger a mal interprété ma pensée, car j'admets parfaitement que plusieurs jours s'écoulent parfois avant qu'on puisse constater les conséquences d'une lésion plus ou moins profonde des centres nerveux.

Je puis résumer mon opinion sur le mode de production des diverses manifestations névropathiques se révélant après les accidents, en disant que, si ces manifestations sont le plus souvent dues à des lésions matérielles, ou sont produites quelquefois par les émotions ressenties au moment de l'accident — que ces émotions agissent seules, ou que leur influence se combine à celle des lésions matérielles —, il n'en reste pas moins que, dans une troisième caté-

gorie de faits, les accidents reposent directement ou indirectement sur des autosuggestions, parmi lesquelles certaines, jusqu'ici insuffisamment étudiées, tireraient leur origine de sensations pénibles engendrées par un cauchemar dû à des troubles gastriques.

Un cas d'hypertrophie des seins avec atypie des tubes glandulaires, chez une fillette de onze ans.

M. C. Firket. — Je puis vous citer un cas d'hypertrophie des deux seins développée chez une fillette de onze ans et demi, avant l'établissement de la menstruation; l'extirpation a dû être faite en raison des troubles de l'état général; l'un des seins pesait 2,250 grammes, l'autre 2,050.

L'étude microscopique a montré un développement atypique des tubes glandulaires, avec hyperplasie et condensation du tissu conjonctif. Les tubes ont une configuration irrégulière; leur revêtement épithélial est constitué par plusieurs couches de cellules cylindriques, claviformes ou, très rarement, caliciformes; ces cellules se groupent par places en bouquets qui font saillie au-dessus du niveau général de l'épithélium. En outre, des bourgeons papillomateux, très grêles, partis de la paroi conjonctive, végètent çà et là dans la cavité des glandes, et se tapissent du même revêtement épithélial irrégulier.

Cette atypie n'a jamais été signalée dans les cas de ce genre, d'ailleurs très peu nombreux, où l'examen microscopique a été fait.

Cette néoplasie ne présente absolument aucun caractère trahissant une origine inflammatoire, et les agents pathogènes extérieurs ne paraissent pas avoir eu d'influence sur son développement. Elle doit être considérée comme une véritable malformation, ayant son point de départ dans une anomalie du développement embryonnaire. Si l'on dépouille les observations analogues qui ont été publiées, on peut y trouver plusieurs exemples de la coexistence de ces hypertrophies avec d'autres malformations.

Le saturnisme professionnel dans les marbreries.

M. Deffernez. — Certains ouvriers employés au polissage du marbre présentent des symptômes morbides qui ne sont autre chose que des manifestations de saturnisme. Des recherches que j'ai faites dans ce sens, il résulte que les accidents sont dus à l'emploi d'une potée d'étain et de plomb, sorte de pâte qui sert à frotter les dalles de marbre pour les polir.

Les accidents les plus fréquents sont la gingivite, la carie dentaire, les dyspepsies, les affections intestinales, puis l'amaigrissement et la cachexie caractéristique. C'est sous forme de sulfure qu'on retrouve le plomb dans les sécrétions, le métal étant utilisé dans la pâte à polir sous forme de grenaille.

Il y a donc lieu de soumettre cette industrie à une sérieuse enquête au point de vue des personnes qui y sont employées : on ne devrait les admettre qu'après examen médical constatant l'intégrité des voies digestives et de la denture. Il faudrait surtout trouver et imposer d'autres procédés de polissage que celui qui utilise la potée de plomb.

La question est d'autant plus importante que ce saturnisme professionnel spécial atteint un très grand nombre de femmes et qu'il ne cause pas seulement ses ravages sur les individus qui y sont exposés, mais aussi sur leur descendance qu'il entrave dans des proportions énormes (70 %).

La cryoscopie des solides de l'organisme.

M. L. Fredericq rend compte de ses recherches sur la cryoscopie des solides de l'organisme.

Pour déterminer le point de congélation des tissus solides, on peut ou bien les chauffer au bain-marie en vase clos pendant cinq minutes — et opérer sur le liquide aqueux qui transsude et qui correspond au liquide interstitiel du tissu (moins les albuminoïdes, négligeables d'ailleurs) —, ou bien les réduire en pulpe et déterminer le point cryoscopique de cette pulpe; les résultats obtenus par l'un et l'autre procédé sont sensiblement identiques.

L'orateur a pu ainsi s'assurer que, chez le chien, le lapin, la grenouille et les poissons osseux, les tissus ont une concentration moléculaire supérieure à celle du sang, concentration très variable du reste suivant les conditions physiologiques.

D[r] Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

La fluorescence de la quinine et d'autres remèdes employés contre les fièvres paludéennes, par M. A. F. A. King.

Il a récemment été établi que le développement de l'hématozoaire du paludisme ne peut se faire dans l'obscurité. Dans le courant sanguin, ce parasite se trouve nécessairement en présence de rayons rouges; or, comme, d'après les recherches de Harrington et Leaming, l'*Amœba proteus* ne se meut qu'en présence de la lumière rouge et devient immobile sous les rayons violets, on peut admettre que l'amibe paludéenne obéit aux mêmes lois. Partant de ces considérations, M. King serait porté à croire que l'action curative exercée par la quinine sur la malaria serait due à la fluorescence de ce médicament, qui émettrait des rayons violets dans le sang.

A l'appui de cette manière de voir, M. King invoque tout d'abord ce fait que deux autres produits d'origine végétale, pendant longtemps utilisés à titre d'antimalariques — l'*esculine*, huile grasse retirée du marronnier d'Inde (*Æsculus hippocastanum*), et la *fraxine*, principe actif du *Fraxinus excelsior* — émettent également des rayons bleus. D'autre part, si les préparations iodées qu'on prescrit assez souvent avec succès contre les fièvres paludéennes ne sont cependant pas fluorescentes, il importe de faire remarquer qu'au sein de l'organisme ces préparations, se trouvant en présence d'amidon, forment avec celui-ci une combinaison bleue ou violette, et cela d'autant plus facilement que l'iode et ses dérivés sont habituellement ordonnés *après les repas*, afin d'éviter leur action irritante sur l'estomac à l'état de vacuité. Les effets de la teinture d'iode seraient, par conséquent, comparables dans une certaine mesure à ceux du bleu de méthylène.

D'ailleurs, dès 1866, H. Bence Jones avait noté que l'usage de la quinine augmente la fluorescence du sang et s'était demandé si l'accès fébrile ne serait pas dû à la destruction, sous l'influence des miasmes paludéens, d'une substance existant normalement dans l'organisme et analogue à la quinine (*animal quinoidine*). Deux ans plus tard, Rhoads et Pepper firent connaître les expériences qu'ils avaient instituées à cet égard et montrèrent que la fluorescence du sang est inférieure à la normale chez les sujets atteints de malaria, mais qu'elle augmente pendant que le patient prend la quinine et au fur et à mesure que se dissipent les symptômes morbides.

Reste à expliquer pourquoi la quinine échoue dans certains cas de paludisme. D'après M. King, l'accès serait déterminé, en pareille occurrence, non pas par le type habituel du sporozoaire, mais par les corps en croissant. Or, ces corps ne se rencontrent guère dans la circulation périphérique, où ils pourraient être influencés par la lumière; on les trouve, au contraire, dans la rate, dans le foie, dans la moelle osseuse et dans le cerveau, c'est-à-dire au niveau des parties les plus obscures de l'économie, où le pouvoir fluorescent et parasiticide de la quinine ne peut se manifester. Toutefois, dans la plupart des cas, l'accès fébrile serait la conséquence de la pullulation des parasites dans les vaisseaux périphériques : seule, la génération représentée par des corps sphériques assez volumineux pour être arrêtés dans les vaisseaux cutanés effectuerait son évolution pendant l'accès, la présence de la lumière solaire étant la *conditio sine quâ non* de son développement. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin 1902.) — L. CH.

Fracture de la base du cinquième métatarsien, de cause indirecte, par M. Robert Jones.

La plupart des auteurs admettent que les fractures des métatarsiens sont de cause directe. Les observations recueillies par M. Jones semblent prouver, cependant, l'existence d'une variété de fracture, celle du cinquième métatarsien, pour laquelle on ne peut invoquer un mécanisme direct.

C'est sur lui-même que l'auteur l'observa pour la première fois : au cours d'une danse, le talon étant levé, son pied vint à se tordre brusquement en dedans et il éprouva une douleur vive qui ne lui permit plus de marcher qu'en boitant. Il crut s'être rompu un tendon, mais l'examen radiographique démontra qu'il y avait fracture du cinquième métatarsien.

Depuis lors, et en quelques mois seulement, ce qui semble indiquer une certaine fréquence de cet accident, M. Jones a pu recueillir 5 autres faits de même genre, où le diagnostic fut confirmé par la radiographie. Dans 2 cas, les détails cliniques manquent ou bien les lésions étaient complexes. Mais pour les 3 autres, ainsi que dans sa propre observation, on retrouve une anamnèse ou des symptômes à peu près semblables : l'accident s'est toujours produit à la suite d'une torsion du pied en dedans, et l'examen local révèle une vive sensibilité au voisinage de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, une légère ecchymose et un peu de gonflement. La crépitation ne fut rencontrée qu'une seule fois et d'une manière très fugitive. La fracture est, en effet, rarement complète; elle siège à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse postérieure; le trait de fracture, bâillant légèrement en dehors, a une direction à peu près transversale.

Le mécanisme de cette fracture est probablement le suivant : le talon étant soulevé et fixé par la contraction musculaire, et le pied venant à tourner en dedans, tout le poids du corps pèse sur le bord externe du pied; le cinquième métatarsien, immobilisé en avant par le sol, en arrière par ses attaches ligamenteuses, se rompt, et la diaphyse s'enfonce peut-être plus ou moins dans l'épiphyse, comme le fait se produit dans la fracture du radius. (*Ann. of Surgery*, juin 1902.) — R. de B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Sur la valeur séméiologique de l'épilepsie partielle, par M. G. Seppilli.

La discussion qui a eu lieu l'année dernière à l'Académie de médecine de Paris, à propos de la valeur diagnostique de l'épilepsie partielle bravais-jacksonienne, a paru un moment remettre en question toute la doctrine des localisations cérébrales ; on se rappelle que M. Dieulafoy, ayant observé un cas d'épilepsie partielle chez un syphilitique, de nature à faire supposer l'existence d'un syphilome de la zone rolandique, et n'ayant constaté à l'autopsie de ce malade aucune tumeur de cette région, avait conclu de ce fait qu'il était impossible d'accorder aux convulsions épileptiques localisées la haute importance sémiologique qu'on s'accordait généralement à leur reconnaître (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 349, 365, 383, 389, 394 et 406). Aussi nous paraît-il intéressant de résumer les observations que l'auteur du présent travail oppose à la théorie du professeur de Paris.

M. Seppilli commence par rappeler que, depuis longtemps déjà, il est établi que la doctrine de Jackson, à savoir que l'épilepsie partielle doit être considérée comme un signe certain d'une lésion organique de la zone rolandique, est trop exclusive. Et, de fait, l'épilepsie localisée n'est pas exceptionnelle dans l'hystérie, l'urémie, le diabète, l'alcoolisme, etc., en l'absence de toute lésion macro ou microscopiquement décelable : ce symptôme traduit seulement une irritation — organique ou fonctionnelle — de la région motrice. C'est ainsi que l'auteur relate, comme cas de ce genre, l'observation d'un homme atteint de folie périodique, qui, dans une de ses périodes d'excitation, fut atteint d'accès d'épilepsie partielle du côté gauche, débutant par la face, puis se propageant au bras et enfin à la jambe; or, ce patient ayant succombé, on ne trouva à son autopsie qu'une hyperémie diffuse avec œdème de l'écorce, seulement un peu plus accentuée au niveau des tiers moyen et inférieur de la pariétale ascendante, ainsi que de la première pariétale.

Mais si ces exemples d'épilepsie bravais-jacksonienne sans lésion apparente de la zone rolandique sont incontestables, il n'en reste pas

moins que cette forme d'épilepsie, quand elle est bien caractérisée (début très nettement localisé, convulsions se propageant lentement de la périphérie vers le centre), quand le malade assiste conscient au développement de la crise, quand surtout elle s'accompagne de monoplégies pures ou associées persistantes, permet de porter avec infiniment de vraisemblance le diagnostic de lésion limitée, occupant la zone motrice ou située au voisinage immédiat de cette zone.

Il en était ainsi chez 2 malades dont M. Seppilli relate l'histoire : des crises d'épilepsie partielle, débutant par le bras droit et associées à une hémiparésie du même côté, dans l'un de ces cas, commençant par la face, le bras ou la jambe et compliquées d'une hémiparésie gauche surtout brachiale, dans l'autre, portèrent l'auteur à admettre l'existence d'une tumeur de la région rolandique, et l'examen *post mortem* démontra le bien fondé de cette hypothèse : on trouva chez le premier de ces patients un fibrome intéressant la partie moyenne de la zone rolandique gauche et les portions voisines des première et deuxième frontales; chez le second, il s'agissait d'un angiome caverneux de forme triangulaire, occupant le tiers moyen de la frontale ascendante droite, et dont la base correspondait à l'écorce, tandis que son sommet s'enfonçait dans la substance médullaire. (*Riforma med.*, 24 mai 1902.) — F. F.

Adénocarcinome des glandes sudoripares, par M. Italo Antonelli.

Une femme de quarante-deux ans, ayant souffert à plusieurs reprises d'infection malarique, ressentit un jour, en portant un fardeau, une douleur à la région inguinale droite et s'aperçut qu'elle présentait en ce point une grosseur du volume d'une noix, dure à la pression et indolente. Cette tumeur, pendant les trois mois qui suivirent, conserva les mêmes dimensions, mais devint douloureuse à l'occasion de la marche; par la suite, elle acquit un développement, ou plutôt une extension en surface, assez considérable, se propageant vers la cuisse et la grande lèvre droites, et atteignant même l'aine du côté opposé.

Cette femme s'étant fait admettre à l'hôpital de Grosseto, l'auteur put constater qu'il existait, à l'hypogastre, le long des sillons inguinaux et dans la région du triangle de Scarpa, de nombreuses proéminences groupées selon des lignes verticales à peu près parallèles, et constituant au total un vaste plastron, recouvert d'une peau non ulcérée mais adhérente, dur et à limites mal définies; des deux côtés les ganglions inguinaux étaient pris; à droite, les deux lèvres vulvaires et le mont de Vénus étaient également intéressés; enfin, du même côté, la paroi latérale du vagin portait une néoformation muriforme, rouge et friable, paraissant réunie par un cordon dur à la masse néoplasique principale.

L'opération comprit l'ablation de tout le plastron cutané induré, avec le tissu cellulaire correspondant, ainsi que la résection du tiers antérieur de la paroi vaginale droite, de la grande et de la petite lèvre du même côté, enfin l'extirpation des paquets ganglionnaires hypertrophiés. On put recouvrir par un lambeau autoplastique la vaste perte de substance résultant de cette exérèse. La guérison se fit sans incident.

L'examen microscopique de la pièce révéla qu'il s'agissait d'un adénocarcinome qui, bien qu'il eût envahi par places les papilles dermiques, avait partout respecté les couches de l'épiderme. Dans certains points de la tumeur, on pouvait reconnaître des glandes sudoripares encore normales; en d'autres, les glandes manifestaient déjà une certaine tendance à l'atypie (épaississement de la membrane basale, prolifération des cellules épithéliales qui étaient en même temps hypertrophiées, se disposaient irrégulièrement et tendaient à envahir la lumière glandulaire); ailleurs enfin, les tubes sudoripares étaient transformés en cordons cellulaires pleins, constitués par des éléments ayant acquis tous les caractères de cellules cancéreuses. En résumé, il était évident que cet adénocarcinome était d'origine sudoripare : on pouvait même observer toutes les transitions entre des productions simplement adénomateuses et des formations nettement carcinomateuses. (*Clinica chirurgica*, juin 1902.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du lupus par le radium.

Au cours de recherches sur les métaux radioactifs et, en particulier, sur le radium, plusieurs savants furent à même de constater que ces produits sont susceptibles d'exercer à distance, sur les tissus vivants, des lésions tout à fait analogues à celles que provoque, dans certaines conditions, l'emploi des rayons de Röntgen. Cette constatation accidentelle suggéra aux dermatologistes l'idée d'utiliser le radium dans le traitement des affections cutanées (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 373 et 1902, p. 229). A en juger d'après les 9 observations que M. le docteur A. Blandamour a recueillies dans le service de M. le docteur Danlos, médecin des hôpitaux de Paris, et qu'il vient de consigner dans sa thèse inaugurale, le radium constituerait un excellent moyen thérapeutique contre le lupus tuberculeux.

La méthode employée jusqu'à présent a consisté à faire agir sur les placards lupiques, pendant un laps de temps suffisant, des échantillons de radium assez puissants pour amener un érythème avec macération, phlycténisation et *ulcération* de la peau dans toute son épaisseur. A cet effet, M. Danlos s'est servi de plaques possédant des pouvoirs radio-actifs assez divers, suivant la proportion de radium qu'elles contenaient. Les résultats les plus favorables ont été obtenus au moyen de deux échantillons dont l'activité radiante était respectivement 5,200 et 19,000 fois supérieure à celle de l'uranium (le pouvoir radiant de ce dernier métal est pris comme unité dans la méthode d'estimation de M. Curie). La durée des applications a varié de vingt-quatre à quarante-huit heures. Toutefois, comme on n'a jusqu'à présent employé que des éléments relativement peu actifs et que le pouvoir radiant peut être porté jusqu'à un million, il est fort possible qu'on parvienne à réduire pour ainsi dire à l'infini les temps de pose et qu'on obtienne, à l'aide de plaques très puissantes, des effets modificateurs sans qu'il y ait pourtant ulcération du derme. La chose paraît d'autant plus vraisemblable que, dans les cas où les applications étaient trop faibles pour amener l'ulcération du derme, elles n'en ont pas moins influencé d'une manière favorable les lésions, en diminuant l'hyperémie et la tuméfaction de la région malade. A côté de la *méthode ulcéreuse* (applications prolongées), on peut, par conséquent, en concevoir une autre qui ne nécessiterait que des séances courtes et répétées et qui pourrait, par opposition avec la première, être dénommée *méthode sèche*.

Quoi qu'il en soit, tel qu'il a été expérimenté jusqu'à présent, le traitement par le radium donnerait dans la plupart des cas, au bout de trois à six semaines, une cicatrice blanche, lisse, mince et souple, constituant une guérison parfaite et qui paraît devoir être durable.

Ce procédé thérapeutique offrirait l'avantage d'agir plus rapidement que la photothérapie, tout en étant beaucoup plus facile à réaliser. Enfin, il serait très peu douloureux, à la condition d'éviter des applications trop prolongées et l'infection de l'ulcération. Aussi devra-t-on avoir soin de protéger celle-ci au moyen d'un pansement humide à l'eau boriquée.

Il se peut que la substitution à ce mode de pansement de feuilles métalliques minces (papier d'étain, lames de plomb, etc.), préalablement stérilisées, soit susceptible d'activer la cicatrisation, ces feuilles devant absorber les radiations actives qui pourraient rester accumulées au sein des tissus modifiés par le radium.

Emploi des injections sous-cutanées de scopolamine et de morphine dans la pratique obstétricale.

Les bons effets que M. le docteur B. Korff (de Fribourg-en-Brisgau) a obtenus par l'emploi de la méthode d'anesthésie préconisée par M. le docteur Schneiderlin (d'Emmendingen) (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 248), ont engagé M. le docteur R. von Steinbüchel, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Gratz, à expérimenter la même méthode dans la pratique obstétricale. Toutefois, comme il y avait lieu de craindre que le mélange de scopolamine et de morphine n'exerçât une action plus ou moins nuisible sur le fœtus, notre confrère s'en est tenu à de petites doses de ces deux alcaloïdes, injectant chaque fois 0 gr. 0003 décimilligrammes. de bromhydrate de scopolamine et 0 gr. 01 centigr. de chlorhydrate de morphine, et ne répétant l'injection qu'au bout de deux heures au minimum.

En procédant de la sorte, M. von Steinbüchel n'a jamais eu à enregistrer le moindre accident ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant. Une seule fois, il vit survenir, après la seconde injection du mélange en question, un accès d'agitation qui se dissipa, d'ailleurs, complètement au bout d'environ deux heures, et encore importe-t-il de tenir compte qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une primipare âgée de quarante-deux ans, très nerveuse, et qui était en travail depuis plusieurs jours déjà.

En général, les injections de scopolamine et de morphine exerceraient sur les parturientes une action sédative très marquée, sans entraver en quoi que ce fût la marche normale de l'accouchement ni donner lieu à de l'inertie utérine consécutive, comme cela s'observe parfois à la suite de la narcose chloroformique.

Il va de soi que le même procédé peut également être utilisé en vue d'une intervention obstétricale, à la condition de tenir compte que l'effet anesthésique de l'injection ne commence à se manifester qu'au bout d'une trentaine de minutes, pour atteindre son apogée une demi-heure ou une heure plus tard. D'ailleurs, toutes les fois que la narcose semble insuffisante au moment d'opérer, on peut sans inconvénient administrer soit le chloroforme (Korff), soit l'éther (Blos), et cela d'autant plus que, dans ces conditions, on n'aurait besoin d'employer qu'une quantité minime de l'un ou de l'autre de ces anesthésiques.

Cure radicale de l'hydrocèle par excision de la vaginale au thermocautère.

On sait que, dans les premières heures qui suivent l'excision de la vaginale au bistouri, il se produit presque toujours un suintement sanguin pouvant donner lieu à un hématome plus ou moins considérable, à moins qu'on n'ait soin de drainer la plaie. Et encore cette dernière précaution, si elle empêche la formation de l'hématome, ne met-elle pas à l'abri de l'hémorrhagie. Aussi, afin d'assurer l'hémostase, a-t-on proposé de toucher au thermocautère la tranche vaginale réséquée avec des ciseaux (Brault). Or, d'après l'expérience de M. le docteur A. Manson, chirurgien de l'hôpital Saint-Jacques, à Paris, il serait préférable de pratiquer la résection de la vaginale directement au thermocautère. Voici quel est le procédé adopté par notre confrère, et que M. le docteur L. Cailleron vient de décrire dans sa thèse inaugurale :

Le malade étant convenablement préparé et anesthésié, on pratique, sur la paroi antérieure de la tumeur, une incision verticale de 6 à 8 centimètres. On incise les diverses couches jusqu'à la vaginale, qu'il est facile de reconnaître à sa coloration bleuâtre, due à la distension par le liquide. On procède ensuite à l'énucléation de la tumeur, en la séparant, à l'aide des doigts ou des ciseaux, d'avec les tuniques voisines et d'avec les éléments du cordon. Cela fait, on ouvre la poche et, pendant qu'un assistant tend la vaginale qui flotte, on excise, au moyen du thermocautère chauffé au rouge sombre, toute la séreuse, sans le moindre écoulement sanguin. Le testicule, privé de la vaginale pariétale, est alors essuyé avec une compresse stérilisée, humectée d'eau oxygénée; puis on le replace dans le scrotum, et on fait un premier plan de sutures, composé de quatre ou cinq points au catgut, comprenant les diverses couches situées entre la peau et la glande spermatique, de façon à arrêter le suintement des vaisseaux sectionnés par l'incision cutanée. Les lèvres de celle-ci sont ensuite réunies à l'aide de quelques sutures superficielles peu serrées. La douleur post-opératoire serait nulle.

Au bout de huit jours, on enlève la moitié des fils superficiels; le dixième jour, on retire les autres, et, quarante-huit heures après, on peut autoriser les malades à reprendre leurs occupations, en les engageant seulement à porter pendant quelque temps un suspensoir.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu (de Lyon). — M. le professeur M. Jaboulay.

Chirurgie des artères; ses applications à quelques lésions de l'artère fémorale.

Le malade que je vous présente aujourd'hui va nous permettre d'aborder ensemble certaines questions discutées de la chirurgie des artères, et vous verrez que sur ce terrain existent encore bien des points inexplorés, susceptibles d'intéresser les expérimentateurs et les chirurgiens. De très récentes recherches nous font, en effet, entrevoir une méthode toute nouvelle, basée sur les sutures et les anastomoses des vaisseaux, méthode qui sera peut être féconde en applications thérapeutiques. Mais examinons tout d'abord notre malade.

Un jeune garçon boucher, âgé de seize ans, était occupé, un matin vers six heures, à désosser un morceau de viande, quand son couteau, faisant une échappée, vint le frapper à la partie inférieure droite de l'abdomen, immédiatement au-dessus du pli de l'aine. Le blessé se sentit mouillé, quitta immédiatement son pantalon, et s'aperçut qu'il était inondé de sang; un jet pourpre jaillissait à 15 ou 20 centimètres de hauteur, au dire du jeune homme; il fit aussitôt, et lui-même, de la compression avec la main : l'hémorrhagie s'arrêta alors pour reprendre dès qu'il cessa de comprimer. Il suspendit ainsi le cours du sang pendant une demi-heure environ, et put marcher jusqu'à la voiture qui le transporta à l'hôpital où on lui fit un premier pansement.

Quand je le vis, quelques heures après, je pus constater, en découvrant la région, une petite plaie linéaire, de 1 centimètre d'étendue environ, siégeant à un travers de doigt au-dessus de l'arcade fémorale droite et à 1 centimètre en dedans du milieu de cette arcade, à laquelle elle était parallèle.

La peau était, à ce niveau, modérément distendue par un hématome intrapariétal qui descendait jusqu'au sommet du triangle de Scarpa, remontant d'autre part jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope. Il ne s'écoulait point de sang par l'orifice de la plaie, momentanément obstrué par un caillot.

Mon premier mouvement fut d'explorer les artères du membre inférieur; mon doigt posé sur le trajet de la fémorale le long de la cuisse, sur celui de la tibiale derrière la malléole interne, enfin sur la pédieuse au niveau du dos du pied, me permit de constater de suite que les battements y étaient facilement perceptibles, sans différence appréciable avec ceux des artères du membre opposé, examinées comparativement. Il n'y avait, non plus, aucun trouble sensitif ou moteur pouvant faire penser à une section nerveuse, aucune gêne de la circulation veineuse, indiquant qu'une grosse veine fût intéressée.

Il s'agissait, évidemment, d'une plaie artérielle; la hauteur à laquelle s'était élevé le jet de sang, et qui avait frappé le malade, suffisait à nous le prouver. Mais quelle était cette artère lésée?

Si c'eût été l'iliaque externe, nous aurions dû avoir des signes du côté du péritoine, car la séreuse eût été fatalement traversée, et probablement infectée par ce couteau malpropre; en l'absence même d'infection, le sang eût suffi pour provoquer une réaction péritonéale. Or, nous n'avions ni vomissements, ni dypsnée, ni accélération du pouls, aucun signe enfin de cette réaction. Si nous ajoutons que les battements étaient conservés sur la pédieuse et sur la tibiale postérieure, et d'autre part que, d'après le malade, le couteau ne s'était enfoncé que de 2 centimètres environ (affirmation qui, nous le verrons, n'était pas exacte), nous aurons donné tous les éléments de diagnostic qui nous firent repousser la blessure de l'iliaque.

Nous ne pensions pas, à ce moment, à celle de l'artère fémorale, je l'avoue. Le patient nous parlait d'un coup de couteau dirigé perpendiculairement au plan de la paroi abdominale, d'une profondeur de 2 centimètres; nous avions donc des motifs suffisants de localiser la plaie aux vaisseaux épigastriques.

Une blessure de ce genre n'était pas, évidemment, incapable de guérir spontanément, sans intervention de notre part. L'hémostase spontanée était un fait accompli; l'hématome pouvait se résorber peu à peu, l'orifice cutané se cicatriser. Oui, mais il faut compter, en présence de ces cas, avec des complications fréquentes. Le couteau étant très probablement infecté, nous devions nous attendre à ce que l'hématome suppurât. La conséquence était facile à prévoir : désunion secondaire de la plaie, hémorrhagies tardives qui sont, vous ne l'ignorez pas, d'une haute gravité.

J'ai vu jadis, à l'hôpital de la Croix-Rousse, un garçon boucher qui s'était ouvert la fémorale profonde dans un accident semblable à celui-ci. On ne le toucha pas; quelques jours plus tard éclatèrent des accidents formidables d'hémorrhagie secondaire; aucun moyen thérapeutique ne réussit à les arrêter, et le blessé expira, saigné à blanc.

Mais admettons que cette complication ne se produise pas. N'y a-t-il pas à craindre pour plus tard la formation d'un anévrysme? Malgré l'opinion classique, je crois à la possibilité de cette pathogénie. La paroi se répare, mais avec un tissu moins solide; l'ondée sanguine repousse cette cicatrice, et ainsi se constitue la tumeur anévrysmale. Il était donc indiqué d'opérer ce blessé pour le mettre à l'abri des complications secondaires, tant précoces que tardives.

Voici quelle fut notre intervention. Il fallait d'abord aller à la recherche du vaisseau sectionné; j'ai dit que la plaie superficielle siégeait à un travers de doigt au-dessus du pli de l'aine, un peu en dedans du milieu de l'arcade. Par une première incision, transversale, nous avons débridé parallèlement à l'arcade, et, tout de suite, nous avons vu que le trajet qu'avait suivi la lame était, non pas perpendiculaire à la paroi, mais très oblique par rapport à celle-ci.

Une exploration de ce trajet avec la sonde cannelée nous a conduit sous l'arcade de Fallope et, pour le mettre bien au jour, nous avons dû sectionner cette arcade par une incision verticale. Tout ce tunnel était rempli de caillots que nous enlevâmes à mesure; un dernier caillot était au contact de l'artère fémorale, et son ablation provoqua un fort jet de sang. On put ainsi juger du réel dégât.

Il existait un orifice de quelques millimètres sur la paroi antérieure et un peu en dedans du vaisseau artériel; la plaie était transversale par rapport à l'artère, ses bords étaient réguliers. Que pouvions-nous faire alors?

L'idée d'une suture latérale se présentait évidemment à l'esprit. Mais c'est là une opération dont la technique n'est pas encore absolument parfaite; le passage des fils est délicat : il est bien difficile de ne pas faire traverser complètement la paroi vasculaire à l'aiguille et de ne la faire cheminer que dans l'épaisseur de celle-ci, et alors il se dépose un thrombus sur l'endartère : l'oblitération que l'on voulait éviter se produit. Bref, sans réprouver les tentatives de ce genre, j'ai cru plus simple de faire la ligature. J'ai pour cela passé et noué un fil de catgut immédiatement au-dessus de l'orifice. Le sang revint par le bout inférieur et je dus placer un second fil au-dessous de la plaie. L'hémostase n'était pas encore complète, le sang revenant par une collatérale située en dehors : je dus établir une troisième ligature sur ce vaisseau. Cette fois la plaie demeura étanche. Disons en passant que cette collatérale était probablement la circonflexe iliaque naissant un peu plus bas que d'habitude.

Ainsi nous avions fait la ligature de l'artère fémorale immédiatement au-dessous de l'anneau crural, oblitérant de la sorte la principale voie par laquelle le membre inférieur reçoit son sang artériel. En pareil cas, voici ce qui se passe : l'atrophie, qui se forme aussitôt au-dessous de la ligature, s'étend très loin, obturant non seulement le tronc fémoral, mais la poplitée et plus bas jusqu'à la pédieuse; nous verrons tout à l'heure comment peut se rétablir la circulation ainsi modifiée; mais auparavant étudions les suites cliniques de cette intervention.

L'état général était peu altéré. Il n'y eut aucune élévation thermique, aucune espèce de réaction. Tout de suite après l'opération, la température locale subit un abaissement notable; le thermomètre spécial, placé sur le dos du pied, nous fournit les renseignements suivants :

Après une demi-heure, il marquait au membre sain 31°6, au membre blessé (le droit) 29°2, soit une différence de 2°4. Une heure après il y avait 31° à gauche, 28°6 à droite. Puis le réchauffement se fit progressif, la différence entre les deux membres ne fut plus que de 1°5, six heures après la ligature; de 0°5, vingt-quatre heures après. Au bout de quarante-huit heures, elle était encore de 0°5.

Les battements artériels ne reparurent pas, ni à la poplitée, ni sur la tibiale postérieure, ni sur la pédieuse. Du côté de la circulation veineuse, il y eut tout à fait au début un peu de stase; les veines du pied étaient gonflées, et cela s'explique par la diminution de la *vis a tergo*. Mais en quelques heures ce phénomène disparut.

Au point de vue de l'innervation, aucune altération de la sensibilité, pas de douleur consécutive, pas d'anesthésie, pas de troubles moteurs. On nota cependant, le soir de l'opération seulement, une légère hypoesthésie du dos du pied, qui fut très fugace et disparut dès le lendemain.

Il n'y a donc aujourd'hui (six jours après notre intervention) que ce fait anormal : la suppression du pouls aux points où on le cherche d'habitude sur le membre inférieur. Ce pouls restera supprimé sinon toujours, au moins pendant de longues années; en voici la raison. La circulation ne se fait guère, désormais, par le grand courant fémoro-pédieux, mais surtout par une autre voie; le sang passe par l'anastomose de l'ischiatique et des circonflexes avec les rameaux de la région antérieure, au moyen des perforantes; de là il se répand dans les articulaires, et par les récurrentes dans les branches tibiales. Des rameaux habitués à charrier une faible quantité de liquide nourricier ont pris brusquement une importance considérable : il a fallu pour cela qu'ils subissent une dilatation énorme. Heureusement nous avions affaire à un sujet jeune, aux tissus élastiques et souples, et c'est ce qui explique sa prompte adaptation au nouvel état de choses.

Parmi les branches qui doivent se distendre, il faut mentionner spécialement les artères du nerf sciatique; leur dilatation a provoqué dans nombre de cas des douleurs du côté de ce nerf; chez notre malade nous n'avons heureusement rien noté de tel.

De tout cela nous pouvons conclure à la guérison complète et rapide de notre blessé, par une véritable *restitutio ad integrum* de sa circulation. Les faits nous ont donc donné raison et prouvé que nous avions choisi la meilleure intervention; car nous sommes plus tranquilles, au point de vue de l'avenir, que si nous avions fait une simple suture latérale. Mais nous devons reconnaître que le cas était particulièrement favorable, et cela parce que notre patient était jeune, avait des artères en excellent état, véritablement complaisantes.

Quand les conditions sont autres, la ligature du principal tronc artériel du membre inférieur

à sa racine peut n'être pas aussi innocente. Laissez-moi vous rappeler l'histoire de ce malade du service, artérioscléreux, porteur d'une tumeur qui battait et soufflait dans le creux poplité, de cet homme qui avait de l'œdème de la jambe et ne pouvait plus marcher. Vous vous en souvenez, il avait un anévrysme sacciforme extrêmement volumineux, de 19 centimètres de circonférence. Chez lui, nous fîmes l'extirpation de l'anévrysme, supprimant 2 ou 3 centimètres de l'artère poplitée, sans sacrifier cependant plus d'une collatérale : une des articulaires. Après notre opération, il ne survint aucun phénomène extraordinaire, pas d'infection, pas de crampes, de parésie ni d'anesthésie; il y eut seulement suppression du pouls au niveau de la pédieuse et de la tibiale postérieure. Là encore le canal principal du sang artériel s'est atrophié au-dessous de la ligature, et la circulation a dû se rétablir par l'hypertrophie des courants accessoires. La plaie ne s'est cependant pas cicatrisée sans incidents. De temps en temps, ce malade a encore de petites hémorrhagies par sa plaie, qui bourgeonne bien mais n'est pas encore entièrement fermée; on dirait que, au niveau de ces bourgeons charnus, se fait une circulation hyperactive qui est cause de ces écoulements sanguins intermittents, écoulements qui n'ont jamais été inquiétants, du reste.

Ce patient va donc guérir, lui aussi, mais sa circulation gardera le caractère qu'elle présente actuellement, c'est-à-dire qu'il faudra chercher le pouls ailleurs que sur les branches qui en sont le siège ordinaire. Chez cet homme athéromateux, si nous avions pratiqué la même opération que chez notre jeune garçon boucher, si nous avions lié la crurale au niveau de l'arcade de Fallope, nul doute qu'il eût présenté de la gangrène du pied; nous aurions vu des plaques livides apparaître sur ses orteils, remonter plus ou moins haut sur le membre, et nous aurions été obligés d'en venir à l'amputation.

Vous en trouveriez la preuve dans l'histoire d'un troisième malade actuellement dans nos salles et qui, lui aussi, offre un cas intéressant comme se rapportant encore à la chirurgie des artères. Celui-là a quarante-sept ans; il a eu des habitudes alcooliques, buvant volontiers de l'absinthe, un petit verre par jour d'eau-de-vie ou de cognac, trois litres de vin; il présente un léger tremblement des mains. Il y a deux ans, il commença à ressentir des douleurs dans le pied droit; elles survenaient dès qu'il avait marché un peu et provoquaient de la claudication intermittente, ce signe précoce d'un insuffisant apport artériel. En novembre 1901, il entra à l'hôpital, dans mon ancien service de la salle Saint-Louis, les phénomènes de douleur et d'impotence s'étant accusés davantage; il se plaignait aussi d'une continuelle sensation de froid dans le pied droit. Vers le mois de janvier 1902 apparurent des taches noires au niveau du petit orteil; ces taches grandirent lentement, envahirent au bout de deux mois le gros orteil et la partie antérieure du dos du pied. Vers le 15 mars, je pratiquai l'amputation de Chopart.

Huit jours plus tard, j'eus la preuve que mon intervention serait inutile; en effet, le lambeau se sphacélait, la gangrène continuait son implacable marche ascendante et six semaines après s'étendait jusqu'à mi-jambe; plus haut, le membre était froid jusqu'au-dessus du genou et les douleurs, plus vives que par le passé, nécessitaient des injections de morphine presque quotidiennes.

Puis ce furent des escharres au niveau du grand trochanter; le pouls n'était presque plus perceptible à la fémorale du côté droit; à gauche il était déjà sensiblement diminué. On essaya à ce moment le traitement par les peptones en injection, méthode qui a été vantée comme capable de s'opposer aux coagulations intra-vasculaires. Nous n'en tirâmes aucun bénéfice.

Il fallut nous résoudre à intervenir pour la seconde fois et l'amputation de cuisse fut pratiquée, sans bande d'Esmarch, à la partie moyenne; c'est à peine si les artères sectionnées donnèrent un peu de sang. Deux ligatures sur des artérioles suffirent à assurer l'hémostase.

Cette fois la cicatrisation se fit normalement et nous pouvions espérer que le malade était au bout de ses peines, lorsque, quelques jours après l'opération, apparut au niveau du talon gauche une de ces fatales petites taches noires qui avaient marqué le début des accidents du côté droit; les mêmes phénomènes de refroidissement, d'extinction progressive du pouls dans les principaux troncs se reproduisirent cette fois encore.

Que faire? allions-nous être acculés à nouveau à l'amputation de cuisse? avant d'en arriver à cette extrémité, nous avons, avec le consentement du malade, voulu tout essayer pour conserver le membre, et voici l'opération à laquelle nous avons eu recours : nous avons anastomosé la veine fémorale avec l'artère — ce qui a déjà été tenté deux fois par un chirurgien de Madrid, M. A. San Martin y Satrústegui (1) —; notre but était de réaliser une communication qui permît au sang rouge d'utiliser les vaisseaux à sang noir en y parcourant un chemin rétrograde, comme il arrive dans les anévrysmes artérioso-veineux.

Nous avons utilisé la technique opératoire suivante : après avoir mis à nu les vaisseaux, nous avons pratiqué sur eux deux incisions, parallèles à leur axe et bien en face l'une de l'autre; nous avons alors passé des fils unissant la lèvre postérieure de la plaie veineuse à la lèvre correspondante de la plaie artérielle; puis nous avons passé des fils de la même façon au niveau des lèvres antérieures de ces deux plaies, absolument comme on le fait dans une anastomose gastro-intestinale. Pendant que nous pratiquions la suture, un fil était placé sur le segment sus-jacent des vaisseaux. Mais à ce niveau, il existait une petite plaque d'athérome, ce qui montre bien que le cathétérisme des artères, qu'on a conseillé pour des cas semblables, eût été insuffisant. Cette ligature provisoire a eu un effet malheureux, elle a dû casser en quelque sorte cette artère indurée, amener l'effacement définitif de sa lumière, car le refroidissement du pied s'est exagéré. Les pulsations n'apparurent pas dans les veines (le soir seulement, et le lendemain de l'opération, on crut en percevoir dans la veine poplitée, mais elles ne persistèrent pas). La saphène se distendit nettement, mais c'était par simple stase circulatoire : elle se remplissait, en effet, de bas en haut, comme le montrait l'épreuve du doigt.

La température locale du dos du pied baissa progressivement; elle passa de 28° à 25° le lendemain de l'intervention, puis à 24° et à 23°6 huit jours après. Depuis lors, les douleurs spontanées augmentent, le sphacèle progresse, l'état est évidemment pire qu'auparavant.

On pourrait peut-être encore essayer ceci : puisque le bout sus-jacent à l'arcade est oblitéré, il faudrait chercher l'iliaque externe, la couper en un point perméable et l'implanter dans la portion correspondante de la veine voisine, bout à bout, au moyen d'une suture intrapariétale circulaire, comme on l'a fait quelquefois pour tenter la réunion d'une artère coupée.

Ce serait évidemment bien aléatoire, mais n'est-ce pas la seule chance que nous ayons de voir reprendre la circulation par le système veineux artérialisé ? Je doute, toutefois, que ce pauvre homme, déjà si éprouvé, consente à cette tentative nouvelle, et je crains bien qu'il n'y ait plus d'autre alternative pour lui que l'amputation de cuisse, situation horrible pour ce malheureux, puisqu'il serait ainsi privé de ses deux membres inférieurs.

(1) A. San Martín y Satrústegui. Cirugía del aparato circulatorio. Madrid, 1902, p. 69. — (Analysé *in Semaine Médicale*, 1902, p. 395.)

Quoi qu'il en soit, cette idée d'utiliser les voies veineuses, quand les voies artérielles viennent à manquer, mérite d'être sérieusement étudiée. J'ai prié un prosecteur de notre Faculté, M. Carrel, de réaliser sur le chien l'anastomose de l'artère carotide et de la veine jugulaire, et il l'a fait avec succès (1). Je voulais savoir ce que pourrait donner cette opération expérimentalement, avant de l'appliquer à l'homme, car je pensais qu'elle serait capable de rendre des services dans les cas d'irrigation artérielle insuffisante de l'encéphale par thrombose donnant le ramollissement, ou par arrêt de développement congénital; et, dans ma pensée, les ramollissements, les ischémies et les idioties microcéphaliques devraient être les premières affections susceptibles de bénéficier de cette opération qui emprunte aux veines la voie de transport du sang oxygéné. Déjà, on sait que les anévrysmes artérioso-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne ne provoquent pas de troubles cérébraux, et d'autre part, il est de connaissance courante que la stase veineuse favorise le développement des membres en longueur comme en épaisseur; la bande d'Esmarch, appliquée de façon à gêner seulement le retour du sang veineux, amène à la longue l'hypertrophie du membre. C'est d'après ces faits que je pense que l'afflux du sang artériel dans les veines du cou et de l'encéphale peut réveiller ou augmenter la vitalité de celui-ci.

Il n'y aurait pas à craindre la stase veineuse dans l'hémisphère correspondant à l'anastomose, parce que les communications des veines hémisphériques entre elles, d'une part, et avec les veines extra-crâniennes, d'autre part, sont très développées et assurent le retour du sang veineux; enfin, la ligature de la veine jugulaire ne détermine ni l'œdème de l'encéphale, ni aucun trouble cérébral.

Vous voyez qu'il y a là un terrain inconnu à explorer, et nous le ferons en nous aidant de l'expérimentation dont les premiers résultats sont véritablement encourageants.

Au point de vue purement clinique, retenez les exemples que je vous ai mis sous les yeux et qui vous montrent suffisamment combien influent sur la chirurgie des artères les conditions d'âge, de diathèse, de plus ou moins de résistance de l'étoffe vasculaire. Et n'oubliez pas qu'il ne suffit point de raisonner ces cas au point de vue mécanique pur, mais qu'il faut tenir compte, dans une large mesure, de la manière dont l'organisme de vos malades est capable de réagir pendant la période de réparation qui suivra votre acte opératoire.

BULLETIN

Comme quoi la loi allemande sur la prophylaxie des maladies épidémiques impose au médecin une responsabilité plus grande que ne le fait la loi française.

Dès que fut votée par le Parlement allemand la loi impériale du 30 juin 1900 relative à la prophylaxie des maladies contagieuses, nous eûmes le soin, dans nos commentaires, de faire remarquer la différence des prescriptions de cette loi avec le texte de l'article 15 de la loi sur l'exercice de la médecine en France. Voici ce que nous écrivions à ce sujet : « Ce ne sont pas seulement les cas avérés de maladie ou de décès dus à la lèpre, au choléra, au typhus, à la fièvre jaune, à la peste et à la variole qui doi-

(1) Carrel. La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères. (*Lyon méd.*, 8 juin 1902 et *Semaine Médicale*, 1902, p. 324.)

vent être déclarés, mais encore les cas suspects. Le médecin ne peut donc pas se retrancher ici, comme en France, derrière un diagnostic encore imprécis » (Voir *Semaine Médicale*, 1900, Annexes, p. CVI).

Cette manière de voir a reçu dernièrement en Allemagne une confirmation judiciaire. Un médecin d'Albendorf, petite localité de Silésie où se rendent un grand nombre de pèlerins, n'ayant pas reconnu la variole chez un ouvrier étranger à la commune, ni chez un autre individu tombé malade après le précédent, ne fit pas la déclaration de ces deux cas; par suite, les autorités ne prirent au début aucune mesure, et, à leur retour, les pèlerins importèrent la maladie dans leurs foyers; il s'ensuivit que dans le comté ainsi que dans les districts frontières on constata au total 65 cas de variole, dont 6 mortels.

Le médecin d'Albendorf fut poursuivi devant le tribunal correctionnel de Glatz; le ministère public relevait contre l'homme de l'art le délit visé par l'article 327 du Code pénal (1) et demandait une condamnation à six mois d'emprisonnement. Notre confrère invoquait à sa décharge que l'Allemagne étant pour ainsi dire indemne de variole (2), il n'avait pas eu l'occasion d'étudier cette maladie et que, ne la connaissant pas, il s'était trouvé dans l'impossibilité de la diagnostiquer. De là était résultée la non-déclaration des deux cas en question, dont l'un avait été considéré comme étant de la varicelle et l'autre comme un érysipèle bulleux. Mais le tribunal, malgré les dires d'une partie des experts commis dans l'affaire, n'a pas admis les moyens de défense invoqués par notre confrère; il n'a pas admis non plus la thèse du ministère public, et a déclaré le prévenu non coupable du délit prévu par l'article 327 du Code pénal; toutefois, comme la loi impériale du 30 juin 1900 prévoit la déclaration de tout cas suspect, il a décidé que le médecin avait commis une contravention à ladite loi (art. 1 et 2) et l'a condamné à une amende de 150 mark (187 fr. 50), maximum de la peine.

On voit ici la différence qui existe entre la législation française et la législation allemande : tandis qu'en France, le médecin n'est tenu à faire la déclaration qu'après avoir établi son diagnostic, et peut au besoin se prévaloir d'un diagnostic encore imprécis, la loi allemande oblige le médecin à faire la déclaration de tous cas tombant sous le coup de la loi du 30 juin 1900, que la maladie soit confirmée ou non, ce qui porte les juges à refuser au médecin le droit de se tromper, et à admettre que, si l'homme de l'art se trompe en ne déclarant pas un cas quelconque reconnu ultérieurement pour une des six maladies visées par ladite loi, il doit être puni. La loi française est plus rationnelle que la loi allemande, puisqu'elle tient compte de l'erreur involontaire que le praticien peut commettre dans l'exercice de sa profession, surtout quand il s'agit du ou des premiers cas d'une maladie épidémique.

(1) Voici la traduction française de l'article 327 du Code pénal allemand :

« Sera puni d'un emprisonnement pouvant durer deux années, quiconque, en connaissance de cause (*wissentlich*), aura violé les mesures d'isolement ou de surveillance, ou bien les interdictions relatives à l'importation qui ont été prescrites par l'autorité compétente pour empêcher l'importation ou la propagation d'une maladie contagieuse.

» L'emprisonnement sera de trois mois à trois ans, si, à la suite de cette violation, une personne a été atteinte d'une maladie contagieuse. »

Pour que cet article soit applicable à un médecin qui n'a pas fait la déclaration prescrite par la loi du 30 juin 1900, il faut que les juges reconnaissent l'homme de l'art coupable de n'avoir pas fait, *de propos délibéré*, la déclaration à laquelle il est obligé, alors qu'il savait parfaitement se trouver en présence d'un cas d'une des six maladies contagieuses visées.

(2) Nous croyons devoir signaler à ce propos que notre collaborateur, M. le docteur Villaret, nous informait naguère « que pas un seul des médecins militaires allemands actuellement vivants n'a vu un soldat allemand atteint de variole ». Or, dans l'armée française on compte, bon an mal an, une soixantaine de cas de variole.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er décembre 1902.

Le cœur à l'état normal et au cours de la grossesse.

MM. Ch. Bouchard et **Balthazard**. — Au moyen du procédé de projection orthogonale de Guilleminot, nous avons pu obtenir des tracés du cœur, dont il était possible de mesurer l'aire au moyen du planimètre d'Amsler.

Nos recherches ont porté sur 49 individus (13 hommes et 36 femmes, dont 9 enceintes); la surface moyenne du cœur, pour l'ensemble de ces sujets, a été trouvée égale à 81 c.q. 5; chez l'homme, elle était de 89 c.q. 5; chez la femme non enceinte, de 76 c.q. Cette différence entre les deux sexes doit être attribuée à la taille plus petite, à la complexion plus grêle, à la musculature plus faible chez la femme que chez l'homme; en effet, si le rapport de la surface cardiaque au décimètre de taille est moins élevé dans le sexe féminin (4.92 contre 5.34), par contre, le rapport de la même surface au poids et à l'albumine fixe totale est sensiblement égal dans les deux sexes; le rapport de cette surface à la surface de section du thorax est même un peu plus fort chez la femme, parce que le développement du thorax est chez elle relativement moindre que celui des organes abdominaux et du bassin : à égalité de poids et de taille, la surface cardiaque doit être identique chez la femme et chez l'homme, bien que chez la première la surface thoracique soit plus faible.

La pression artérielle, mesurée à l'aide de l'appareil de Riva-Rocci, a été en moyenne de 16 centim. 3 pour les deux sexes.

La grossesse entraîne du côté du cœur quelques modifications que l'on ne pouvait guère que soupçonner jusqu'ici : la surface cardiaque est accrue en valeur absolue, de même que les rapports de cette surface à la taille d'une part, à la surface de section du thorax d'autre part; mais le rapport de la même surface au poids est stationnaire ou un peu diminué, vu qu'au poids de la femme s'ajoute celui du fœtus et de ses enveloppes, lequel s'accroît aussi vite, sinon plus, que la surface du cœur; au contraire, la quantité d'albumine fixe n'ayant pas varié, il s'ensuit que le rapport de l'aire cardiaque à cette albumine est nettement accru.

Enfin, à l'état de grossesse, la pression artérielle moyenne n'est plus que de 16 centimètres.

Recherches physiologiques sur les effets de la sympathicectomie cervicale.

MM. Moussu et **Charrin**. — La résection du sympathique cervical, proposée contre l'épilepsie et le goitre exophtalmique, est considérée comme susceptible de déterminer des troubles trophiques importants du côté de l'extrémité céphalique.

Pour voir si cette crainte est justifiée, nous avons fait une série de recherches expérimentales, en opérant sur de jeunes animaux, chez lesquels nous supposions que les troubles trophiques éventuels devaient, en raison de l'activité du développement, être plus apparents que chez les adultes. Or, nous avons pu nous convaincre que, même chez des animaux très jeunes (bouc et chevrette de quinze jours, chien et chienne de dix jours), la résection du sympathique cervical entraîne du côté correspondant une modification indéniable mais minime de la physionomie : l'œil est plus enfoncé dans l'orbite et la fente palpébrale paraît moins grande, la pupille est plus contractée, sans que toutefois le globe oculaire soit sensiblement diminué de volume.

Dans ces conditions, nous croyons que si les bons effets de la sympathicectomie étaient confirmés, on serait autorisé à recourir à cette intervention.

Hémoglobinurie musculaire.

MM. J. Camus et **P. Pagniez**. — Nous avons naguère pu démontrer l'existence d'une hémoglobinurie musculaire (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 277). Nos recherches ultérieures nous ont permis de préciser certains points du mécanisme de production de cette variété d'hémoglobinurie. C'est bien à l'hémoglobine contenue dans le muscle qu'elle est due : le suc d'un muscle débarrassé de sang par le passage de plusieurs litres d'eau salée dans l'aorte abdominale la provoque, tandis que le suc musculaire privé de son hémoglobine par l'ébullition ou le contact avec du noir animal est incapable de la déterminer, même après addition d'hémoglobine globulaire; de même, le suc des muscles rouges du lapin donne de l'hémoglobinurie, alors que le suc des muscles blancs n'en donne pas; enfin, le taux d'hémoglobine excrétée avec l'urine est le même, que l'on injecte du suc musculaire pur ou additionné d'hémoglobine globulaire : cette dernière ne provoque l'hémoglobinurie qu'à doses très élevées (1/60 du poids du sang, d'après Ponfick).

Aussi pensons-nous qu'il y a lieu de distinguer cliniquement trois espèces d'hémoglobinurie : 1° l'hémoglobinurie musculaire par lésion des muscles; 2° l'hémoglobinurie globulaire par destruction massive de globules rouges dans le sang circulant; 3° l'hémoglobinurie globulaire par action globulicide (toxique ou osmonocive) de l'urine. Quant à l'hémoglobinurie *a frigore*, elle ressortirait au premier groupe, et serait causée par les frissons musculaires consécutifs à l'impression de froid : dans tous les cas, en effet, où nous avons produit de l'hémoglobinurie par action directe sur le muscle, nous avons observé non seulement de la contracture, mais aussi un tremblement fibrillaire intense.

Sur la formation des anticorps dans le sérum des animaux vaccinés.

MM. A. Calmette et **E. Breton** adressent une note tendant à prouver que la répétition, chez un même animal, des injections immunisantes, loin d'augmenter l'activité des anticorps (immunisines ou hémolysines), la diminue au contraire assez rapidement; mais les animaux immunisés, quand on les a laissés au repos pendant plusieurs mois, fournissent des sérums beaucoup plus actifs après deux nouvelles injections immunisantes, succédant ainsi à une période de repos prolongé.

Sur les variations du phosphore minéral, conjugué et organique des tissus animaux.

M. A.-L. Percival envoie une note relative à des recherches d'où il résulte que le phosphore conjugué abonde surtout dans les tissus jeunes ou en voie d'évolution (testicules de veau, thymus, ovaire), ainsi que dans ceux qui ont à accomplir un travail considérable (cerveau, poumon, cœur, rate, intestin, pancréas, mamelle), où la proportion du phosphore conjugué atteint presque la moitié du phosphore total; quant au phosphore organique, c'est surtout dans les muscles, l'ovaire, le cerveau et le cœur qu'on le trouve.

M. E. Maurel adresse une note démontrant que, d'une façon générale, les adultes ont, par kilogramme, une quantité de foie moindre que les jeunes; dans la même espèce animale, ce sont les individus de petite taille qui ont proportionnellement la quantité de foie la plus considérable; cette quantité est proportionnellement plus élevée dans les espèces à alimentation animale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 26 novembre et 3 décembre 1902.

De l'orchite par effort.

M. Monod. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Coutaud (médecin de la marine). Il s'agit d'un cas d'orchite survenue chez un marin qui avait fait la veille un effort violent. Notre confrère crut d'abord à l'existence d'une épididymite tuberculeuse, mais il put bientôt se rendre compte qu'il avait affaire à une véritable orchite par effort.

On réunit sous cette dénomination commune deux ordres de faits, les uns caractérisés par une tuméfaction épididymaire d'origine traumatique, par suite de ruptures vasculaires simulant l'épididymite, les autres correspondant à des cas d'épididymite vraie où une infection

d'origine uréthrale semble être la cause réellement efficiente, même lorsque le traumatisme a précédé l'apparition de la lésion et a ainsi ouvert une porte à l'infection.

M. Bazy. — Je pense que, sauf de très rares exceptions, les épididymites ne se développent pas en l'absence d'une infection uréthrale; mais, dans les cas que l'on serait tenté d'attribuer au traumatisme, il n'est pas toujours facile de reconnaître l'existence de cette infection.

M. Moty. — J'ai eu l'occasion d'observer, chez un homme de vingt-six ans, une série de poussées d'orchite survenant à la suite d'un simple effort et disparaissant ensuite rapidement.

M. Sébileau. — Je suis convaincu, en raison de cette dernière particularité, qu'il ne s'agissait pas dans ce cas d'une orchite par effort.

Traitement de l'appendicite.

M. Reynier. — Je me déclare partisan de la temporisation, qui m'a donné d'excellents résultats. En effet, sur 71 cas que j'ai traités par l'expectation, 59 ont guéri par le traitement médical seul et je n'ai eu à déplorer que 2 décès: il y avait un abcès rétrocæcal dans l'un de ces faits et une appendicite gangreneuse dans l'autre. Je suis absolument convaincu que, si le traitement par la glace et l'opium était institué dès le début des accidents, on n'observerait pour ainsi dire plus de cas graves d'appendicite.

M. Michaux. — Sur 50 malades atteints d'appendicite que j'ai observés cette année, 45 ont été opérés, dont 39 à froid avec 39 guérisons, et 6 à chaud avec 4 guérisons et 2 morts. Des 5 autres, 4 ont été si satisfaits du résultat du traitement médical qu'ils n'ont pas accepté l'opération à froid. Il en est un cependant que j'ai vu mourir de péritonite généralisée, au cours du traitement médical; il s'agissait, il est vrai, d'un albuminurique dont l'état général était assez peu satisfaisant. Je reste de plus en plus partisan de la temporisation et de la méthode de refroidissement.

M. Potherat. — Je n'opère pas l'appendicite après une attaque légère; d'autre part, lorsqu'un abcès s'ouvre dans l'intestin, je n'interviens que si une induration persiste dans la fosse iliaque, et si la guérison ne survient pas spontanément. En dehors de ces deux catégories de faits, j'opère tous les cas d'appendicite, mais après avoir temporisé, de façon à pratiquer autant que possible l'intervention à froid. Je suis partisan de l'opération précoce seulement pour les malades auprès desquels nous sommes appelés tout à fait au début des accidents; quoi qu'on en ait dit, le diagnostic d'appendicite est possible, en effet, dans l'immense majorité des cas.

En 1901 et 1902 j'ai opéré dans mon service hospitalier 115 appendicites, dont 79 à froid avec 79 guérisons et 36 à chaud avec 25 guérisons et 11 morts, dont 5 survenues très rapidement, chez des sujets amenés à l'hôpital dans un état presque désespéré.

M. Témoin (de Bourges). — Je veux insister sur les avantages de l'intervention précoce, surtout lorsqu'il s'agit des malades de la campagne, que l'on ne peut pas visiter plusieurs fois par jour. J'ai pratiqué 304 opérations, dont 179 à chaud et 125 à froid. Sur les 179 interventions à chaud, j'ai eu 19 morts, mais dans ces cas malheureux il s'agissait d'opérations tardives, pratiquées le plus souvent sur des moribonds, auprès desquels j'avais été appelé beaucoup trop tard: de ces 19 malades, pas un, en effet, n'a été opéré dans les quarante-huit premières heures, et un seul le fut au troisième jour. Quant aux 125 opérations à froid, elles m'ont donné 125 guérisons.

Opération de Gritti.

M. Chauvel. — Je dois vous présenter un rapport sur un mémoire qui nous a été adressé par M. Bussière (médecin des troupes coloniales), au sujet de l'amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne. Ce travail est basé sur 4 opérations de ce genre pratiquées par notre confrère. Dans deux de ces cas il a employé un perfectionnement de la technique habituelle, en sectionnant la rotule obliquement, en dehors et en dedans, de façon à lui donner en quelque sorte la forme d'un coin, et en entaillant d'autre part le fémur suivant un angle dièdre, destiné à recevoir la rotule. Des 4 opérés, un seul a accepté un appareil orthopédique; il n'a donc pas été possible d'apprécier le résultat prothétique de l'intervention chez les 3 autres.

M. Lucas-Championnière. — Je considère l'opération de Gritti comme très mauvaise, au point de vue prothétique, et cela en raison de l'insuffisance des parties molles, résultant du niveau trop élevé de l'amputation.

M. Couteaud (médecin de la marine) lit une observation de cure radicale de hernie inguinale, avec ouverture accidentelle de la vessie, laquelle fut traitée avec succès par la suture.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 décembre 1902.

Diverticules œsophagiens avec vomissements électifs.

M. Dufour relate l'observation d'un malade qui est atteint depuis plusieurs années de vomissements consistant dans le rejet exclusif, à la fin de chaque repas, des aliments absorbés les premiers. Le cathétérisme ayant permis de reconnaître l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage, on fit ingérer au patient un cachet de bismuth en même temps qu'on le soumettait à la radioscopie: on vit alors très nettement sur l'écran le cachet descendre dans le conduit œsophagien et s'arrêter dans un diverticule situé au dessus du rétrécissement; un second cachet administré ensuite vint se placer à côté du premier. En présence de cette constatation, il est permis de supposer que les aliments absorbés par le malade au début des repas viennent remplir le diverticule situé au-dessus du rétrécissement, et que celui-ci s'en débarrasse une fois le repas terminé.

De la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques

M. Widal communique une note de MM. Courmont et Lesieur (de Lyon), de laquelle il résulte que la présence du bacille d'Eberth est constante dans le sang des typhoïdiques adultes atteints de la forme moyenne ou grave de la maladie, et cela depuis le premier jour jusqu'à la fin du troisième septénaire (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 6). Pour déceler ces bacilles, il importe d'ensemencer 2 à 4 c.c. de sang dans 250 à 300 c.c. de bouillon ordinaire ou mieux d'eau peptonée sodée. La culture du sang des typhoïdiques constitue donc un procédé de diagnostic précoce, précieux surtout dans les cas de séro-réaction retardée.

L'orateur ajoute que, depuis les premières recherches de M. Courmont, il a lui-même pratiqué l'ensemencement du sang de tous les typhoïdiques de son service, en suivant la même technique que le médecin lyonnais; les résultats qu'il a obtenus peuvent se décomposer ainsi:

Dans les 5 cas de fièvre typhoïde légère où le sang a été examiné, du cinquième au douzième jour, le bacille n'a jamais pu être isolé;

Sur 20 cas de fièvre typhoïde moyenne ou grave, la recherche du bacille, effectuée du cinquième au quinzième jour, a été positive 17 fois.

Dans tous ces faits, le diagnostic avait été confirmé par la séro-réaction.

Hémorrhagie de la protubérance annulaire sans syndrome de Millard-Gubler.

M. Hirtz relate, en son nom et au nom de M. Salomon, l'observation d'un malade qui entra dans son service pour un ictus apoplectique suivi d'hémiplégie des membres et de la face du côté gauche, s'accompagnant de contracture, d'exagération des réflexes, de dysarthrie et d'hémianesthésie sensitive. A l'autopsie, on trouva un foyer hémorrhagique intéressant surtout les étages moyen et inférieur de la protubérance et laissant à peu près indemne l'étage supérieur. La particularité intéressante de cette observation réside dans l'absence du syndrome de Millard Gubler qui est, comme on le sait, considéré comme caractéristique des lésions du faisceau pyramidal dans son trajet bulbo-protubérantiel.

M. Achard dit avoir observé récemment un nouveau cas de zona avec persistance prolongée des douleurs, et en même temps une légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Ajouté à celui qu'il a signalé précédemment, ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Chauffard, d'après laquelle il y aurait une sorte de parallélisme entre l'intensité des douleurs qui accompagnent certains zonas et la lymphocytose rachidienne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 décembre 1902.

Endothélialite graisseuse du foie déterminée par la cocaïne.

MM. Gilbert et **Carnot.** — Nous avons observé chez le lapin, après intoxication chronique très légère par la cocaïne, une altération du foie remarquable en ce qu'elle porte uniquement sur les cellules endothéliales: celles-ci sont surchargées de graisse, alors que les cellules hépatiques et les cellules biliaires sont saines et ne contiennent pas la moindre gouttelette graisseuse.

Cette altération est intéressante à plusieurs titres: en effet, d'une part elle indique le rôle considérable que joue la cellule endothéliale dans la fonction antitoxique du foie, vis-à-vis des substances dissoutes comme la cocaïne, aussi bien que des corps insolubles, tels que les pigments, la graisse ou les microorganismes; la fonction antitoxique du foie se résume donc, en grande partie, dans le jeu de ses cellules endothéliales.

D'autre part, l'altération spécifique, ou tout au moins primitive, de l'endothélium hépatique montre que l'on doit faire une place, dans la pathologie du foie, aux lésions d'*endothélialite hépatique*.

De la propriété agglutinante, à l'égard du bacille d'Eberth, du sérum des animaux immunisés contre le colibacille et réciproquement.

MM. Rodet et **Lagriffoul.** — Nous avons étudié la propriété agglutinative, à l'égard du bacille d'Eberth et du *Bacterium coli*, du sérum de plus de 20 animaux d'espèces différentes, immunisés par l'un ou l'autre de ces bacilles.

Les résultats que nous avons obtenus confirment les assertions que l'un de nous avait précédemment formulées d'après un petit nombre de sérums expérimentaux: l'immunisation, à l'égard du colibacille, fait toujours acquérir au sérum la propriété agglutinative pour le bacille d'Eberth, et réciproquement. Il ne s'agit donc pas d'une particularité du sérum de certains sujets, ni d'une propriété exceptionnelle en rapport avec les qualités de races bacillaires très spéciales. C'est un fait constant et général: toujours le sérum d'un sujet immunisé par le colibacille est agglutinant pour le bacille d'Eberth, et toujours le colibacille est agglutiné par le sérum d'un sujet immunisé par le bacille d'Eberth, pourvu, toutefois, que la propriété agglutinative, à l'égard du bacille homologue, soit suffisamment accentuée, et à la condition expresse d'employer, pour l'épreuve des sérums, des échantillons bacillaires doués d'une forte agglutinabilité.

Réactions histologiques des capsules surrénales au surmenage musculaire.

MM. Bernard et **Bigart.** — L'étude des capsules surrénales de cobayes dont les muscles des membres postérieurs ont été excités par des courants faradiques pendant une heure ou une heure et demie permet de constater que le surmenage musculaire ainsi réalisé détermine une modification structurale de l'organe. Celle-ci consiste essentiellement dans une augmentation considérable du nombre des spongiocytes, qui s'étendent dans toute la substance fasciculée, et dans la formation de vacuoles constituées par la même substance que celle qui remplit ces cellules. Par conséquent, l'état dit spongieux représente la réaction de la capsule surrénale en face du travail musculaire.

Au contraire, dans ces expériences, les cellules de la substance réticulée manifestent la diminution de leur activité fonctionnelle par la disparition des formations ergastoplasmiques. En outre, on n'observe aucune modification de la substance médullaire. Il semble donc que ces deux portions de l'organe soient réservées à d'autres fonctions, et que la fonction des cap-

sules surrénales, vis-à-vis des produits du travail musculaire, ait pour siège et pour agent les éléments cellulaires connus sous le nom de spongiocytes.

Modifications de l'équilibre leucocytaire dans le thyroïdisme expérimental.

M. J. Lépine. — Chez le chien et chez la chèvre, l'absorption de 50 grammes de corps thyroïde a toujours été suivie d'une augmentation du nombre des mononucléaires dans le sang.

L'injection sous cutanée de corps thyroïde a donné des résultats moins nets, en raison de la leucocytose polynucléaire liée aux processus locaux; néanmoins les injections, aussi aseptiques que possible, se sont régulièrement accompagnées de mononucléose.

La durée de cette mononucléose a toujours été plus longue que celle de l'hyperglobulie précédemment signalée : elle ne disparait qu'au bout de plusieurs jours.

M. Maurel relate des expériences qui prouvent qu'à un titre leucocyticide le bromhydrate neutre de quinine est quatre fois moins toxique lorsqu'il est administré par la voie artérielle que par la voie veineuse générale; et, en outre, qu'il serait probablement dangereux d'injecter ce sel dans le système veineux général à un titre leucocyticide.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 décembre 1902.

Adénopathies épitrochléennes symétriques.

M. Queyrat. — Les adénopathies épitrochléennes symétriques se rencontrent le plus souvent dans la syphilis et prennent de ce fait une valeur sémiologique très importante. Elles peuvent cependant s'observer dans d'autres maladies, même sans parler des affections, telles que la lymphadénie ou le mycosis fongoïde, où il existe une hypertrophie généralisée des ganglions. C'est ainsi que j'ai constaté des adénopathies épitrochléennes symétriques chez un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de tuberculose pulmonaire, qui, à l'âge de treize ans, avait eu des adénopathies sous-maxillaire et préauriculaire, dont une s'était abcédée. Actuellement il présente des ganglions légèrement hypertrophiés à la région cervicale et dans l'aisselle gauche. A la région épitrochléenne les ganglions ont pris le volume et la forme d'une aveline. Ce jeune homme n'a jamais eu d'affection vénérienne et ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire; ses parents, que j'ai connus, étaient d'ailleurs indemnes de syphilis.

D'autre part, j'ai observé récemment, mais cette fois chez un syphilitique, un cas d'adénopathies épitrochléennes symétriques qui prouve que les ganglions épitrochléens peuvent se rencontrer en plus grand nombre que ne le pensent généralement les anatomistes. Ceux-ci décrivent, en effet, dans cette région, de chaque côté, un, quelquefois deux, rarement trois ganglions. Or, le malade auquel je fais allusion, et qui était au quatrième mois de l'infection syphilitique, présentait à droite deux ganglions épitrochléens et à gauche une véritable masse ganglionnaire grosse comme une petite noix. A la palpation cette masse semblait constituée par la réunion de quatre ganglions. Comme le patient se trouvait gêné par cette tumeur, qui l'empêchait de s'accouder et que le traitement interne ne semblait pas devoir faire disparaître rapidement, il en réclama l'excision. On enleva donc les ganglions épitrochléens du côté gauche et on en trouva non pas quatre, mais bien cinq. Plusieurs fois, d'ailleurs, j'en avais déjà observé cliniquement quatre du même côté.

M. A. Fournier. — A côté de ces anomalies concernant des ganglions surnuméraires, il faut placer, je crois, celles où les ganglions d'une région font défaut. C'est, du moins, par une anomalie semblable que j'explique des cas exceptionnels, comme celui que j'ai observé récemment : un de mes malades présentait un chancre infectant de la verge qui a évolué sans jamais produire d'adénopathie inguinale.

M. Balzer. — J'ai également soigné un chancre syphilitique de la lèvre inférieure qui n'a pas non plus provoqué d'adénopathie. Le fait est encore plus rare à cette région qu'au niveau des organes génitaux.

M. Milian. — Les recherches de M. Cunéo ont montré que les lymphatiques de la verge se rendent à deux groupes ganglionnaires, l'un inguinal, l'autre lombaire, dont l'un peut prendre une importance prédominante aux dépens de l'autre. Ces notions anatomiques concordent parfaitement avec l'opinion de M. Fournier sur la cause de l'absence d'adénopathies inguinales dans certains cas de chancres génitaux.

Lichen plan de la langue.

M. Balzer montre le moulage d'un lichen plan de la langue, qui a existé un certain temps à l'état de lésion isolée. L'aspect en nappe uniforme rendait assez difficile à ce moment la détermination de la maladie; mais, depuis lors, une éruption caractéristique de lichen plan s'est produite sur la joue gauche et, enfin, il est survenu du lichen acuminé sur l'épaule et au cuir chevelu.

M. J. Darier. — Les aspects objectifs du lichen plan de la langue permettent d'admettre trois formes de la maladie. Dans la première les lésions persistent à l'état de nappe uniforme. La seconde est caractérisée par l'apparition ultérieure de papules. L'aspect de la troisième est comparable à celui d'un réseau de dentelles.

M. A. Fournier. — Tant que la lésion de la langue était isolée, chez le malade de M. Balzer, on pouvait penser à de la leucoplasie buccale. Cette confusion a de l'importance au point de vue du pronostic, car si le lichen lingual peut guérir, la leucoplasie est en revanche à peu près incurable.

M. Barthélemy. — Je ferai une réserve sur ce dernier point, car j'ai obtenu, grâce à un traitement par l'huile grise poursuivi pendant quatre ans, la guérison d'un cas de leucoplasie buccale d'origine nettement syphilitique; cette guérison se maintient depuis deux ans.

D'autre part, j'ai observé avec M. Besnier 83 cas de leucoplasie buccale, dont 7 m'ont paru avoir guéri définitivement.

M. A. Fournier. — J'ai également publié quelques cas de guérison de leucoplasie buccale attribuable à la syphilis. Mais la forme « en copeaux » décrite par Vidal et par M. Debove ne guérit pas.

M. Balzer. — En pareil cas, l'ablation chirurgicale peut être suivie de succès.

M. A. Fournier. — C'est exact. J'ai fait opérer par M. Tillaux, il y a huit ou dix ans, un malade dans ces conditions. Depuis lors, il a complètement cessé de fumer, et la lésion n'a pas récidivé.

Cancer du sein avec généralisation nodulaire au niveau de la peau.

M. Gastou. — La femme que je vous présente est atteinte, depuis un an, d'une tumeur du sein gauche, qui a donné lieu à de nombreuses métastases du côté de la peau. Au niveau du sein et de la moitié gauche de la poitrine, la surface cutanée est littéralement criblée de petits nodules, dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'un haricot; quelques-uns sont ulcérés. D'autres nodules semblables, moins nombreux, existent au niveau du sein du côté opposé et de la région scapulaire. La malade n'offre aucun signe de cachexie ni de métastase viscérale : l'activité expansive du néoplasme paraît s'être limitée à la peau. L'examen histologique d'un de ces petits nodules montre qu'il s'agit d'un épithéliome dont les éléments cellulaires se groupent en partie suivant le type du carcinome alvéolaire, en partie suivant le type de l'épithéliome cylindrique. Il est à remarquer que la métastase semble ici se faire par la voie des vaisseaux lymphatiques, qui sont littéralement obstrués et remplis par des cellules épithéliales cylindriques.

M. Leredde. — J'ai observé chez une femme, dans le service de M. A. Robin, un cas analogue. La peau de la malade présentait des milliers de petits nodules durs, isolés les uns des autres. Il existait au niveau du sein gauche une tumeur un peu plus grosse qu'une noisette. A l'autopsie, on put constater que le système lymphatique entier semblait injecté au mercure, particulièrement au niveau du mésentère où tous les vaisseaux lymphatiques étaient uniformément distendus. L'examen histologique démontra que le système lymphatique était farci de cellules épithéliomateuses. Le cas présenté par M. Gastou et celui que je viens de signaler se rapportent à ce que les Allemands appellent *carcinomatöse Lymphbahninfarkte*.

Cancer arsenical.

M. J. Darier. — Voici un homme de quarante-sept ans que j'ai eu l'occasion d'examiner une première fois en 1890. A cette époque il présentait sur la face et le cou un semis confluent de taches pigmentaires lenticulaires et de macules vasculaires. Les mains et les pieds étaient le siège d'une hyperkératose diffuse avec d'innombrables verrucosités cornées. Je l'avais perdu de vue depuis douze ans, lorsqu'il est revenu me voir au printemps dernier. J'ai alors pu constater que la mélanodermie et les télangiectasies s'étaient atténuées, mais que les verrues cornées persistaient. Quatre d'entre elles, trois aux mains et une au cou, s'étaient transformées en véritables épithéliomes; ce diagnostic fut vérifié par l'examen histologique pratiqué après que ces petites tumeurs eurent été enlevées à la curette. Actuellement, on voit à l'angle de l'un des yeux se développer un nouvel épithéliome. Or, l'origine de ces lésions cutanées trouve son explication dans ce fait que le malade, pour traiter une bronchite chronique avec induration des sommets, a pris quotidiennement, de 1886 à 1896, 12 gouttes de liqueur de Fowler pendant douze jours chaque mois et, depuis 1896 jusqu'en 1901, durant sept jours par mois.

On sait qu'en 1887, M. J. Hutchinson soutint l'existence d'un cancer arsenical (Voir *Semaine Médicale*, 1887, p. 502-503). Cette opinion, accueillie à l'époque avec scepticisme, a été confirmée depuis lors par un petit nombre d'observations. Le cas actuel nous semble lui apporter un appui sérieux.

Contagiosité de la trichorrhexis nodosa.

M. Sabouraud. — Voici un pinceau à barbe appartenant à un sujet atteint depuis trois ans de *trichorrhexis nodosa*. En examinant ce pinceau, on peut se convaincre que les poils, qui offrent des altérations semblables à celles de la barbe du malade, ont été infectés par contact. Les photographies que je vous présente ne laissent pas de doute sur l'identité des altérations des poils du blaireau et de celles des poils de la barbe. Ce fait nous fournit une preuve incontestable de la contagiosité de la *trichorrhexis nodosa*, car ce malade a contaminé de même d'autres pinceaux à barbe dont il s'est servi précédemment.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 26 novembre 1902.

Anévrysme du sinus aortique droit de Valsalva

M. Kraus relate un cas de cette affection très rare, concernant un homme âgé de vingt-sept ans qui, à la suite d'un violent effort, fut pris subitement en 1898 d'une syncope avec battements de cœur; depuis cette époque, il n'avait jamais été bien portant. Quand il entra à l'hôpital, au mois de mars dernier, on notait chez lui une cyanose intense, des œdèmes, de la dyspnée cardiaque; le pouls était rapide et bigéminé, les deux ventricules offraient une hypertrophie excentrique; au milieu de l'aire de matité cardiaque, on percevait un souffle rude, très aigu, avec frémissement et souffle d'insuffisance aortique. Le malade, qui ne réagissait pas à la digitale ni aux autres médicaments cardiaques, ne tarda pas à succomber, sans qu'on eût pu porter un diagnostic; l'hypothèse de communication congénitale des cœurs droit et gauche avait toutefois été écartée, en raison de l'anamnèse.

A l'autopsie, on trouva une poche anévrysmale communiquant avec le sinus aortique droit de Valsalva et avec le ventricule gauche, et faisant saillie dans la cavité du ventricule droit où il était perforé, réalisant ainsi une communication interventriculaire.

Comme pour les anévrysmes en général, la syphilis et l'artériosclérose paraissent les deux grands facteurs des anévrysmes en question; cependant, un défaut d'équilibre entre la pression à l'intérieur du ventricule et la force de résistance de la paroi peut déterminer la même lésion : il en était ainsi dans le présent cas, où la paroi avait été affaiblie par une plaque d'endo-myocardite.

Sur la dystopie congénitale du rein.

M. von Hansemann, à propos de la récente communication de M. Müllerheim sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 394), montre une série de préparations relatives à des dystopies congénitales de divers types, à une soudure des deux reins, ainsi qu'à un cas de duplicité apparente du bassinet, où il s'agit en réalité de dédoublement de l'uretère.

M. Freund déclare avoir observé 4 cas de dystopie congénitale, coïncidant deux fois avec une cyphose lombo-sacrée; comme, en pareille occurrence, l'un des reins occupait la concavité de la déformation rachidienne, l'orateur estime que la dystopie pouvait avoir eu quelque influence sur le développement de cette dernière, laquelle, à son tour, serait de nature à faire soupçonner l'existence d'une dystopie.

M. Zondek fait remarquer qu'il ne faudrait pas conclure — comme paraît l'avoir fait M. Müllerheim — que tout rein palpable dans toute son étendue est forcément déplacé; contrairement à M. Müllerheim, il ne croit pas que la dystopie congénitale du rein exclue toute mobilité de cet organe.

M. Müllerheim maintient que, sinon toujours, du moins le plus souvent, le rein dystopique est fixe. Le but de sa communication a été d'attirer l'attention sur cette affection, peu étudiée, mais qui mérite d'être connue, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu, notamment en simulant une tumeur.

Sur l' « homme à tête d'oiseau ».

M. von Hansemann présente le sujet qui a été montré à la Société, il y a dix ans, par Virchow (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 198). Il s'agissait d'un cas de nanocéphalie, anomalie qui se distingue de la microcéphalie, beaucoup plus commune, en ce que, si la tête y est très faiblement développée, elle n'en reste pas moins en harmonie de proportions avec le reste du corps.

Depuis que cet individu a été étudié par Virchow, son évolution pubérale s'est accomplie; il est actuellement âgé de vingt-deux ans et présente un peu de barbe, a pris une voix grave, a des érections, etc.; son développement intellectuel est assez bon, encore qu'il n'ait reçu aucune instruction.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 1er décembre 1902.

Sur les lésions cérébrales tardives, consécutives aux traumatismes crâniens.

M. Jastrowitz. — Quelles que soient les difficultés que l'on éprouve d'ordinaire à rapporter à leur véritable cause les accidents cérébraux qui se développent plus ou moins longtemps après un traumatisme — et sur lesquels M. Stadelmann a attiré l'attention au cours de la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 401) —, il faut reconnaître que parfois il existe dans la symptomatologie des particularités mettant sur la voie du diagnostic : c'est ainsi que l'aura d'une attaque d'épilepsie secondaire a pour point de départ le siège même du traumatisme, ou que l'on trouve une tumeur au même niveau, ou encore qu'il survient des hallucinations avec vives douleurs toujours en ce même point.

Je ne saurai suivre M. Stadelmann quand il refuse de voir une hémorrhagie tardive d'origine traumatique dans l'hémorrhagie cérébrale frappant un sujet prédisposé à cet accident. On sait depuis Trousseau que des ruptures vasculaires peuvent se produire un certain temps après une commotion, par l'intermédiaire d'une thrombose des capillaires avec formation d'un foyer de ramollissement au sein duquel se fait une hémorrhagie secondaire.

M. Davidsohn relate l'observation d'un jeune homme chez lequel des symptômes de méningite cérébro-spinale se développèrent six semaines seulement après un coup de couteau à la tête; le patient ayant succombé deux mois plus tard, l'autopsie révéla, au niveau du lobe cérébelleux droit, une infiltration purulente des méninges molles avec aplatissement des circonvolutions, hydrocéphalie interne, etc. Au même point, alors que la dure-mère était intacte, la table interne du crâne était soulevée en lame, et la partie externe du crâne présentait une plaie cicatrisée. Il semble donc que le germe introduit par l'agent vulnérant (méningocoque intracellulaire) ait pu traverser la dure-mère sans la léser.

M. Kron est d'avis, comme M. Jastrowitz, qu'on ne peut pas éliminer *a priori* l'hypothèse de lésion post-traumatique tardive par cela seul qu'il s'agit d'un prédisposé.

En ce qui concerne le diagnostic d'après le siège de l'hémorrhagie, il communique l'observation d'un homme de trente et un ans qui, une vingtaine de jours après avoir reçu sur la tête un objet pesant, eut des symptômes d'hémorrhagie cérébrale, à laquelle il succomba quelques semaines plus tard; à l'autopsie, on reconnut que l'épanchement sanguin siégeait non pas à la surface des circonvolutions ni au voisinage des ganglions centraux, mais bien dans la capsule externe.

M. Bernhardt déclare avoir observé un cas d'hémiplégie survenu quatre semaines après un traumatisme crânien chez un jeune homme de dix-neuf ans indemne de toute affection cardiaque ou rénale, ainsi que de syphilis. Il rappelle que, selon MM. Drury et Gussenbauer, le traumatisme a pour effet de déterminer une compression du liquide céphalo-rachidien dans les ventricules, d'où nécrose des parois vasculaires; on sait, d'autre part, que les violences portant sur la voûte crânienne peuvent entraîner la dégénérescence calcaire des vaisseaux et par suite devenir le point de départ de tumeurs.

M. Max Rothmann fait observer que la ponction lombaire, en permettant de constater que le liquide céphalo-rachidien est teinté de sang, peut, dans certains cas, fournir un appui sérieux au diagnostic d'hémorrhagie cérébrale traumatique.

M. Remak relate 2 cas où le traumatisme a eu pour effet de provoquer des lésions par contre-coup, dans l'hémisphère opposé au côté lésé : dans l'un, il se produisit, à la suite d'une plaie de la bosse frontale gauche, une hémiplégie gauche; dans l'autre apparurent, huit mois après un traumatisme ayant porté sur la région pariétale droite, des phénomènes d'une lésion en foyer de la moitié gauche de la protubérance.

M. Stadelmann déclare qu'il n'a nullement prétendu qu'il fallût exclure toute hypothèse de lésion post-traumatique tardive quand il s'agit d'un individu prédisposé; il a seulement voulu montrer combien il faut être circonspect en pareil cas.

Présence de blastomycètes dans le sang.

M. Weber communique l'observation d'une fillette de deux ans et demi, atteinte d'une furonculose très étendue avec fièvre élevée, et chez laquelle l'examen du sang, pratiqué le lendemain de l'admission, permit de reconnaître des microorganismes très particuliers, situés en dehors des globules, lesquels n'étaient nullement altérés, et paraissant être des blastomycètes; le jour suivant, ils avaient disparu; on ne les trouva pas dans le contenu du seul furoncle que l'on put examiner.

La petite malade succomba au bout de deux mois aux progrès de la cachexie, et l'autopsie révéla des lésions tuberculeuses du cervelet, des poumons et du foie.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques et chez les personnes saines (signe de Musset), par M. H. FRENKEL.

Au moyen d'un appareil explorateur spécial, que l'on peut appliquer sur un point quelconque de la surface ou de la circonférence de la tête, l'auteur s'est attaché à faire l'étude graphique du signe de Musset.

Ses recherches ont d'abord porté sur un malade dont il a naguère publié l'observation, et qui avait présenté, au cours d'une pleurésie gauche avec volumineux épanchement, des secousses rythmiques de la tête; ce phénomène persiste actuellement avec tous ses caractères, bien que l'épanchement ait considérablement diminué (1).

Ayant appliqué le tambour explorateur en différents points de l'extrémité céphalique, M. Frenkel a pu s'assurer d'abord que les oscillations ont, dans ce cas, une composante latérale importante. En ce qui concerne les rapports de ces secousses avec le pouls, on remarque que, à chaque révolution cardiaque, correspondent un mouvement principal et plusieurs mouvements secondaires, ceux-ci dus à l'inertie de la tête, et sans intérêt, par conséquent. Quant au premier, il débute sensiblement avec la diastole artérielle; il est donc systolique; toutefois, il paraît en avance de quelques centièmes de seconde sur le mouvement d'expansion des artères, ce qui pourrait faire admettre que la colonne vertébrale, milieu solide à transmission rapide, n'est pas étrangère à sa production. La durée de cette oscillation céphalique est plus courte que celle de la systole, parce que l'impulsion cardiaque est brusque et qu'il s'agit d'un mouvement d'inertie de la tête; la ligne de descente est plus longue que la ligne d'ascension.

L'auteur a ensuite soumis à des investigations analogues un artérioscléreux, indemne de toute altération organique du cœur, ainsi que d'insuffisance aortique et de dilatation de l'aorte, et ne présentant pas, au moins à l'œil nu, le signe de Musset. Or, chez cet individu, la méthode graphique montra l'existence de secousses rythmiques de la tête en tout comparables à celles du cas précédent, à cela près qu'elles commençaient et finissaient exactement avec la systole; et il en fut de même chez un certain nombre de sujets jeunes et sains, à système cardiovasculaire absolument normal. Enfin, on pourrait observer un phénomène identique chez des chiens narcotisés, dont la tête est librement suspendue.

Dans ces conditions, l'auteur est d'avis que les secousses rythmiques de la tête constituent un phénomène fréquent, même à l'état normal; et il estime que ce qui les rend visibles à l'œil nu chez les aortiques, ce n'est pas l'affection cardiovasculaire elle-même, mais bien l'énergie de l'impulsion cardiaque, particulièrement prononcée quand il y a hypertension artérielle, et surtout hypertrophie du ventricule gauche. (*Rev. de méd.*, juillet 1902.) — F. F.

De l'incision dissimulée dans le fond du creux de l'aisselle pour l'extirpation de certaines tumeurs péri-axillaires, des tumeurs bénignes du sein en particulier, par M. H. MORESTIN.

Chez deux jeunes femmes atteintes d'un adénofibrome du sein, l'auteur, afin d'éviter la cicatrice apparente qu'aurait laissée l'extirpation par le procédé habituel, a eu l'idée de placer l'incision dans la profondeur du creux axillaire, au niveau de la zone couverte de poils. Pour faire passer les tumeurs par cette petite plaie, fort éloignée de leur siège, il faut créer un chemin intermédiaire, en décollant les téguments de proche en proche jusqu'au contact du néoplasme. Ce décollement peut être pratiqué soit à l'aide du bistouri, soit avec des ciseaux, en suivant la face profonde du pannicule adipeux. La loge de la tumeur une fois ouverte, on saisit celle-ci au moyen d'une pince de Museux et, après l'avoir libérée à l'aide des ciseaux ou d'une spatule, on l'attire vers la plaie axillaire et on l'extirpe. On facilite considérablement l'intervention en saisissant solidement la glande mammaire dès qu'on peut avoir prise sur elle, et en l'attirant fortement vers l'aisselle : on a de la sorte un bon point d'appui, tout en réduisant la distance qui sépare la tumeur de l'incision axillaire.

(1) Ajoutons que, des examens répétés auxquels a été soumis ce malade, il résulte que, contrairement à l'hypothèse récemment émise par M. Ch. Valentino (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 309), on ne saurait admettre chez lui l'existence d'une insuffisance aortique; il offrirait seulement « un certain degré d'athérome et peut-être aussi une légère dilatation aortique non décelable à la radioscopie ».

M. Morestin a également utilisé avec succès le même procédé chez une jeune femme portant un lipome sous-cutané qui couvrait le tiers externe de la clavicule, les parties voisines du creux sus-claviculaire et du moignon de l'épaule. D'une façon générale, il estime que le manuel opératoire en question, tout en étant plus laborieux que l'extirpation habituelle, est cependant indiqué, quand il s'agit de jeunes femmes, pour toutes les tumeurs bénignes péri-axillaires, superficiellement placées, pourvu qu'elles ne dépassent pas le volume du poing et qu'elles soient mobiles. L'opération sous-cutanée serait, d'ailleurs, sans danger, l'instrument tranchant ne quittant pas les couches superficielles et n'échappant jamais au contrôle du chirurgien, qui le surveille à travers la peau. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, juillet 1902.) — L. CH.

Un cas de tétanos céphalique avec paralysie faciale et oculaire; guérison, par M. G. HALTENHOFF.

Le syndrome rare décrit par Rose et étudié par Brunner sous le nom de *tétanos hydrophobique* ou *céphalique* (*tétanos dysphagique* des auteurs français), et consécutif aux plaies de la tête et surtout de la face, peut se compliquer, outre la paralysie faciale si fréquente du côté blessé, de paralysie oculomotrice, soit de ce côté, soit même du côté opposé. Dans le cas relaté par M. le professeur Haltenhoff, il s'agit d'un enfant de trois ans chez lequel un morceau de bois souillé de terre de jardin avait pénétré entre l'œil droit et le plafond orbitaire, et n'avait pu être extrait que le seizième jour. Cinq jours après l'accident, était survenue une paralysie du facial droit, accompagnée d'un certain degré de trismus, plus marqué à droite; et deux jours plus tard, on notait une paralysie complète de la sixième paire gauche avec strabisme convergent, fait qui n'avait pas été observé jusqu'ici. Le petit malade avait reçu, deux jours et demi après sa blessure — donc pendant le stade d'incubation — une injection à la fesse de 10 c.c. de sérum antitétanique. Le tétanos resta fruste, sans spasmes pharyngiens, sans généralisation. La paralysie faciale et la paralysie abductrice mirent presque trois mois à guérir. Le trismus n'avait duré que quelques jours.

L'auteur attribue la marche bénigne de ce cas à l'effet atténuant de l'injection préventive de sérum, précaution qu'on ne devrait jamais négliger de prendre, à son avis, dans les plaies ou écorchures souillées de terre, de fumier, de poussière de routes, etc. Il est vrai que le tétanos céphalique semble être, en général, moins grave que le tétanos commun, puisqu'on compte 25 guérisons sur 64 observations publiées jusqu'à ce jour (mortalité de 60 9 %); mais il faut reconnaître que les cas compliqués de paralysie ont un pronostic un peu plus sombre (15 guérisons sur 43 faits, soit une mortalité de 65 %). En outre, plus l'incubation est courte, et plus l'infection est sévère; or, chez le petit malade de M. Haltenhoff, l'incubation avait été de quatre jours et demi seulement : d'après Brunner, sur 10 tétanos céphaliques dont l'incubation avait duré moins de cinq jours, 9 se sont terminés par la mort. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, septembre 1902.)

De la résistance des hématies dans l'anémie pernicieuse et dans les cancers gastriques, par M. A. VEYRASSAT.

Les divers auteurs ayant étudié la diminution de résistance des hématies qui s'observe dans différentes affections — diminution de résistance que l'on reconnaît à ce que les globules abandonnent leur matière colorante dans des solutions salines de concentration telle que les hématies de sujets normaux y demeurent intactes — ont montré que ce symptôme existait dans les états anémiques, notamment dans l'anémie pernicieuse et dans le cancer. Toutefois, Chanel crut pouvoir admettre que, dans la sténose œsophagienne néoplasique, la résistance des globules rouges au laquage est, au contraire, augmentée. M. Veyrassat, par des recherches faites dans le service de M. le professeur Bard, à Genève, établit que le cancer de l'estomac se comporte à ce point de vue sensiblement comme celui de l'œsophage.

Sur 4 cas de cancer gastrique, en effet, il a trouvé la résistance globulaire 2 fois supérieure à la moyenne et 2 fois normale. Par contre, dans 3 cas d'anémie pernicieuse, cette résistance était très diminuée.

Tout en reconnaissant qu'il est bien difficile d'expliquer cette particularité opposant les cancers gastriques et œsophagiens aux autres néoplasmes malins — on pourrait peut-être l'attribuer à l'inanition, inévitable avec une pareille localisation cancéreuse —, l'auteur estime que l'étude de la résistance des hématies peut rendre en clinique de bons services, notamment pour le diagnostic différentiel entre le cancer encore latent de l'estomac (résistance normale ou augmentée) et l'anémie pernicieuse (résistance diminuée). (*Lyon méd.*, 22 juin 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Quelques essais de sérothérapie du cancer, par MM. E. VON LEYDEN et F. BLUMENTHAL.

Les journaux extra-médicaux ayant signalé les expériences instituées par M. Jansen, lecteur de bactériologie à l'Ecole supérieure d'agriculture de Copenhague, sur l'inoculation du cancer à des animaux et sur le traitement des néoplasmes ainsi inoculés par des injections de suc cancéreux, MM. von Leyden et Blumenthal ont cru utile d'exposer, dès à présent, les résultats des recherches analogues qu'ils poursuivent depuis un an et demi à la clinique médicale de la Faculté de médecine de Berlin, encore que ces recherches ne soient pas terminées.

Les auteurs du présent mémoire ont commencé par des expériences sur des animaux. Après avoir extirpé, sur des chiens cancéreux, des néoplasmes et en avoir préparé un extrait liquide, ils ont injecté celui-ci, à plusieurs reprises, dans le tissu cellulaire sous-cutané de lapins. Avec le sérum sanguin des lapins ainsi traités, ils ont ensuite pratiqué des injections sous-cutanées à un chien atteint de cancer et chez lequel le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur. A la suite de plusieurs injections, on constata un ramollissement et une liquéfaction du néoplasme, qui finalement disparut tout à fait.

Un résultat à peu près analogue fut obtenu sur un autre chien cancéreux, auquel on injecta tout simplement le suc de tumeurs carcinomateuses de provenance canine.

En présence de ces faits, MM. von Leyden et Blumenthal se décidèrent à instituer des essais du même genre sur l'homme. A cet effet, ils ont utilisé des néoplasmes de provenance humaine, fraîchement extirpés suivant toutes les règles de l'asepsie. Avec le suc obtenu par trituration et expression de ces tumeurs, on pratiqua — après s'être assuré de son innocuité pour le lapin — des injections sous-cutanées à trois femmes, dont deux étaient atteintes d'un cancer de l'utérus et dont la troisième présentait un néoplasme de l'urèthre et de la vessie.

Ces injections, qui n'ont jamais donné lieu au moindre accident, ont paru exercer une influence très favorable sur l'état général des trois malades et ont, de plus, amené la disparition des tuméfactions ganglionnaires. Deux patientes ont, il est vrai, fini par succomber, mais à leur autopsie *on ne trouva nulle part de métastases*. La troisième malade (cancer inopérable de l'utérus avec cachexie très accentuée) est en cours de traitement depuis dix mois, sans qu'on ait pu constater pendant ce laps de temps une progression quelconque du processus morbide. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 septembre 1902.) — L. CH.

De la résistance des cicatrices opératoires après la laparotomie, par M. R. PICHLER.

L'auteur a étudié le sort ultérieur de la cicatrice abdominale chez 124 sujets laparotomisés à la clinique chirurgicale de M. von Mikulicz, à Breslau. Dans la moitié de ces observations, l'abdomen avait été refermé immédiatement, tandis que les autres patients avaient été traités par le drainage ou le tamponnement à la Mikulicz.

Pour ce qui est de la laparotomie médiane, il survint 4 fois une hernie ventrale sur 43 cas où l'on fit la suture primitive; il s'agissait là de sutures à étages, procédé employé par M. von Mikulicz depuis 1895. Auparavant, ce chirurgien se servait de sutures embrassant toutes les couches de la paroi; ce dernier mode de suture, abandonné actuellement par la plupart des opérateurs, a fourni, sur 7 cas contrôlés par M. Pichler, 4 hernies ventrales. Quant aux incisions pratiquées dans la région iléo-cæcale, elles ont donné des résultats plus favorables : toutes les cicatrices restèrent solides, à l'exception d'un fait où la plaie n'avait pu être tamponnée que le quatrième jour, à cause d'une suppuration profonde.

L'expulsion ultérieure de sutures perdues a été observée 24 fois sur 62 cas : 22 fois il s'agissait de fils de soie et 2 fois de crins de Florence. Aussi M. von Mikulicz a-t-il renoncé à l'usage de la soie pour les sutures profondes. L'expulsion se produisit le plus souvent de six à huit mois après l'opération.

En ce qui concerne l'effet du tamponnement sur la résistance ultérieure de la cicatrice, il convient de distinguer, d'après l'auteur, entre les conséquences du tamponnement prophylactique, c'est-à-dire pratiqué sans qu'il y ait suppuration au moment de l'intervention, et celles du tamponnement établi à cause d'une suppuration préexistante ou dans l'intention d'amener la cicatrisation d'une cavité kystique; dans le premier cas, la hernie ventrale est, en effet, beaucoup moins fréquente (30 %) que dans les faits de la seconde catégorie (65 %). L'étude détaillée de ces observations a amené M. Pichler à la conviction que ce n'est pas tant le tamponnement comme tel qui prédispose à la formation d'une hernie, que l'état de la paroi abdominale lors de l'opération. L'existence d'une suppuration préalable constitue, en effet, la cause principale de l'affaiblissement et de l'amincissement ultérieur de la cicatrice.

Relativement à l'influence de la grossesse, l'auteur admet que la flaccidité des parois abdominales, chez les multipares, ne saurait prédisposer à la formation d'une hernie, mais qu'une grossesse survenant après l'opération exerce une action défavorable sur la résistance de la cicatrice. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.) — F. DE Q.

Un cas de guérison de méningite tuberculeuse, par M. THOMALLA.

Nous avons récemment relaté une observation de guérison de méningite tuberculeuse, publiée par M. Barth, et dans laquelle le succès thérapeutique paraît devoir surtout être attribué aux émissions sanguines (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 285). Le cas qui fait l'objet du travail de M. Thomalla met en évidence les propriétés curatives que la créosote possède à l'égard de cette affection.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, issu de parents tuberculeux et ayant, lui-même, des antécédents de la même nature (tuberculose glosso-pharyngée, fistules à l'anus), qui fut pris d'une céphalalgie violente avec douleurs à la pression sur la nuque, hyperthermie et rétention d'urine. L'auteur pensa à une méningite tuberculeuse, et l'examen ophtalmoscopique, pratiqué par M. le professeur von Michel, ne fit que confirmer ce diagnostic, en montrant, dans la partie inféro-interne de la choroïde de l'œil gauche, l'existence de *deux petits tubercules* en voie de développement, situés l'un près de l'autre. M. Thomalla prescrivit de la créosote à des doses progressivement croissantes, de façon à arriver bientôt à en faire prendre 4 gr. 50 centigr. par jour (en trois fois). Il ordonna en même temps de l'iodure de potassium, et sous l'influence de ces deux médicaments, associés à un régime substantiel, l'état du malade ne tarda pas à subir une amélioration notable, suivie de guérison complète. Un nouvel examen ophtalmoscopique permit de constater que les deux tubercules choroïdiens s'étaient tout à fait résorbés. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 juin 1902.) — L. CH.

Une nouvelle intervention conservatrice sur le testicule, par M. W. J. RASUMOWSKY.

La première tentative pour établir une communication permanente entre le canal déférent et le testicule a été faite par M. Bardenheuer, mais elle n'a pas donné le résultat espéré. Des expériences visant le même but furent instituées plus tard sur le chien par M. Scaduto; un procédé analogue à celui de cet expérimentateur avait été employé déjà une année auparavant sur l'homme par M. Rasumowsky, qui l'a appliqué depuis lors dans 3 autres cas.

Le principe de l'opération consiste dans la mise en contact étroit de l'épithélium du canal déférent avec celui des canalicules du ré-

seau du corps d'Highmore, en cas d'ablation totale de l'épididyme, ou avec celui du canal de l'épididyme, en cas de résection partielle de cet organe. A cet effet, l'extrémité inférieure du canal déférent est fendue sur le côté correspondant au testicule, sur une étendue d'un centimètre environ, puis est fixée à la glande génitale, à l'aide de sutures au catgut, au niveau des canaux efférents ou du réseau du corps d'Highmore. Ceci fait, on replie la tunique albuginée sur le moignon du canal déférent à l'aide de quelques sutures, de manière à plonger pour ainsi dire ce moignon dans le tissu testiculaire. Si une portion de l'épididyme persiste, l'auteur crée un canal artificiel dans cette dernière pour y introduire l'extrémité du canal déférent préalablement fendu sur une longueur d'un centimètre; quelques sutures au catgut assurent également le contact étroit et permanent entre les deux organes.

Il est évident que la perméabilité des voies séminales ne saurait être constatée sur les malades opérés récemment par M. Rasumowsky, mais les résultats obtenus sur le chien par M. Scaduto permettent d'espérer un succès analogue chez l'homme. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 3.) — F. DE Q.

De l'utilisation pratique de l'autoplastie épiploïque, par M. Hermes.

Il ressort des observations cliniques de M. Braun et de M. Bennet, ainsi que des recherches expérimentales de M. Tietze et de M. Enderlen, que l'épiploon peut être utilisé, dans des cas exceptionnels il est vrai, pour obturer une perte de substance d'un des organes abdominaux. L'auteur relate un fait où il s'est servi avec un plein succès de ce procédé. Il s'agissait d'une perte de substance de la partie inférieure de l'S iliaque, au cours de l'extirpation d'un kyste suppuré de l'ovaire. Les tissus étant trop friables et la perforation siégeant à une trop grande profondeur pour qu'on pût faire une suture, M. Hermes se borna à fixer l'extrémité inférieure de l'épiploon au devant de la perforation intestinale, à l'aide d'un tamponnement à la Mikulicz. Les suites opératoires furent normales et jamais la moindre trace de contenu intestinal ne vint souiller le pansement. On en peut donc conclure que l'épiploon, ayant adhéré dès le début à la circonférence de la perte de substance de l'intestin, avait réalisé une obturation suffisante de cette dernière. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le sérum antistreptococcique comme moyen de traitement de certaines formes de chorée.

La thérapeutique de la chorée ne tient guère compte que cette maladie est souvent d'origine infectieuse et qu'en pareil cas elle est surtout due à l'action pathogène des streptocoques et des staphylocoques. Ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un choréique dont tous les organes, ensemencés, donnèrent des cultures pures de streptocoques, M. le docteur P. A. Préobrajensky, privatdocent à la Faculté de médecine de Moscou, s'est demandé s'il ne conviendrait pas de combattre certaines formes de chorée par le sérum antistreptococcique. L'essai que notre confrère a, depuis lors, institué sur une jeune fille de dix-huit ans, admise à l'hôpital Staro-Ekatérininskaïa de Moscou, et chez laquelle l'ensemencement du sang dans du bouillon a donné lieu au développement de colonies de streptocoques, a pleinement confirmé cette manière de voir. Il s'agissait, dans ce cas, d'une chorée très grave, qui allait toujours en s'aggravant, malgré l'emploi du bromure de sodium, du chloral, de la liqueur de Fowler, etc. Or, après plusieurs injections de sérum antistreptococcique polyvalent, les mouvements choréiques commencèrent à diminuer d'intensité pour cesser complètement au bout d'une quinzaine de jours environ, en même temps que l'on voyait s'atténuer les paralysies musculaires qui s'étaient développées au cours de l'affection. Une légère récidive, survenue plus tard, a été guérie par les moyens usuels.

Ce fait, quoique isolé, mérite cependant d'être retenu, étant donnée la rapidité avec laquelle a paru agir la sérothérapie; on sait, en effet, que la chorée grave ne cède aux remèdes habituellement employés contre elle qu'au bout d'un ou de plusieurs mois.

Ajoutons que l'examen bactériologique du sang chez une autre petite choréique, restée à l'hôpital pendant deux jours seulement, a aussi démontré la présence de streptocoques. D'une façon générale, M. Préobrajensky serait porté à croire que la plupart des cas graves de chorée sont d'origine infectieuse; il en serait de même pour la chorée compliquée d'endocardite, de néphrite, de rhumatisme, etc.

Une méthode de cure radicale de la hernie crurale.

Il ne semble pas que la chirurgie possède à l'heure actuelle, pour la cure des hernies crurales, une méthode sûre, mettant à l'abri des récidives. Aussi M. le docteur Hj. von Bonsdorff, docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Helsingfors, croit-il devoir préconiser le procédé suivant, qu'il a employé depuis six ou sept ans dans une vingtaine de cas, sans qu'il se soit produit jusqu'ici aucune récidive :

On fait une incision verticale sur le sommet de la tumeur, puis l'intestin et le sac sont traités comme à l'ordinaire. Le sac lié et réduit, on commence par bien exposer l'anneau fibreux de la hernie et la gaine attenante des vaisseaux fémoraux, en enlevant la graisse et les ganglions gênants. On trace ensuite une incision verticale qui, partie de plus ou moins haut suivant les besoins, sectionne les fibres inférieures de l'aponévrose du grand oblique, le canal inguinal et l'arcade de Fallope, pour aboutir à l'extrémité externe de l'anneau, au point de contact de celui-ci avec les vaisseaux. On obtient ainsi un lambeau fibreux triangulaire dont la base, adhérente, regarde en haut et en dedans, dont le bord vertical est formé par l'incision précédente, et le bord horizontal par l'arcade de Fallope, autrement dit par le bord supérieur de l'anneau herniaire. On attire alors ce lambeau en bas et on suture son bord horizontal au revêtement fibreux de la surface pectinéale, de telle façon que l'angle de ce lambeau soit tout à côté de la gaine des vaisseaux. L'anneau crural se trouve ainsi hermétiquement clos; il ne reste plus qu'à suturer le bord vertical du lambeau abaissé à la lèvre externe de l'incision abdominale et, en usant de précautions, au bord interne de la gaine des vaisseaux.

Ce procédé n'est applicable qu'à la femme, étant donné qu'il nécessite la section du canal inguinal : chez elle cette section a peu d'importance; toutefois, pour parer à un trouble possible de la statique utérine, notre confrère recommande de suturer le bout central du ligament rond à la tranche de section de l'aponévrose du grand oblique.

Traitement de la cystite tuberculeuse par des lavages à l'eau salée et des pansements à l'huile iodoformée gaïacolée.

Les bons effets que le sérum artificiel produit dans les affections tuberculeuses du péritoine, ainsi que l'action stimulante qu'il exerce, d'une façon générale, sur la nutrition des tissus, ont engagé M. le docteur A. Montfort (de Nantes) à essayer le même moyen dans plusieurs cas de cystite tuberculeuse rebelle qu'il a eu l'occasion d'observer à la consultation des voies urinaires dirigée par M. le professeur A. Malherbe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes. Toutefois, M. Montfort ne s'est pas borné à substituer à l'eau boriquée, pour le lavage de la vessie, la solution physiologique de chlorure de sodium : afin de rendre plus efficace l'action du sel, il laissait, en outre, séjourner dans le réservoir urinaire une certaine quantité de liquide, en engageant le malade à le conserver le plus longtemps possible. Mais comme, pour réaliser cette sorte de « pansement », il était indispensable de combattre auparavant l'intolérance vésicale, notre confrère a eu recours à l'introduction dans la vessie d'une solution contenant 5 grammes de gaïacol et 1 ou 2 grammes d'iodoforme dans 100 grammes d'huile d'olive stérilisée. L'iodoforme, se déposant à la surface de la muqueuse, particulièrement au niveau des points ulcérés, forme une couche protectrice pouvant rester intacte plusieurs jours.

En alternant ces applications avec des « pansements » à l'eau salée, on verrait rapidement disparaître les douleurs, les hématuries et la pollakiurie, en même temps que l'état général du patient subirait une amélioration manifeste.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par des préparations calcaires associées à la tuberculine.

On sait que le processus de guérison des lésions de la phtisie chronique consiste soit dans le développement de tissu fibreux autour du foyer tuberculeux, soit dans l'enkystement du tubercule avec infiltration de sels calcaires (*tubercule crétacé*). C'est précisément dans le but de favoriser le premier mode de guérison qu'on a eu et qu'on a encore recours à des injections de tuberculine, qui, en provoquant chaque fois une hyperémie dans le voisinage des lésions, peuvent à la longue faciliter la transformation fibreuse. Mais on ne cherche guère aujourd'hui à provoquer d'une manière artificielle l'infiltration crétacée du tubercule, bien que les sels de chaux aient été jadis considérés comme des agents très efficaces contre la tuberculose pulmonaire. D'après l'expérience de M. le docteur Rudolph (de Magdebourg), cette opinion serait loin d'être mal fondée. Aussi notre confrère pratique-t-il de temps à autre, chez les tuberculeux qu'il a à soigner, une série d'injections de tuberculine et leur fait-il administrer, tous les soirs au coucher, un lavement renfermant de 150 à 250 grammes d'eau de chaux dédoublée avec de l'eau tiède. Les malades ne tarderaient pas à s'habituer à garder le liquide. D'autre part, on leur fait prendre, trois fois par jour, une demi-cuillerée à café d'un mélange contenant 20 grammes de carbonate de chaux et autant de phosphate de chaux. Cette « cure calcaire » ne donnerait jamais lieu au moindre phénomène désagréable.

M. Rudolph a eu l'occasion d'essayer le traitement en question dans 5 cas de tuberculose pulmonaire avancée, dont le diagnostic avait été vérifié par l'examen bactériologique des crachats. Chez un de ces malades, tous les symptômes morbides ont complètement disparu; l'état des 4 autres, dont 2 présentaient des lésions intéressant tout un lobe pulmonaire, a subi une amélioration beaucoup plus sensible que celle que l'on aurait pu obtenir par les moyens thérapeutiques usuels.

Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement de l'infection charbonneuse.

Au cours de la discussion sur la thérapeutique intraveineuse, qui a eu lieu au dernier Congrès de la Société italienne de médecine interne, M. le docteur V. Patella (de Sienne) et M. le docteur Boari (de Pescia) ont relaté plusieurs cas graves d'infection charbonneuse chez l'homme, dans lesquels ils réussirent à obtenir la guérison au moyen d'injections intraveineuses de bichlorure de mercure (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 368). Depuis lors, un autre confrère italien, M. le docteur C. Sebastiani (de Monte Castelli di Umbertide), a eu l'occasion d'essayer le même procédé de traitement chez trois individus qui avaient contracté le charbon en écorchant un bœuf. Deux ou trois injections intraveineuses de 0 gr. 01 centigr. chacune de sublimé, sous forme d'une solution à 1 %, pratiquées à vingt-quatre heures d'intervalle, ont suffi pour amener, dans les trois cas, la chute de la température et pour faire rapidement disparaître tous les symptômes morbides.

L'acide citrique dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Dans les cas de thrombose survenant au cours et surtout pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, MM. les docteurs A. E. Wright, professeur de pathologie à l'École de médecine militaire de Netley, et H. G. Knapp (de Londres), ont recours, pour diminuer la coagulabilité du sang, à l'acide citrique qu'ils font prendre à la dose de 2 gr. 50 centigr., répétée trois fois par jour.

D'autre part, comme le régime lacté, qu'on prescrit habituellement aux dothiénentériques, semble, en raison de la teneur considérable du lait en sels calcaires, favoriser la production de thromboses, MM. Wright et Knapp recommandent de décalcifier partiellement ce liquide en l'additionnant de 1 gr. 20 à 2 gr. 40 centigr. de citrate de soude par 500 grammes.

COLLÈGE DE FRANCE

M. Charrin.

Le rôle des substances solubles dans la transmission des tares pathologiques des ascendants.

Nul ne conteste l'influence des maladies des générateurs sur l'apparition, chez leurs rejetons, d'une série de tares anatomiques ou fonctionnelles. Après avoir accumulé les documents les plus nombreux, les plus précis, relativement à l'action qu'exerce la syphilis des parents sur le développement de leurs enfants, au cours de ces dernières années on a tenté de mettre en évidence le rôle que jouent, à cet égard, d'autres maladies en évolution chez les ascendants. On s'est aperçu qu'on avait en quelque sorte trop limité à l'infection vénérienne la part qui revient aux affections de ces ascendants dans la production des anomalies enregistrées chez les nouveau-nés.

Je me suis efforcé, depuis quelque temps, de dégager l'intervention d'une foule de processus paternels et maternels dans la genèse des altérations ou des troubles physiologiques rencontrés chez ces nouveau-nés. Sous de telles influences, plus fréquemment et plus sûrement observées du côté des mères, j'ai vu en particulier la musculature, la complexion, l'adiposité, le poids, la taille, inférieures aux moyennes de la croissance, suivre des courbes irrégulières, souvent à peine ascensionnelles. Avec M. Guillemonat, nous avons décelé des défectuosités de l'absorption au niveau du tube digestif qui, chez ces fils de sujets pathologiquement tarés, laisse échapper des quantités trop considérables de matériaux utiles; pour 1,000 de tissu vivant, les pertes en albuminoïdes s'élèvent de la proportion normale, qui est de quelques milligrammes, à 0 gr. 30 ou 0 gr. 40 centigrammes. L'examen des urines révèle une insuffisante élaboration de la matière; tandis que le rapport du carbone à l'azote total se rapproche de l'unité, inversement le rapport de l'azote de l'urée à cet azote total, trop éloigné de cette unité, tombe de 0.91 ou 0.86 à 0.82 ou 0.74. Les humeurs, comme conséquence des défauts de l'histolyse, offrent une alcalinité amoindrie; quelques-uns des ferments du sang, principalement l'amylase, nous ont paru rares ou absents; mais, à la vérité, pendant les premières semaines cette rareté ou cette absence sont, en pleine santé, assez communes. Le corps thyroïde de ces athrepsiques est pauvre en éléments minéraux, surtout en iode, et les extraits de cette glande injectés à l'animal provoquent un amaigrissement moins prononcé que ces extraits empruntés à des nouveau-nés sains; de même, assez habituellement l'influence des capsules surrénales sur la pression, comparée aux modifications déterminées par ces capsules recueillies chez des enfants issus de parents bien portants, se montre atténuée.

La température centrale fléchit ordinairement au-dessous de 37°, et la calorimétrie met en lumière diverses anomalies; de plus, la surface externe de rayonnement destinée à desservir l'unité de poids, le kilogramme de matière vivante, oscille, en général, entre 5 et 7 décimètres carrés, alors que, chez ces débiles, cette surface atteint environ 8 de ces décimètres carrés, parfois davantage; il en résulte qu'une quantité donnée de calorique est plus rapidement perdue, rapidité de perte qui n'est pas sans importance.

L'économie ne peut, en effet, vivre sans produire une proportion de chaleur en rapport avec le développement, proportion sensiblement égale pour des nourrissons placés dans des conditions identiques d'âge, de milieu, etc. Mais, en raison de la diminution de l'appétit ou de l'augmentation des déperditions intestinales, les aliments, chez ces fils de malades, sont pris à des doses relativement minimes et, d'autre part, qu'ils soient graisses, sucres, etc., sont imparfaitement élaborés : la conséquence n'est autre qu'un déficit de la thermogenèse, déficit facile à comprendre, puisque, au fond, le combustible déjà moins abondant se trouve plus défectueusement utilisé et que la température produite quitte trop promptement les tissus. Dès lors, on conçoit aisément à quel degré de surmenage sont fatalement condamnées des cellules contraintes d'engendrer de la chaleur dans une pareille situation, avec un pouvoir émissif que le manque de pannicule adipeux ne permet pas de modérer. C'est même à ce surmenage, d'après les travaux de M. Ceni, de M. Moscatelli et de M. Colosanti, etc., qu'il convient d'attribuer soit l'abaissement de l'alcalinité humorale souvent parallèle à la diminution de la résistance, soit l'accroissement des poisons de l'organisme, abaissement et accroissement constatés, dans l'espèce, tant par l'examen de la réaction du sang devenu peu bactéricide que par l'étude de la toxicité des urines de ces rejetons en souffrance.

J'ai, en effet, montré à quel point le contenu vésical des nouveau-nés normaux est peu nuisible; il faut le plus fréquemment, pour amener la mort, injecter dans les veines 200 à 300 c.c. par kilogramme; par contre, si l'on emprunte ce liquide à certains athrepsiques, on obtient ce résultat avec 100 ou 150, toxicité encore bien faible. De telles constatations ne sont, d'ailleurs, nullement surprenantes; les composés toxiques urinaires procèdent essentiellement des aliments, des fermentations digestives et des déchets provenant des échanges. Or, le lait est pauvre en sels de potasse, éléments qui dans ce liquide constituent avant tout les poisons alimentaires éliminés par le rein; en outre, ce régime lacté, comme l'ont établi MM. Gilbert et Dominici, amoindrit singulièrement le nombre des microbes intestinaux et par conséquent leurs produits; enfin, à cette période de l'existence, la construction de l'édifice nécessite une notable suprématie de l'assimilation sur la désassimilation, trop restreinte pour livrer beaucoup de détritus.

Toutefois, chez les nourrissons débiles, si la qualité des aliments n'offre rien de spécial, si, en outre, les matériaux offensifs venus du monde extérieur sont réduits, la fréquence des entérites infectieuses provoque, en revanche, une considérable augmentation des putridités gastro-intestinales; de plus, la nutrition de ces nourrissons laisse beaucoup à désirer et de leurs mutations intimes viciées dérivent de nombreux principes incomplètement métamorphosés; parmi eux figurent, bien plus abondantes que chez les sujets normaux, les matières colorantes urinaires réputées si nuisibles par Thudicum. Dans ces conditions, si par surcroît on veut bien se souvenir que les organes antitoxiques, comme le foie, le corps thyroïde, les capsules surrénales, la muqueuse de l'iléon, certains leucocytes présentent, chez ces descendants de malades, de fréquentes détériorations, on comprendra pourquoi ces descendants comparés aux enfants de parents sains se trouvent relativement menacés d'auto-intoxication. Il est, du reste, facile de prouver la réalité de ces menaces : en injectant soit des extraits de viscères, spécialement des extraits hépatiques dont la toxicité immédiate est accrue, soit des humeurs et surtout des urines de ces petits êtres tarés, en répétant ces injections faites sous la peau pour éviter toute objection s'appuyant sur un défaut d'isotonie, souvent on détermine, chez les animaux qui reçoivent ces liquides, différentes lésions parfaitement appréciables.

En somme, l'ensemble de ces données permet d'affirmer que, sous l'influence des tares paternelles et plus encore maternelles, les cellules du fœtus sont modifiées au point de vue de leur structure, de leur fonctionnement, de leurs sécrétions; les changements imposés à cet organisme relèvent à la fois de l'anatomie, de la physiologie et de la chimie. On entrevoit ainsi, dans quelque mesure, ce que sont ces changements, dont la variété ou l'intensité contribuent à former les divers terrains. Il en résulte que, dès à présent, au lieu de s'en tenir à des mots, de dire que le mal est dû à la prédisposition, aux particularités de ces terrains, on est en droit, dans plus d'un cas, de substituer à ces mots des réalités, d'affirmer, par exemple, que le virus s'est développé grâce à la diminution de l'alcalinité des plasmas ou à l'augmentation des substances toxiques humorales, conditions saisissables qui fréquemment oscillent dans le même sens que l'état bactéricide; on peut encore invoquer l'hypothermie, capable de s'opposer à la pleine activité des phagocytes, etc. Or, connaître ces causes, c'est connaître les moyens à mettre en jeu pour pallier à ce défaut de résistance.

La plupart des infections ou des intoxications maternelles sont aptes à faire dévier ainsi l'état normal, à créer ces terrains affaiblis, ces êtres de moindre valeur physiologique; toutefois, à ce point de vue, la tuberculose des parents tient une place importante. — Avec mon interne M. G. Delamare, nous avons, pendant un an, observé 30 nouveau-nés issus de mères nettement bacillaires; 12 seulement sont venus à terme et encore la moyenne de leurs poids, 2,115 grammes, était-elle notablement insuffisante. D'ailleurs, fréquemment la vitalité de ces rejetons nous a paru des plus faibles; la plupart ont succombé au cours des premières semaines, sans offrir la plus discrète granulation; un d'eux cependant est mort tuberculeux, mais par exception il avait atteint le septième mois et par suite avait pu acquérir le mal. Le plus souvent, la terminaison fatale a été la conséquence d'entérites, de bronchopneumonies, d'hépatisations alvéolaires dépendant de divers microbes plus que du pneumocoque, etc.; or, ces processus ont épargné des fils de nourrices élevés dans des conditions identiques. Cette sorte d'élection des virus tend à prouver qu'il ne s'est point agi là d'un germe spécial, d'une bactérie particulièrement active; les agents en jeu se sont développés en raison des modifications de ces terrains, autrement dit à cause de l'hypothermie, de la dyscrasie acide, de l'auto-intoxication, du surmenage ou des altérations tant anatomiques que fonctionnelles des différents viscères.

De fait, ces viscères, dans nombre de cas, ont singulièrement laissé à désirer; de leur côté, les membres, les tissus extérieurs ont aussi présenté des malformations, telles que des polydactylies, un spina-bifida, des becs-de-lièvre, des pieds bots, etc. Chez des animaux issus de générateurs imprégnés de produits tuberculeux, les torsions normales des os longs étaient trop accentuées ou parfois les courbures offraient des directions inusitées; ordinairement insuffisantes, les dimensions des diaphyses tout naturellement se trouvaient en rapport avec le nanisme; la saillie des épiphyses était exagérée et çà et là on rencontrait des nodosités. Deux fois nous avons nettement observé l'attitude caractéristique, le complexus symptomatique de la luxation congénitale de la hanche; la minceur, la transparence des os iliaques justifiaient pleinement l'opinion des auteurs qui attribuent cette anomalie à une dystrophie du squelette. Le bassin était, du reste, notablement asymétrique; la moitié correspondant à l'articulation défectueuse était relativement atrophiée. Chez un autre lapin, né d'ascendants soumis à des injections répétées de toxines diphtérique et pyocyanique, les modifications enregistrées, tout au moins en partie, ont réalisé le tableau du rachitisme : taille exiguë, abdomen volumineux, entérite chronique, épiphyses énormes, courbures diaphysaires anomales, chapelet costal, etc.

Chez ces rejetons d'infectées ou d'intoxiquées, surtout chez ces fils de tuberculeuses, des défectuosités relevant d'excès de développement

sont plus exceptionnelles que les hypoplasies; une seule fois, en pesant la glande biliaire, la rate, les reins, nous avons trouvé des chiffres supérieurs à la moyenne. A la vérité, l'hypertrophie est moins rare quand il s'agit soit du thymus, dont à cette période le rôle est tout spécial, soit du ventricule gauche qui, à défaut de sclérose rénale, subit peut-être l'influence des éléments uratiques si abondants chez le nouveau-né et capables, grâce à des actions vaso-motrices, d'élever la pression : chez trois de ces enfants débilités, le poids de ces deux organes était excessif.

A ces tares macroscopiques s'ajoutent des modifications histologiques; c'est ainsi qu'on note, avant tout dans les poumons, des zones de congestion et, de préférence au sein du parenchyme hépatique, des foyers d'hémorrhagie. Les cellules du myocarde, du foie, des capsules surrénales, les épithéliums du rein, de temps à autre, offrent d'indiscutables caractères de dégénérescence; leur protoplasma est granuleux, même graisseux; chez deux de nos nouveau-nés une cirrhose extra et intralobulaire était manifeste.

A ces anomalies de structure sont liés des troubles nutritifs et fonctionnels. Déjà, nous avons constaté les imperfections, la lenteur des échanges; déjà nous avons vu les extraits thyroïdiens ou capsulaires demeurer inactifs à l'égard du métabolisme et de la pression vasculaire; nous pouvons, en outre, mentionner les imperfections de l'hématopoïèse : la moelle osseuse est fréquemment pauvre en éléments nucléés et la mitose, au sein des follicules spléniques, s'opère avec trop de discrétion.

On observe, en somme, une foule de désordres aussi bien anatomiques que physiologiques, dont la fréquence, chez ces descendants de générateurs malades, est telle qu'il est difficile de ne pas établir de relations entre ces désordres et les affections de ces générateurs. Sans doute, ces affections ne retentissent pas invariablement sur ces nouveau-nés et, d'un autre côté, la santé des enfants issus de parents bien constitués n'est pas toujours irréprochable; mais, en dépit des séries, si dans l'ensemble on compare le développement des uns et des autres, le doute ne paraît plus permis.

Ces déductions semblent d'autant plus légitimes qu'à ce moment de l'existence, sans être d'une extrême simplicité les phénomènes pathologiques sont, en général, infiniment moins complexes que les processus qui évoluent plus tard; les accidents morbides ne subissent pas les influences, parfois malaisées à soupçonner, d'une foule d'agents physiques, chimiques ou psychiques, infectieux, toxiques ou nutritifs, dont l'intervention à différentes périodes de la vie a été oubliée, a passé inaperçue ou a laissé des traces qu'on a quelque peine à rattacher à leur point de départ. C'est ainsi que les rejetons des femmes en traitement dans notre service, élevés au sein par des nourrices indemnes de tout mal, vivent, au point de vue alimentaire, respiratoire, thermique, etc., dans des conditions identiques à celles des fils de ces nourrices; leur bilan pathologique ne se distingue de celui de ces sortes de témoins que par la constatation des tares morbides maternelles ou paternelles et l'action que ces tares ont exercée sur leur développement intra-utérin, c'est-à-dire précisément par les facteurs biologiques objets de nos études. Aussi très souvent est-ce uniquement à ces facteurs qu'il convient d'attribuer l'origine première des modifications organiques enregistrées. Ces modifications, le plus habituellement, sont malheureusement assez profondes pour entraîner une mort prompte; toutefois, il est facile de concevoir des altérations moins considérables permettant une survie plus ou moins longue. Dès lors, quand à une époque plus avancée on voit évoluer telle ou telle lésion dont la cause semble échapper, il est bon de remonter à ces influences de la vie fœtale, influences capables d'opérer dans les tissus des détériorations qui demeurent latentes jusqu'au jour où la mise en jeu soit des exigences physiologiques du développement, soit d'un élément exogène, révèle cette défectuosité non soupçonnée; par exemple, depuis quelque temps on publie des cas de cirrhose observés chez de tout jeunes enfants exempts de syphilis, d'alcoolisme, de fièvres éruptives, etc. : le principe étiologique paraît absent. En présence de ces données, n'est-il pas juste de songer à nos deux nouveau-nés porteurs d'une indiscutable sclérose hépatique en rapport avec des troubles pathologiques constatés chez les parents ?

Peut-on aller plus loin? Est-il possible de mettre au jour le mécanisme qui préside à la genèse de ces désordres ou plus exactement les conditions qui règlent l'action des tares morbides des ascendants sur l'évolution de leurs descendants?

Au premier abord, on est tout naturellement porté à songer à un processus en quelque sorte anatomique, tissulaire; on est conduit à supposer que, mises à mal par un microbe ou un poison, les cellules de ces ascendants n'ont pu engendrer que des éléments d'insuffisante qualité. De fait, la notion de maladie impose celle de lésions variées de ces cellules, autrement dit de modifications anatomiques ou fonctionnelles de leurs molécules, car nul ne peut concevoir un tout malade dont chaque partie serait saine. Or, ce sont précisément ces parties qui en se multipliant, en se prolongeant, vont fournir la matière première du nouvel être; cette matière est d'autant plus sûrement défectueuse que, dans l'hypothèse d'intoxication ou d'infection, l'expérimentation révèle, et chez la génératrice et chez ce nouvel être, la présence de substances peccantes, par exemple celle de l'alcool, du plomb, de toxines, aussi bien, il est vrai, que d'antitoxines, etc., substances relativement abondantes au niveau du testicule ou de l'ovule. Plus que tous autres, les organites reproducteurs sont donc exposés aux injures néfastes de ces agents; dès lors, on comprend sans peine pourquoi les tissus dérivés de ces organites peuvent être anormaux. Comment, en effet, avec de semblables granulations si profondément détériorées, constituer un viscère irréprochable? Autant vaudrait soutenir qu'en réunissant des particules imparfaites il est possible d'obtenir un ensemble parfait!

En définitive, il est certain que si les cellules des sujets provenant de générateurs malades sont anomales, c'est qu'initialement des éléments, tels que des noyaux, des anses chromatiques, etc., modifiés à divers titres, leur ont donné naissance; par suite, comme les humeurs, les liquides, sont ce que les font les solides, il n'est pas surprenant de découvrir, au sein des exsudats ou des plasmas, des adultérations plus ou moins nombreuses. La véritable hérédité intervient donc dans la genèse de ces troubles : ils méritent incontestablement d'être qualifiés d'héréditaires.

Il est regrettable de voir une série d'auteurs attribuer à ce mot *hérédité* ou à cette épithète *héréditaire* des sens différents. Pour préciser la signification de ces expressions, il paraît inutile d'entrer dans les détails des théories ou doctrines qui, désignées par les noms de leurs inventeurs ou par ceux des principaux éléments, tels que les gemmules, les plastidules, les bioblastes, les pangènes, les unités physiologiques, le plasma germinatif, etc., mis en cause, prétendent révéler le mécanisme fondamental de ces phénomènes de transmission entre ascendants et descendants. Ces théories semblent parfois relever de la métaphysique plutôt que de la méthode expérimentale; or, désireux de nous en tenir aux faits, nous ne saurions avoir la préoccupation de les infirmer ou de les confirmer. Du reste, au point de vue pratique, les considérations invoquées indiquent suffisamment en quoi consiste, dans la sphère pathologique, cette *hérédité*.

Bien que, pour ne pas aller à l'encontre d'usages établis, nous ayons employé ce terme dans des sens défectueux, nous pouvons le plus souvent apprécier dans quelles circonstances on doit ou non l'utiliser. C'est ainsi, par exemple, qu'il s'applique mal à l'exode interplacentaire d'une toxine ou d'une antitoxine; pourtant, on a fréquemment fait de cet exode l'essence de ce processus héréditaire. Pour l'antitoxine, à la vérité, la question réclame quelques éclaircissements, attendu qu'il s'agit d'un produit fabriqué par les organes, en particulier par les leucocytes; si, en vertu de la transmission d'une propriété de sécrétion, ce principe protecteur décelé chez le nouveau-né dérive de ses propres éléments, alors même que cette propriété nouvellement acquise par l'ascendant ne peut être conférée qu'à titre passager et rudimentaire, il est juste de soutenir que, dans l'espèce, il y a hérédité; si, au contraire, on est en présence d'un reliquat que le placenta a laissé passer, cette dénomination devient discutable, sinon illégitime.

Il ne s'agit point là d'un problème de grammaire : la portée du débat est autre. En conférant à un même mot des significations disparates, on court le risque d'éterniser des discussions : « Que de disputes de moins dans le monde, a dit Pascal, si l'on pouvait s'entendre sur les mots. » Il suffit, pour mettre en lumière ces inconvénients, de se souvenir de la variété des opinions émises à propos de la transmission de l'immunité. L'important facteur de la phagocytose mis à part, des processus absolument distincts interviennent dans la genèse des états réfractaires; s'il s'agit du tétanos ou de la diphtérie, l'élément antitoxique joue un rôle; par contre, dans une foule de circonstances cet élément, du moins jusqu'à ce jour, n'est pas sensiblement appréciable et se trouve remplacé par un principe bactéricide. Pour tel chercheur, cette hérédité n'est autre chose que la reproduction, chez le rejeton, d'un attribut cellulaire qui existait chez les générateurs; chez ce rejeton, les cellules jouissent d'un potentiel spécial, possèdent une grande activité phagocytaire, sécrètent des substances protectrices, tout simplement parce que chez ces ascendants elles fonctionnaient ainsi et que leurs molécules dérivent de celles qui déjà chez le père ou la mère étaient en possession de ce potentiel, de ces attributs. Tel autre expérimentateur base uniquement cette transmission de la résistance aux virus sur le passage au travers du délivre d'une quantité plus ou moins considérable des composés défensifs : la passivité la plus absolue succède à l'activité la plus manifeste.

Sans incriminer l'insuffisance numérique des essais de quelques auteurs qui avec 6 ou 8 expériences prétendent juger des résultats observés 1 fois sur 12 ou même, d'après Romanes, 1 fois sur 50, est-il surprenant que des conceptions reposant sur des mécanismes aussi différents aboutissent à des désaccords? En particulier, dans l'hypothèse de cette reproduction chez le descendant d'une fonction en exercice chez l'ascendant, l'intervention paternelle, dont la clinique nous impose la réalité quand il s'agit de l'hérédité des affections nerveuses, nutritives ou de l'architecture morphologique, se conçoit assez facilement; inversement, si cette transmission de l'immunité se borne à un transport de l'antitoxine, même en supposant le spermatozoïde capable d'entraîner de minimes proportions de cette antitoxine active à des doses infinitésimales, il devient difficile d'établir le rôle du mâle.

Quoi qu'il en soit, il est certain que les désordres enregistrés chez les rejetons d'infectées ou d'intoxiquées peuvent dépendre de ces influences des générateurs atteints de tares pathologiques variées. Il est à peine besoin de faire remarquer combien, à tous égards, ces influences seront différentes suivant l'âge de ces tares, antérieures ou postérieures à la conception; il y a là, dans l'espèce, une distinction radicale à établir, attendu que, si le mal éclate au

cours de la gestation, on se trouve en présence d'une simple contagion intra-utérine.

Pour expliquer ces faits de transmission, on a également invoqué l'intervention de l'infection, conception que devait provoquer la faveur dont jouissent les doctrines microbiennes. Du reste, cette infection se rencontre chez ces athrepsiques avec une extrême fréquence; sous forme de bronchopneumonie ou en été de gastro-entérite, elle met ordinairement un terme à ces débiles existences.

Toutefois, conformément à nos remarques, les germes qu'on isole sont disparates, peu spécifiques et souvent peu virulents; en second lieu, il n'est pas inouï de constater la stérilité des tissus, surtout lorsque le rejeton mort-né vient avant terme, surtout aussi lorsque, voyant le jour à l'époque prévue, il est porteur de lésions graves ne permettant qu'une survie de quelques heures. — Avec M. Delamare nous avons observé une mise-bas légèrement prématurée chez une cobaye qui, après la fécondation, avait reçu sous la peau dix gouttes d'une culture de tuberculose; les trois petits pesaient respectivement 43, 40 et 39 grammes, poids inférieurs à ceux d'animaux de même âge issus de femelles saines. En dépit des granulations disséminées à la surface de la rate ou du foie de la mère, granulations plus nombreuses que celles d'une cobaye témoin, c'est-à-dire d'une cobaye d'une même portée, de même couleur, inoculée sans être pleine, chez ces trois petits les tissus hépatique, splénique, tous les viscères étaient indemnes de bacille.

D'ailleurs, l'inconstance de l'infection suffit à placer en lumière l'insuffisance de ce facteur; sa fréquence même ne constitue pas un argument solide. Cette fréquence, en effet, tient au terrain, autrement dit, comme nous l'avons montré, à l'hypothermie, à l'auto-intoxication, aux tares des divers appareils, au surmenage cellulaire, à la diminution de l'alcalinité des plasmas et de l'état bactéricide, etc. De pareils éléments, universellement reconnus favorables à l'évolution des bactéries, facilitent singulièrement leur pullulation, d'autant plus que, chez ces nouveau-nés, au niveau des portes d'entrée les défenses fléchissent. — La peau de ces enfants par exemple, avant tout celle des athrepsiques, offre une sensibilité, une délicatesse, que le développement si commun des abcès ou des érythèmes met en évidence; la sauvegarde sudorale absente ou réduite a moins d'efficacité. Dans le tube digestif, la résistance est, en partie, normalement assurée par le mucus ou les diastases glandulaires. Or, avec M. Delamare, j'ai constaté que ce mucus, protection comme la sueur à la fois mécanique et chimique, est moins abondant que chez l'adulte; de plus, conformément aux recherches de MM. Portier et Biéry aussi bien qu'à celles de M. Brocard poursuivies avec ma collaboration, l'aliment fait le ferment; par suite, sous l'influence du régime lacté qui n'introduit que certains éléments aisés, du reste, à métamorphoser, si tels ou tels de ces ferments, de ces diastases s'exaltent, en revanche plusieurs de ces agents, véritables obstacles à l'évolution des virus, demeurent rudimentaires, d'autant plus que la graisse du lait inhibe partiellement la genèse de la pepsine; d'autre part, d'après M. Zaremba, la plus légère inflammation de l'estomac ou de l'intestin, inflammation à point de départ ordinairement alimentaire, atténue la remarquable activité du suc pancréatique à l'endroit des produits microbiens; en outre, dans ces conditions, divers essais m'ont révélé la diminution de l'énergie antitoxique du foie. Quant aux propriétés éminemment précieuses des sécrétions nasales, en dormant la bouche entr'ouverte, l'enfant, dans plus d'une circonstance, les rend parfois inutiles; du reste, sans parler à nouveau du mucus, ce mode respiratoire ne permet pas à l'air inspiré de se filtrer, de se réchauffer, de se charger d'humidité; en conséquence, la muqueuse broncho-pulmonaire est soumise à des impressions de froid, de sécheresse et à de notables apports de bactéries exogènes qui, par surcroit, trouvent, dans les milieux internes, des hématies comparativement peu résistantes, des proportions relativement minimes d'éléments protecteurs, etc.

Il n'est pas douteux, en effet, que beaucoup de germes viennent de l'extérieur; leur absence plus d'une fois originellement constatée au sein des différents tissus de ces nourrissons suffit à le démontrer; d'un autre côté, en enveloppant les enfants débiles dans des linges stérilisés, M. le professeur Weil a très ingénieusement supprimé les pyodermies si communes à cet âge; les suggestifs résultats de sa pratique joints aux données de l'observation prouvent que les infiniment petits en cause, généralement peu énergiques, exigent habituellement pour se développer un contact assez prolongé; leur faible virulence, malgré les prédispositions de ces athrepsiques, réclame, même pour continuer à évoluer, un incessant renouvellement, à ce point que les inoculations antérieures à l'emploi de ces linges aseptiques tendent, à la suite de ces pansements méthodiques, à une complète extinction. Toutes les preuves convergent donc pour établir que l'infection est souvent exogène et secondaire; si elle est si commune, c'est que des défectuosités de terrain, également très fréquentes, facilitent son éclosion. Ainsi, capables assurément d'aggraver, de multiplier les troubles pathologiques en voie de développement chez ces rejetons de générateurs malades, les processus bactériens ne sont pas, en général, la cause première de ces désordres.

A côté de cette théorie de l'infection a pris place la doctrine de l'intoxication, doctrine qui s'applique à des produits très différents les uns des autres tant par leur nature que par leur origine. Dans le nombre figurent le plomb, le mercure, l'alcool, etc., corps nettement définis, ayant à titre de caractère commun leur provenance du monde extérieur; les modalités de leurs interventions, du reste assez restreintes, souffrent peu de discussion. L'expérimentation, d'une part, nous apprend qu'à leur contact les organes s'altèrent; la chimie, d'autre part, les décèle soit au sein de l'économie maternelle, soit dans l'intimité des viscères fœtaux. Dès lors, la pathogénie des modifications imposées aux tissus des nouveau-nés, aussi simple que claire, dans ce cas ne réclame aucun développement.

Le problème apparaît plus complexe, quand on se trouve en présence des matières solubles d'origine microbienne; pourtant, la participation de ces matières à la genèse des tares pathologiques de ces débiles ne saurait être mise en doute.

Avec M. Gley, j'ai vu qu'en imprégnant de diverses cultures stérilisées une série de générateurs, on observe, dans d'appréciables proportions, la stérilité, l'avortement, la morti-natalité, le nanisme, des malformations fœtales variées, telles que des pieds bots, des cloisonnements vaginaux, etc. Toutefois, pour obtenir ces résultats, il est indispensable de multiplier et de varier à l'infini les essais; le peu de fécondité est un premier obstacle; de plus, quand on s'efforce de faire dévier la nature de son évolution normale, elle résiste à ces tentatives et tend énergiquement, si elle a subi quelque dommage, à revenir à l'état physiologique. Il n'en demeure pas moins établi que des toxines existant chez des femelles pleines de temps à autre portent le trouble dans la formation du nouvel être.

Pour préciser le mécanisme de ces phénomènes, et comme il s'agit par-dessus tout de protéines, je n'ai, en premier lieu, laissé à personne le souci de prouver que ces corps franchissent à peu près intégralement le placenta. Sans doute, pour quelques sels ou alcaloïdes on avait démontré la réalité de cette perméabilité; mais nul n'ignore qu'en traversant des filtres, des membranes, les albumines se modifient ou sont arrêtées; la plupart de ces filtres, en tenant compte des cadavres bactériens, retiennent une proportion considérable, près des deux tiers, des matières pyocyaniques insolubles dans l'alcool. De plus, avec M. Moussu, j'ai tenté de mettre en lumière les changements qualitatifs imposés aux sécrétions microbiennes par leur dialyse au travers des séreuses, des muqueuses, etc., etc.; comme, en dehors des plus importantes de ces parois, des enveloppes nettement distinctes ou rudimentaires se répètent autour de chaque cellule, on entrevoit aisément la portée de ce mode de défense. Cependant, le placenta, qui vis-à-vis de quelques éléments et en partie grâce à des ferments jouit d'une certaine activité, n'a point paru détériorer les principes bacillaires utilisés; j'ai même reconnu que le mouvement de translation s'effectue dans les deux sens, de la mère à l'embryon et de l'embryon à la mère. Tout en expliquant pourquoi les affections de la génératrice retentissent sur le fœtus, ce double mouvement permet de comprendre par quelle voie les souffrances et les produits toxiques de ce fœtus sont aptes à perturber le fonctionnement de l'économie maternelle; il nous révèle aussi comment ces produits prennent part, dans certaines circonstances, à l'éclosion de l'éclampsie, accident préparé, ainsi que je l'ai indiqué, par des modifications métaboliques qui, sous l'influence de la gestation, font qu'il y a, d'un côté, hyperexcitabilité du névraxe et, de l'autre, excès dans la genèse des poisons organiques avec diminution dans leur transformation ou leur élimination, puis, à titre de conséquences, des tares viscérales intervenant à leur tour. En outre, on sait que les cellules, agissant à distance les unes sur les autres, déterminent des variations d'aptitudes; on sait également que cette action, que « l'induction vitale » de M. Bard s'exercent en partie grâce à des substances solubles. Il est par suite licite de concevoir que telles propriétés, déposées dans les tissus d'un nouvel être par le jeu des éléments anatomiques du père, pourront, par voie ascendante, passer de ces tissus à ceux de la mère; si plus tard un rapprochement avec un second père entraîne la formation d'un deuxième enfant, rien ne s'oppose à ce que cette mère, parmi les attributs dont elle fait don à cet autre enfant, choisisse à son insu ceux qu'elle détient de son premier mari : ainsi s'expliquent à la rigueur certains résultats de télégonie.

Cette facilité dans les échanges des sécrétions microbiennes conduit ces corps à s'accumuler dans les plasmas ou l'intimité des organes des rejetons. On ne saurait évidemment dégager leur présence à l'aide de réactions nettes, caractéristiques, analogues à celles qui s'appliquent aux poisons exogènes définis; néanmoins, en administrant des extraits viscéraux de ces rejetons, on provoque des symptômes, des lésions, plus encore des états réfractaires propres à telle ou telle de ces sécrétions microbiennes. Du reste, les anémies et surtout les congestions, les hémorrhagies, si communément enregistrées chez ces sujets débiles, constituent de fortes présomptions en faveur de la notion d'intervention des matières fabriquées par les infiniment petits. Personne n'ignore, en effet, qu'en introduisant ces matières dans la circulation, on imprime des modifications à l'appareil vasomoteur, à la vitesse, à la pression, à la constitution du sang, aux parois des capillaires, etc. : on agit, en définitive, sur le contenu et le contenant. Rien, d'ailleurs, n'est plus varié que les actions de ces substances microbiennes et même, dans plus d'une circonstance, elles se révèlent antagonistes les unes des autres : telle la mucine engendrée par le bacille pyocyanique vis-à-vis d'un produit hémolytique de cet agent.

A leurs multiples influences se joignent encore celles qui résultent de l'entrée en scène des *excreta* des tissus impressionnés par les agents infectieux. Sans parler des composés protecteurs, par exemple, de la sensibilisatrice

ou des corps que j'ai signalés, corps distincts des alexines par leur résistance à 55° mais s'en rapprochant par leur aptitude à détériorer les germes, une série de principes morbifiques issus, conformément à la conception de MM. Courmont et Doyon, des perturbations pathologiques, lèsent les éléments anatomiques, adultèrent les liquides ou troublent les fonctions. A ce point de vue, l'analyse des urines, des humeurs, des gaz de la respiration indique à quel degré les échanges livrent des déchets insuffisamment élaborés et partant plus offensifs; en outre, chez l'animal infecté, bien souvent les plasmas possèdent une toxicité distincte de celle des sécrétions du microbe inoculé. Il faut aussi remarquer que de nombreuses cellules, dégénérées au cours des affections, donnent naissance à des poisons spéciaux; en injectant des extraits de viscères conservés aseptiquement, j'ai mis en évidence ces nouveaux et importants poisons autolytiques, avant tout de nature protéique et variables suivant l'ancienneté de la mort de ces cellules.

Toutefois, nul n'est capable de prévoir avec certitude et la nature et la localisation des accidents relevant de ces produits; on sait que les maladies des générateurs exposent les rejetons à des tares de divers ordres, mais on est impuissant à préciser : la spécificité manque totalement. C'est là un caractère sur lequel nous avons vivement insisté, quand à l'aide de cultures stérilisées nous avons, avec M. Gley, provoqué tout un ensemble d'anomalies analogues à celles qu'on rattache à la syphilis, alors que, dans l'espèce, chez nos animaux, cette syphilis ne pouvait même pas être invoquée. En dépit de ces remarques nettement formulées, quelques auteurs nous ont reproché d'avoir vu à tort dans ces phénomènes des processus spécifiques, autrement dit, nous ont très gratuitement attribué la thèse que nous combattions! Cependant, en dehors de ces influences morbifiques générales, il en est dont l'action est étroite, précise, possible à présager!

Philosophes et biologistes depuis longtemps discutent à l'envi pour décider si oui ou non il peut y avoir transmission d'un caractère, d'une tare, d'une affection acquise.

Chez des fils d'éclamptiques, j'ai parfois découvert, dans le parenchyme hépatique, les extravasations et les dégénérescences qui disloquent la glande biliaire de la mère; j'ai même réussi à établir expérimentalement la nature toxique de ces modifications. D'autre part, avec M. Delamare, j'ai décelé la réaction de Brehmer en examinant les globules du fœtus d'une diabétique. A la vérité, comme le mal avait précédé la conception, cette dyscrasie, à la rigueur, pouvait tenir à ce que ces globules procédaient de granulations entachées de cette tare, à ce que leurs matériaux constitutifs n'étaient autres que des fragments détachés d'hématies maternelles tarées, en travail d'hyperplasie; mais il y avait lieu de noter que cette réaction épargnait quelques cellules et se montrait des plus variables dans celles qui étaient atteintes. Or, cette discordance dans la répartition de l'anomalie est conforme à ce qui survient, lorsqu'un agent chimique — le sucre, d'après M. Le Goff, dans l'exemple rapporté — impressionne un groupe d'éléments anatomiques; les différences d'âge, d'état, de situation, etc., entraînent des différences de sensibilité à cet agent. Par contre, il est plus difficile, au point de vue d'une altération déterminée, d'expliquer de profondes inégalités, quand les éléments atteints dérivent d'une souche unique soumise à cette altération : tous, semble-t-il, devraient être à peu près uniformément modifiés. On voit donc que, même dans des circonstances propres au premier abord à faire écarter la notion d'une pathogénie toxique, il est prudent d'y songer.

Ainsi, grâce, tout au moins en partie, à des interventions de substances solubles, la tare d'un organe de la génératrice, au cours d'une grossesse et dans certains cas, paraît se répéter dans le viscère fœtal homologue. Dans ces conditions, désireux d'éclairer cette question, nous avons, avec M. Delamare, chez des femelles pleines, aseptiquement réalisé de larges lésions du foie; or, lorsque la mise-bas n'a pas eu lieu trop tôt, nous avons découvert, chez plus d'un petit, des altérations hépatiques.

Il était à la rigueur possible d'objecter qu'en opérant de grands délabrements, au sein d'un organe aussi important, on met en circulation des composés nuisibles, des poisons que ce parenchyme disloqué devient impuissant à modifier; de plus, durant la vie intra-utérine, les dispositions vasculaires font que tout déchet provenant de la mère traverse d'abord cette glande biliaire, physiologiquement chargée, comme chez l'adulte, d'un rôle antitoxique : ces motifs pouvaient permettre d'expliquer cette localisation hépatique. Aussi avons-nous eu soin de nous adresser successivement à d'autres viscères, plus spécialement aux reins. — Chez des femelles pleines, tantôt nous avons malaxé, broyé, détérioré le rein droit ou gauche, exceptionnellement les deux; tantôt nous avons lié le pédicule vasculo-nerveux. Or, à côté d'indiscutables échecs, plus d'une fois, au niveau des glomérules ou des *tubuli* des petits lapins ou cobayes nouveau-nés, nous avons constaté l'existence de zones de congestion et d'hémorrhagie juxtaposées à des altérations épithéliales à la vérité habituellement peu marquées; dans deux cas exceptionnels, d'une interprétation malaisée, nous avons, chez ces fœtus, décelé des territoires d'hyperémie à côté de régions relativement anémiées, et cependant la survie des mères avait été au maximum de huit heures. La brièveté de ce temps, bien court pour la genèse des poisons cellulaires, nous a portés à rechercher, en dehors des processus toxiques, l'intervention d'un autre mécanisme tel que celui des réactions nerveuses, mécanisme qui, par contre, préside rarement à l'éclosion des détériorations plus lentement obtenues en pratiquant chez la génératrice des injections sous-cutanées : à l'heure présente nos essais sont, à cet égard, trop peu nombreux pour autoriser une conclusion.

Nous ne voulons pas rappeler la place considérable tenue par l'élément morphologique dans les conceptions de Weismann, plus encore dans celles de ses partisans; nous n'avons pas l'intention de disserter ici sur l'intimité des liens qui rattachent la forme à la fonction. Néanmoins, de tels résultats sont de nature à mettre en relief la possibilité de la reproduction d'une lésion acquise et l'existence de synergies à la fois physiologiques et pathologiques reliant entre eux les différents appareils. D'autre part, sans qu'il soit besoin d'insister, on comprend comment certaines données depuis peu à l'ordre du jour devaient permettre d'entrevoir le rôle joué par les cytolysines ou cytotoxines dans le mécanisme des désordres que nous signalons.

Je sais, il est vrai, que des critiques plus ou moins avouées ont été adressées à cette doctrine des cytolysines; je sais aussi que, suivant les organes, ces corps s'obtiennent plus ou moins facilement; il est, en particulier, plus aisé de déterminer l'apparition d'une hémolysine, d'une hépatotoxine, que celle d'une néphrotoxine et surtout d'une pancréatotoxine ou d'une capsulotoxine, etc. Mais contre des succès aujourd'hui innombrables quelques échecs ne sauraient prévaloir; ces cytolysines se développent dans l'économie impressionnée par les cellules ou les sucs qu'on injecte, comme naissent, au sein des tissus modifiés par les microbes ou leurs sécrétions, des substances antitoxiques. Or, il est des germes pathogènes qui ne provoquent en aucune façon la formation de ces substances défensives, vaccinantes; cependant, personne, j'imagine, ne se targue de ces cas négatifs pour nier la réalité de ces principes immunisants : les réactions organiques sont essentiellement mobiles.

En désagrégeant les éléments anatomiques, la maladie livre leurs débris à la circulation; grâce à ces sortes d'auto-injections on découvre parfois, ainsi que je l'ai montré avec M. Levaditi, des embolies capillaires constituées non plus seulement par des granulations, des molécules, mais par des cellules entières du viscère attaqué. Ce passage de cellules complètes dans les vaisseaux n'est, d'ailleurs, nullement nécessaire à la genèse des cytolysines : des particules protoplasmiques, des sucs suffisent amplement.

L'expérimentation, dans ces conditions, devait conduire à la solution du problème. Pour se renseigner, il importait, avant tout, de faire naître, chez des mères en gestation, telle ou telle cytotoxine et d'examiner l'état de l'appareil fœtal correspondant. — Dans ce but, à une chèvre de 42 kilogrammes, en cours de gestation, nous avons, avec M. Moussu, injecté par voie sous-cutanée des doses variables d'émulsions hépatiques, en totalité 84 grammes, soit 2 ‰. Depuis seize jours cette chèvre n'avait rien reçu, lorsqu'elle a mis bas un unique chevreau à terme, mort en naissant. Or, exempt de tout microbe, ce chevreau était porteur d'organes macroscopiquement sains, sauf le foie réduit à l'état de bouillie.

Une telle intensité dans les lésions de cet ordre est à coup sûr assez rare, et il est juste de tenir compte de la délicatesse des cellules de l'embryon. Quoi qu'il en soit, lorsqu'à une femelle fécondée on administre des extraits d'un tissu emprunté à une autre espèce, dans la majorité des cas la cytolysine de ce tissu, comme le prouve l'injection du sérum de cette femelle, se développe, traverse le placenta dont à ce sujet nous avons établi la perméabilité, et va frapper le viscère homologue du fœtus; les autres appareils, de préférence le foie qui en vertu des distributions vasculaires supporte toujours le premier choc, peuvent être intéressés, mais leurs modifications sont bien plus légères : en pareille matière, la spécificité absolue est chose inouïe. Les détériorations varient, du reste, avec la nature ou l'état des viscères, avec les doses utilisées, les espèces choisies, le mode d'injection, etc. Chez les mères ainsi traitées, l'organe similaire tantôt échappe à cette influence des lysines et tantôt la subit; dans ces cas de gestation, la glande biliaire déjà anomale a plus d'une fois paru s'en ressentir; toutefois, ces atteintes ont été relativement minimes. Si les isocytolysines, assurément moins énergiques que les hétérocytolysines, jouissent cependant d'une indiscutable activité, les autocytolysines sont tout au plus douées d'un pouvoir morbifique atténué : à ce point de vue, l'opothérapie conserve la plupart de ses droits.

On aperçoit sans peine la portée philosophique et pratique de ces données; elles révèlent des liens mystérieux, nerveux et chimiques, qui, en rattachant entre elles des cellules homologues, leur permettent de s'influencer à distance; elles montrent comment, à la rigueur, on peut prévoir une affection, comment, tout en n'agissant pas directement sur l'organe qui va être frappé, il est possible de provoquer cette affection; elles mettent en évidence le rôle de plus en plus important des sécrétions internes; d'un autre côté, sans exclure d'autres processus pathogéniques, elles apprennent pourquoi, dans une famille déterminée, le foie de génération en génération est réputé malade, tandis que dans une autre on incrimine le rein, le cœur, etc.

Il y a plus. — Au point de vue des détails intimes, le mode d'action de ces lysines est connu : elles mettent en jeu des alexines, des compléments, des sensibilisatrices, etc. Or, on sait obtenir des principes propres à s'opposer à l'action de ces corps; on sait faire apparaître des anticompléments, des anticytolysines, etc.; autrement dit, il est permis d'entrevoir la possibilité d'instituer une thérapeutique efficace, basée sur la pathogénie.

Du reste, il est urgent de songer à combattre

l'influence de ces produits spécifiques, car leur domaine est immense. Primitivement ou secondairement, ils entrent en jeu dans mille circonstances et rendent complexes des processus au début assez simples; de plus, en dehors des lésions organiques précises, ils sont aptes à créer une foule de prédispositions et peut-être d'anomalies, de malformations dites congénitales.

Avec M. Delamare, après avoir injecté à des poules des émulsions de foie, de rein, de centres nerveux, etc., nous avons fait couver les œufs. Or, en examinant ces œufs, au bout de quelques jours, de quelques semaines, à un moment où les organes ne sont pas encore différenciés, nous avons découvert, dans des proportions relativement énormes, des arrêts de développement, des atrophies, des hémorrhagies, des anomalies variées. D'autre part, l'administration de quelques gouttes d'un sérum néphrotoxique, à un lapin qui venait de recevoir 0 c.c. 3 de virus pyocyanique, nous a paru faire du rein le viscère le plus touché, le plus riche en microbes.

Nous poursuivons, avec M. Leri, différentes recherches propres, au point de vue des localisations et de l'évolution des processus morbides, à mettre en vedette le rôle des cytotoxines. Il est possible que la pathogénie de ces désordres, que la cause de ces localisations ou de cette rapidité dans la marche se rattachent tout simplement à la théorie du *locus minoris resistentiæ*. Mais, ici, les éléments toxiques en jeu ne sont point des principes accidentels, exogènes; sous l'influence des tares pathologiques ils naissent à chaque instant dans nos tissus et partant, en raison de cette fréquence, les désordres qui en dérivent acquièrent une importance trop aisée à concevoir. On comprend, par exemple, comment la désintégration d'un poumon tuberculeux, chez une femme enceinte, va entraîner la formation d'une pneumotoxine; cette pneumotoxine peut aller, au travers du placenta, déprécier la valeur de l'appareil respiratoire du rejeton, appareil qui pour être affaibli n'a pas nécessairement besoin d'être altéré d'une manière saisissable. La constitution de cet enfant peut même être considérée comme normale, et cependant il porte en lui un point faible qui, soumis un jour à l'action dépressive d'une cause fortuite telle que le froid, le traumatisme, etc., pourra, dans l'espèce, si l'on applique les légitimes déductions de notre expérience du sérum néphrotoxique et du bacille pyocyanique, singulièrement faciliter la pullulation, le fonctionnement des germes de la tuberculose.

Ainsi, dans la genèse de ces actions morbides exercées par les tares des ascendants, les substances solubles interviennent de diverses manières; en outre, comme habituellement elles pénètrent par les vaisseaux, c'est-à-dire par la porte d'entrée la plus dangereuse, ces interventions sont assez énergiques. Ces substances sont, d'ailleurs, disparates; les unes proviennent du monde inanimé, les autres dérivent des cellules bactériennes ou animales; les unes sont indifférentes, les autres sont spéciales; elles agissent isolément ou le plus souvent associent leurs diverses modalités d'action. Sans prendre d'autres exemples que celui des lésions tuberculeuses du foie, organe dans l'espèce fréquemment dégénéré, nous voyons que de ce seul chef le fœtus est exposé à subir les effets nuisibles soit des toxines du bacille, soit des poisons que cette glande biliaire en défaillance aurait dû détruire, soit encore des déchets généraux qui résultent du trouble des échanges, soit enfin des produits autolytiques ou des hépatotoxines.

Il demeure donc établi qu'inorganiques ou organiques, exogènes ou endogènes, microbiens ou cellulaires, vulgaires ou spécifiques, etc., les éléments solubles tendent à jouer, dans le mécanisme de ces influences des maladies des générateurs sur le développement des rejetons, un rôle de plus en plus important.

BULLETIN

Les nouvelles mesures prises en Espagne à l'égard des médecins étrangers exerçant ou désirant exercer sur le territoire espagnol.

Les idées protectionnistes n'ont pas seulement cours en matière commerciale et industrielle; depuis plusieurs années déjà quelques Etats européens ont mis un frein à l'envahissement des professions libérales, notamment de la médecine, par des étrangers non pourvus du diplôme national donnant le droit de pratique. L'Espagne vient à son tour d'imiter l'exemple des autres pays.

Aux termes de la loi sur l'instruction publique en date du 9 septembre 1857, le gouvernement espagnol pouvait, après avis du Conseil de l'instruction publique, accorder le droit d'équivalence aux études faites dans un établissement public de l'étranger (art. 94 et 95), et même accorder l'autorisation *temporaire* d'exercer leur profession aux personnes munies d'un diplôme étranger régulier (art. 96). Douze ans plus tard, alors que la révolution venait de mettre un terme au règne d'Isabelle en renversant à nouveau le trône des Bourbons, des idées de large décentralisation, de grande liberté et de libre échange scientifique régnaient parmi les membres du Gouvernement provisoire; Zorilla était ministre de l'instruction publique depuis quelques mois à peine lorsqu'il fit d'abord (21 décembre 1868) rendre un décret étendant les attributions de l'assemblée des professeurs des Universités, et le 6 février 1869 un autre décret visant, en premier lieu, l'équivalence des études universitaires pour les étrangers qui désirent obtenir le titre espagnol de médecin, et, en second lieu, l'autorisation de pratiquer sur la présentation d'un diplôme de médecin — reconnu régulier — obtenu dans un établissement public étranger et contre le paiement d'une somme de 500 pesetas.

D'après ce décret, ce n'était plus le gouvernement lui-même, le Conseil de l'instruction publique ayant donné préalablement son avis, qui accordait l'autorisation *temporaire* d'exercer la médecine, mais l'assemblée des professeurs de l'Université (*Claustro*), laquelle délivrait l'autorisation, sans être astreinte à en limiter la durée et sous la seule obligation d'en informer la Direction générale de l'instruction publique, qui tenait un registre *ad hoc*.

Il faut croire que ces nouvelles mesures n'ont pas laissé que de donner lieu à de nombreux abus, et c'est sans doute pour les réprimer que le ministre de l'instruction publique a fait signer par le roi, à la date du 7 novembre 1902, un décret portant que dorénavant les dispenses d'études universitaires faites dans un établissement public étranger seront accordées conformément aux articles 94 et 95 de la loi de 1857, et que l'exercice des professions par les étrangers sur le territoire espagnol devra être aussi en conformité avec les prescriptions de l'article 96 de ladite loi.

Ce n'est pas tout. Aux termes du décret précité, l'application des dispositions du décret du 6 février 1869 rendu par le Gouvernement provisoire reste suspendue jusqu'à ce qu'il soit promulgué une nouvelle loi réglementant les autorisations d'équivalence des études faites à l'étranger et d'exercice de la médecine avec un diplôme obtenu dans un établissement public de l'étranger.

Enfin, il y a plus. Toutes les autorisations à caractère illimité accordées jusqu'à ce jour à des étrangers munis d'un diplôme régulier de médecin délivré par un établissement officiel étranger seront considérées comme étant expirées dans un délai de six ans, à compter du jour de la publication du décret royal dans la *Gaceta de Madrid* (9 novembre 1902), et ce, conformément aux dispositions strictes de l'article 96 de la loi du 9 septembre 1857.

Ainsi donc, si nous avons bien pénétré l'esprit du récent décret — que dans la circonstance on n'a pas, de propos délibéré sans doute, fait précéder d'un rapport explicatif —, le pouvoir central monarchique reprend aujourd'hui les droits dont le gouvernement révolutionnaire s'était départi en 1869 en faveur des Universités, et, ne voulant plus qu'il soit accordé d'autorisation d'exercer la médecine en Espagne pour un temps illimité, ramène toutes les autorisations de ce genre à l'autorisation temporaire (*habilitación temporal*) prescrite par la loi de 1857. Il en est de même pour l'équivalence des études faites en pays étranger : dans ce cas aussi il faudra une autorisation spéciale du gouvernement. Pour chaque demande, soit d'équivalence, soit d'autorisation d'exercice, l'avis préalable du Conseil de l'instruction publique est obligatoire.

On ne peut pas dire que le gouvernement espagnol n'ait pas raison d'agir ainsi; mais il est à espérer qu'on tiendra compte en haut lieu des situations acquises de bonne foi et que, lorsque le terme des six années sera arrivé à expiration, le gouvernement espagnol prolongera temporairement l'autorisation d'exercer la médecine aux étrangers pratiquant déjà dans le pays, et ce jusqu'à l'extinction des médecins jouissant actuellement de ce privilège. Ce qu'il importe, au point de vue des intérêts propres du Corps médical espagnol, c'est de ne plus voir se renouveler dans l'avenir les abus qui se sont produits depuis une trentaine d'années.

Il faut que dorénavant en Espagne, comme partout ailleurs, l'étranger qui veut obtenir le droit d'exercer la médecine dans le pays soit soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les nationaux, étant bien entendu, toutefois, que le gouvernement pourra accorder l'équivalence des grades requis pour l'inscription dans les Facultés de médecine, des dispenses de scolarité correspondant à la durée des études faites à l'étranger, des dispenses *partielles* d'examens qui ne pourront en aucun cas porter sur plus de la moitié des épreuves. Ces précautions, qui sont, à très peu près, celles qu'on a prises en France en 1892 et 1893, concilient tous les intérêts; elles constituent un régime mixte qui, dans son application, tient compte des droits des nationaux et des devoirs que tout pays devrait avoir à cœur de remplir à l'égard des étrangers.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 9 et 16 décembre 1902.

Les maladies de la déminéralisation organique.

M. Robin. — Il existe un groupe d'états morbides qui reconnaissent parmi leurs conditions, sinon leurs causes, soit une déminéralisation de l'organisme, soit une inaptitude des plasmas et des tissus à fixer les principes organiques de l'alimentation.

Parmi ces maladies, mes recherches permettent d'individualiser, comme premiers termes de la série, la phtisie pulmonaire, le phosphorisme, une variété particulière de l'hémoglobinurie, diverses albuminuries phosphatiques et dyspeptiques, et enfin un groupe important d'anémies, parmi lesquelles certaines présentent toutes les allures cliniques de la chlorose.

Les chloroses et les anémies qui relèvent de la déminéralisation offrent quelques particularités cliniques qui permettent de les soupçonner; mais, pour les reconnaître à coup sûr, il faut pratiquer l'analyse comparative de l'urine et du sang.

La déminéralisation est prouvée par l'augmentation du résidu minéral de l'urine et du coefficient de déminéralisation et par la diminution corrélative de la minéralisation du sang.

L'analyse démontre que cette déminéralisation porte sur le plasma sanguin dont l'équilibre salin est ainsi rompu, ce qui comporte comme résultante immédiate ou une altération des glo-

bules rouges, ou un retard dans leur renouvellement, ou une diminution de leur activité. Pour traiter et guérir ces anémies plasmatiques, il faut reconstituer l'équilibre salin du plasma sanguin, et l'on y arrive assez rapidement par l'emploi d'une association des sels du sang avec divers principes organiques dont l'ensemble représente une sorte de *thériaque minérale*.

Cette reconstitution minérale du plasma sanguin demande de quinze à cinquante jours suivant les cas. Elle se traduit par une augmentation de la minéralisation du sang et par une diminution du résidu inorganique de l'urine, malgré l'ingestion journalière des sels minéraux médicamenteux.

Quand l'équilibre salin du plasma sanguin est rétabli, il convient, dans une seconde étape thérapeutique, d'instituer la médication ferrugineuse qui agit alors avec une surprenante rapidité sur les signes extérieurs de la chlorose. Mais on peut éviter aussi le traitement secondaire en associant directement les ferrugineux à la médication saline.

Traitement de l'appendicite.

M. Richelot. — Au mois de juillet dernier, M. Dieulafoy a soutenu que toute appendicite aiguë et fébrile devait être opérée dans les deux premiers jours qui suivent le début des accidents (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 227). Je partage cette manière de voir, parce que nous ne possédons aucun signe qui nous permette d'augurer de la gravité future de la maladie; mais quelle conduite convient-il de tenir quand nous sommes appelés après les deux premiers jours? C'est alors qu'il faut être médecin, et ne pas adopter une formule absolue.

Dans bon nombre de cas, en présence même d'une détente relative, il faut savoir lire l'urgence d'une intervention sur la face du malade, reconnaître l'altération des traits, un état d'anxiété indéfinissable, etc. Dans d'autres, au contraire, il y a une rémission franche qui se traduit en ce que le patient n'a ni abattement, ni anxiété, ni optimisme factice.

Quant aux recrudescences, elles appartiennent aux formes diffuses et progressives; elles sont des continuations de la maladie et par conséquent ne sont jamais à redouter lorsqu'il s'agit de véritables rémissions. Celles-ci commandent la temporisation; à plus forte raison faut il recommander la modération dans les appendicites originellement bénignes. Enfin, il y a de simples névralgies, de vagues localisations de l'entérocolite qui sont prises pour des appendicites: c'est là une cause d'erreur dont il suffit d'être prévenu pour que dans la majorité des cas la confusion puisse être évitée.

M. Lucas-Championnière. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Richelot sur la difficulté extrême du diagnostic d'un certain nombre de cas d'appendicite, mais contrairement à notre collègue j'estime que ces cas, loin d'être justiciables de la temporisation, doivent être opérés hâtivement pour conjurer des accidents dont nous ne sommes pas actuellement en mesure de prévoir la gravité. M. Richelot, en effet, ne nous a fourni aucun nouveau signe permettant de distinguer les appendicites qui doivent être opérées d'avec celles qui peuvent être traitées par la temporisation. En présence de cette incertitude, la seule conduite à tenir, selon moi, est celle qu'a soutenue M. Dieulafoy et qui consiste à opérer aussitôt que possible toutes les formes d'appendicite aiguë.

M. Le Dentu. — Je crois également qu'il faut intervenir chirurgicalement dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent le début des accidents, dans tous les cas d'appendicite aiguë. Temporiser sous le prétexte que le malade n'a ni accélération du pouls, ni élévation de la température, c'est s'exposer à de graves mécomptes.

J'ai opéré tout récemment un patient qui se trouvait dans ces conditions, et simplement parce qu'il présentait une douleur iliaque persistante; or, cet homme avait une gangrène de l'appendice et il n'est pas douteux que si l'opération eût été pratiquée vingt-quatre heures plus tard, on se fût trouvé en présence d'une perforation de l'appendice et d'une infection péritonéale.

M. Kermorgant lit une note sur l'existence du nagana au Chari.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1902.

Des microorganismes de l'air dans les salles d'hôpital.

M. Quénu. — J'ai fait avec M. Landel une série de recherches sur la question des microorganismes de l'air dans les salles d'hôpital, actuellement tout à fait délaissée. Nous avons varié beaucoup nos expériences, en les effectuant parallèlement dans la salle d'opérations, dans nos salles de malades septiques, de demi-septiques et d'aseptiques. Pour ce qui a trait à la salle d'opérations, nos résultats démontrent que la proportion des germes de l'air augmente avec le nombre des assistants. D'une façon générale, elle dépend surtout de l'état de calme ou d'agitation de l'air, et cela explique pourquoi, dans les salles de malades infectés, qui restent au lit, les germes ensemencés sur les boîtes de Petri ont été moins nombreux que dans les salles d'aseptiques.

Je ne veux rien exagérer, mais je crois que l'on a tort de considérer comme nul le rôle de l'air dans les salles d'opérations et qu'il y a lieu de s'en préoccuper au point de vue de la préparation des milieux dans lesquels une intervention chirurgicale doit être pratiquée.

Nous avons essayé successivement les pulvérisations de vapeur d'eau distillée, d'eau phéniquée, de solution de sublimé et d'eau oxygénée. La pulvérisation d'un litre et demi de bioxyde d'hydrogène suffit à diminuer notablement le nombre des germes de l'air d'une grande salle d'opérations, et nous avons pu constater que le pouvoir bactéricide de ces pulvérisations persiste pendant un temps suffisamment long pour que, à la fin de l'intervention, la proportion des germes de l'air soit encore bien inférieure à ce qu'elle est dans les conditions ordinaires. D'autre part, même aux doses les plus fortes, l'eau oxygénée reste sans inconvénient pour les opérateurs; elle est active en très petite quantité, puisque avec moins de 10 grammes par mètre cube on assure la stérilisation d'un air saturé de germes microbiens.

Cet antiseptique me paraît donc appelé à rendre de grands services, sous cette forme, au point de vue de la préparation des milieux opératoires; par contre, l'usage du spray durant l'intervention me semble tout à fait inutile.

Traitement de l'appendicite.

M. Guinard. — Dans ces quatre dernières années, j'ai donné mes soins à 164 malades atteints d'appendicite, tant en ville qu'à l'hôpital.

Sur 40 cas aigus, opérés dans les quatre premiers jours, j'ai eu 9 morts, et sur 13 cas suraigus, opérés d'urgence, j'en ai eu 8, dont je ne tiens pas compte, car il s'agissait de cas absolument désespérés. Des 111 autres malades, 47 étaient atteints d'appendicite chronique sans crise aiguë; je m'occuperai donc seulement des 64 cas aigus qui ont été traités par la temporisation. Sur ces 64 patients, 35 ont été opérés à froid six semaines environ après la crise aiguë; chez 22, dont 2 ont succombé, j'ai dû ouvrir un abcès; 6 fois, j'ai été obligé d'intervenir avant le refroidissement complet, par suite du dépérissement et du mauvais état général des malades : un de ces opérés est mort subitement quelques jours après mon intervention et je n'hésite pas à mettre cette mort sur le compte de la temporisation; enfin, j'ai vu succomber un malade sans opération.

Au total, l'expectation m'a donné 7 décès sur 111 cas, dont 64 aigus, que j'ai pu suivre personnellement; mais, d'autre part, je ne peux oublier que 40 opérations pratiquées dans les quatre premiers jours m'ont donné 9 morts.

Au point de vue de la technique opératoire, je ne suis pas du tout partisan de la recherche de l'appendice, quand il y a un abcès, si cette recherche nécessite la destruction d'adhérences protectrices; lorsqu'on laisse l'appendice, dans 40 % des cas environ, on est obligé de faire une nouvelle opération, soit en raison de la persistance d'une fistule, soit devant la reproduction des crises; cette deuxième intervention ne présente d'ailleurs aucune gravité, tandis que la recherche de l'appendice, au moment de l'ouverture de l'abcès, n'est certainement pas sans danger.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 décembre 1902.

Congestion atrophique du foie.

MM. Gilbert et **Castaigne.** — Dans 3 observations suivies d'autopsie, nous avons noté ce fait, paradoxal en apparence, qu'une congestion passive du foie, simple et sans adjonction de sclérose, existait sans hypertrophie du foie et même avec atrophie de cet organe. Nous nous sommes demandé si cette atrophie — que nous avons pu constater progressive dans un de nos cas — ne reconnaîtrait pas pour cause la destruction également progressive des cellules hépatiques tassées les unes contre les autres par la dilatation veineuse. A l'autopsie, en effet, nous avons reconnu que les cellules hépatiques étaient réduites à leur plus simple expression; les parois des capillaires dilatés étaient à peine séparées par un tissu vaguement fibrillaire dans lequel on ne trouvait que des vestiges de cellules hépatiques. La clinique est d'accord avec ces constatations histologiques, et les symptômes d'ictère grave que nous avons observés dans ces cas plaident en faveur d'une atrophie due à la disparition progressive des éléments cellulaires.

Eosinophilie dans la filariose humaine.

MM. Vaquez et **Clerc.** — Nous avons constaté, dans un cas de filariose humaine, que la proportion des éosinophiles atteignait 7.5 % du chiffre total des leucocytes. Cette éosinophilie était encore plus accentuée la nuit, au moment de l'apparition des embryons dans le sang; elle diminuait pendant l'état de veille, période où les embryons disparaissent.

M. Sicard dit avoir observé également un jeune homme atteint de filariose, dans le sang duquel il a pu déceler une éosinophilie dont le taux variait de 10 à 12 % sans qu'il existât une modification globale des leucocytes ou des hématies.

Phénomènes d'urtication produits par le poison des actinies.

M. Richet dit avoir retiré du venin des actinies un principe alcaloïdique extrêmement actif, qui possède la propriété de provoquer chez les animaux auxquels on l'injecte des démangeaisons violentes s'accompagnant d'élevures et de tuméfactions de la peau semblables à celles qui s'observent dans les affections ortiées. L'orateur a extrait des moules une substance identique, déterminant également des démangeaisons très violentes, mais il n'a pu l'isoler ni des huîtres, ni des méduses.

Numération globulaire dans un cas de lipomatose symétrique.

M. H. Girard (de Bordeaux) adresse une note de laquelle il résulte que, dans la lipomatose symétrique, il y a une diminution du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine. Par contre, la proportion des globules blancs n'est pas modifiée; la lymphocytose est presque normale; la mononucléose est en hausse marquée; la polynucléose reste invariable et l'éosinophilie atteint au pourcentage une valeur assez élevée.

Effets des injections intrapéritonéales de glucose sur l'excrétion de l'urée chez le lapin.

MM. Nobécourt et **Bigart** relatent un certain nombre de faits expérimentaux qui tendent à prouver que l'injection intrapéritonéale de glucose stimule la fonction uropoiétique du foie. Cette stimulation persiste plusieurs jours et se manifeste même si des lésions antérieures ont restreint l'activité uropoiétique de la glande hépatique. Quand, au moment de l'injection de glucose, le foie se trouve en état de suractivité fonctionnelle vis-à-vis de l'urée, l'injection reste sans effet sur la production de celle-ci.

Modifications du sang consécutives à l'électrisation du sciatique chez le chien.

M. J. Lépine. — Quand on faradise pendant dix minutes le bout central du sciatique chez le chien, on ne modifie en rien le nombre des glo-

bules rouges. Par contre, l'hyperleucocytose est constante : c'est vers la neuvième heure qui suit l'électrisation qu'elle atteint son maximum; puis elle diminue lentement pour disparaître au bout de trois jours environ. Cette leucocytose a toujours été surtout une polynucléose.

Influence de la chaleur sur la durée de la division cellulaire.

M. Jolly communique les résultats de recherches démontrant que la durée de la division indirecte des jeunes globules sanguins est influencée d'une manière remarquable par la température chez les animaux à sang chaud, de même que chez les animaux à sang froid. De plus, chez ceux-là la durée de la division semble être sensiblement moindre que chez ceux-ci.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 13 décembre 1902.

Le plombage des os.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. A. von Mosetig-Moorhof** a communiqué le résultat de son expérience sur le plombage des os dans les cas de nécrose ou de suppuration osseuses. Le mélange dont fait usage l'orateur pour combler les pertes de substance des os se compose de 60 parties de poudre d'iodoforme, 40 parties de spermaceti et 40 parties d'huile de sésame. Cette mixture est stérilisée à 100° pendant un quart d'heure et refroidie en agitant; elle est liquide à 40-45°. Avant de procéder à l'obturation, on applique la bande d'Esmarch sur le membre; puis on met l'os à nu, on en détache le périoste et on enlève toutes les parties malades au ciseau et à la gouge, en ayant soin d'empiéter sur les tissus sains. La cavité ainsi formée est lavée avec une solution de formaline à 1 % et desséchée au moyen de gaze stérilisée et de jets d'air chaud. On remplit ensuite la cavité avec le mélange chauffé à 50°; au bout de quelques minutes il est solidifié. On suture alors les lambeaux périostiques et les tissus mous et on applique le pansement. Lorsque la cicatrisation de la plaie est complète, le patient peut vaquer à ses occupations.

L'orateur a montré plusieurs malades qui ont été traités par ce procédé, entre autres un enfant qui était atteint de carie des os du tarse et qui est parfaitement guéri.

M. A. Fränkel fait observer que les conditions essentielles du succès, dans les interventions de ce genre, sont d'opérer en tissu sain et d'assurer une asepsie parfaite ainsi qu'une hémostase complète; il a employé avec succès, dans le même but, de la terre siliceuse soigneusement stérilisée.

Des injections prothétiques de paraffine.

M. L. Moszkowicz a rendu compte des résultats qu'il a obtenus au moyen des injections sous-cutanées de paraffine dans les cas de difformités du nez, d'hémiatrophie faciale, de cicatrices vicieuses, d'ectropion, de trichiasis, etc. Les bons effets de ce mode de traitement persistent assez longtemps : l'orateur a montré des malades dont la guérison date de plus de deux ans.

La vaseline blanche fusible de 36° à 40° est la substance la plus favorable pour ces injections; les paraffines fusibles à une température plus élevée doivent être rejetées, parce qu'il faut les injecter trop chaudes et opérer très vite, ce qui expose à pénétrer dans une veine et, par suite, à produire des embolies.

M. R. Gersuny relate l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, chez laquelle la charpente osseuse du nez avait été détruite, à l'âge de deux ans, et qui aujourd'hui, grâce aux injections de paraffine, possède un nez normal. On pourrait avoir recours à ces injections pour compléter le résultat des rhinoplasties.

M. A. Topolanski communique plusieurs cas d'entropion, d'ectropion et de trichiasis qui ont disparu à la suite des injections de paraffine.

M. G Kapsamer a obtenu également de bons résultats au moyen de ces injections chez des femmes atteintes d'incontinence d'urine; dans un cas cependant, il survint une embolie pulmonaire. Contre l'atrophie prostatique les effets des injections de paraffine sont passagers.

M. J. Fein a eu recours aux injections sous-muqueuses de paraffine dans la rhinite atrophique, mais sans succès. La correction a été, au contraire, très bonne chez un sujet atteint de nez en lorgnette.

M. Th. Escherich estime que, dans les cas de hernie ombilicale des nouveau-nés, les injections de paraffine pourraient rendre des services.

Injection d'huile dans la vésicule biliaire contre la cholélithiase.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. E. Ullmann** a relaté les observations de deux malades atteints de cholélithiase, qui furent traités par la cholédochotomie suivie de l'extraction des calculs contenus dans la vésicule biliaire et de l'établissement d'une fistule par laquelle on injecta, à partir du cinquième jour après l'opération, de l'huile de sésame dans la vésicule. Ces injections provoquèrent l'expulsion des calculs enchatonnés (soit dans le canal cystique, soit dans le cholédoque) que l'on n'avait pu extraire directement. A la suite de cette intervention, l'ictère disparut et quelque temps après la fistule se ferma.

M. von Eiselsberg fait remarquer que le traitement préconisé par M. Ullmann n'est justifié que pour les malades qui refusent une opération radicale.

Un cas de rétrécissement de l'isthme de l'aorte.

Dans la séance du 28 novembre de la même Société, **M. H. Schlesinger** a montré un homme entré à l'hôpital pour une bronchite, et chez lequel on a découvert, au niveau du dos, des ectasies artérielles multiples et volumineuses, correspondant aux artères intercostales, mammaires externes, dorsales et circonflexes de l'omoplate; au niveau de ces ectasies — ainsi qu'à l'auscultation des mammaires internes dilatées —, on entend un souffle systolique. L'aorte abdominale est appréciable à la palpation, mais on n'y perçoit aucun battement; aux fémorales, le pouls est faible et retardé; au contraire, les artères de la moitié supérieure du corps sont bien turgescentes; le ventricule gauche est hypertrophié.

Ces signes conduisent l'orateur à admettre qu'il s'agit d'une sténose de l'isthme de l'aorte, c'est-à-dire de la portion de ce vaisseau comprise entre l'origine de la sous-clavière gauche et l'embouchure du canal de Botal. C'est là une lésion rare, dont M. Schlesinger n'a observé que 4 cas jusqu'ici, et qui est remarquable en ce qu'elle n'entraîne aucun trouble fonctionnel.

Réinfection syphilitique au bout de deux semaines.

M. E. Lang a présenté un homme qui, quatorze jours après l'apparition d'un chancre syphilitique du frein de la verge, vit se développer un second chancre du côté droit du menton, sans qu'on ait pu établir s'il y avait eu auto ou hétéro-infection. Ce cas est un nouvel exemple de ces faits que l'orateur a désignés sous le nom d'« accidents primitifs post-initiaux (*post-initiale Initialmanifestationen*) » et qui démontrent qu'un individu qui est dans la période d'incubation de la syphilis peut être réinfecté soit par lui-même, soit par autrui.

Un cas de maladie de Dercum.

Dans la séance du 4 décembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. K. Rudinger** a montré une femme de quarante ans, qui est atteinte depuis sa ménopause — remontant à deux années — de tumeurs lipomateuses qui occupent le dos, l'abdomen et les membres inférieurs. Ces tumeurs, ainsi que plusieurs troncs nerveux voisins, sont très douloureuses à la pression. La malade se plaint, en outre, de douleurs généralisées qui affectent le caractère de crises paroxystiques. Il ne paraît y avoir chez elle aucune altération de la glande thyroïde.

M. Mannaberg fait remarquer que de simples lipomes peuvent être douloureux.

M. Nothnagel ajoute que, même très petits, les lipomes peuvent devenir l'occasion de douleurs.

M. A. Fuchs rappelle que, dans beaucoup de cas d'adiposité douloureuse à développement rapide, on constate une altération de l'hypophyse.

M. Rudinger fait observer qu'il n'existe chez sa malade aucun symptôme d'une telle lésion.

Traitement des hémorrhoïdes par des cautérisations à l'acide nitrique fumant.

Dans la séance du 1er décembre du COLLÈGE MÉDICAL DE VIENNE, **M. Jurié** a fait connaître les bons effets qu'il a obtenus, dans le traitement des hémorrhoïdes, au moyen d'attouchements à l'acide nitrique fumant. Voici comment il procède :

Après avoir enserré le bourrelet hémorrhoïdaire enflammé dans un lien de caoutchouc, il le touche avec de l'acide nitrique fumant jusqu'à ce qu'il prenne une coloration grisâtre, puis il l'essuie et l'enduit de vaseline; il traite ainsi successivement trois ou quatre bourrelets. Il faut avoir soin que le patient n'aille pas à la selle pendant les quarante-huit premières heures, après quoi on lui administre chaque jour, durant plusieurs semaines, un lavement froid.

Sous l'influence de ce traitement — qui ne serait nullement douloureux —, les hémorrhoïdes diminueraient de volume et finiraient par disparaître entièrement.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

L'abolition du réflexe rotulien dans la pneumonie fibrineuse chez l'enfant, par M. M. PFAUNDLER.

On admet généralement que les pyrexies aiguës, et en particulier les maladies infectieuses, s'accompagnent d'exagération des réflexes tendineux. On a, toutefois, signalé des cas de fièvre typhoïde, de variole, de pneumonie, etc., où ces réflexes faisaient, au contraire, défaut (Petitclerc, Marinian, Longaard, etc.). Cela étant, M. Pfaundler a jugé utile d'instituer une série de recherches systématiques sur l'état des réflexes au cours d'une maladie infectieuse telle que la pneumonie. Sur 200 enfants atteints de pneumonie franche, et hospitalisés à la clinique pédiatrique de la Faculté de médecine de Gratz, il a constaté 55 fois (c'est à dire dans 27.5 % des cas) l'absence complète ou, tout au moins, un affaiblissement très notable des réflexes rotuliens des deux côtés. Ce phénomène a été noté à toutes les périodes de l'affection, voire même après la défervescence, et alors que la température des petits malades était parfois au-dessous de la normale. L'abolition des réflexes rotuliens serait particulièrement fréquente chez les enfants âgés de moins de dix ans; exceptionnelle au-dessus de cet âge, elle est également rare chez les nourrissons, qui, du reste, sont peu souvent atteints de pneumonie fibrineuse.

Il ne paraît exister aucun rapport entre le symptôme en question et la localisation ou le degré d'extension du processus morbide. Par contre, l'abolition du réflexe rotulien semble toujours coïncider avec des troubles graves de l'état général : sur les 55 enfants ayant présenté ce signe, 3 ont succombé, ce qui constitue une mortalité assez élevée (5.4 %).

Comme la disparition des réflexes rotuliens s'observerait, d'après les recherches de M. Pfaundler, beaucoup plus fréquemment au cours de la pneumonie infantile que l'herpès labial, auquel on attribue une certaine valeur diagnostique, l'auteur estime que le phénomène dont il s'agit peut, le cas échéant, faciliter le diagnostic, et cela d'autant plus que l'abolition des réflexes précéderait souvent l'apparition des signes physiques de la maladie. D'autre part, il importerait également de tenir compte de l'état des réflexes tendineux au point de vue du pronostic, leur abolition semblant indiquer qu'on a affaire à une pneumonie grave. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 juillet 1902.) — L. CH.

Contribution à l'étude des arthrites scarlatineuses, par M. F. VON SZONTAGH.

Les affections articulaires survenant au cours ou à la suite de la scarlatine, et auxquelles la plupart des traités classiques ne consacrent qu'une courte mention, sont, en réalité, loin d'être rares. A en juger d'après l'expérience de

M. von Szontagh, qui a eu l'occasion d'en observer 15 cas dans son service de médecine des enfants à l'hôpital Saint-Jean, à Budapest, la fréquence de ces arthrites serait étroitement liée au génie épidémique, cette complication étant à peu près constante dans certaines épidémies de scarlatine, tandis qu'elle ne se rencontre guère dans d'autres. Il se peut aussi que la prédisposition familiale — à laquelle quelques auteurs font jouer un rôle étiologique dans la néphrite scarlatineuse — exerce également son influence sur la production des lésions articulaires; c'est ainsi que 2 fois M. von Szontagh a observé des arthrites scarlatineuses chez deux frères.

En général, les arthrites ne se montrent qu'au cours du quatrième septénaire de la maladie, parfois même beaucoup plus tard; dans 2 cas seulement, l'auteur a vu survenir des complications articulaires au treizième et au vingtième jour de l'affection. Il semble que plus l'apparition de ces complications est tardive, plus leur symptomatologie est grave et plus leur évolution est longue.

Sur les 15 faits observés par M. von Szontagh, 6 avaient trait à du rhumatisme scarlatineux mono-articulaire; chez les autres malades le nombre des jointures atteintes variait entre deux et quatre. Les complications articulaires paraissent se localiser de préférence au côté gauche du corps : dans les observations relatées par l'auteur on compte, en effet, 20 arthrites du côté gauche contre 10 arthrites du côté droit; les articulations gauches étaient seules prises dans 7 cas, tandis que le côté droit du corps était seul atteint chez 4 patients; chez les 4 autres malades les lésions existaient des deux côtés. L'arthrite intéressait l'articulation du cou-de-pied dans 7 cas, celle du poignet et l'articulation carpo-métacarpienne de l'index dans 6 observations; venaient ensuite par ordre de fréquence le genou (5 cas), l'épaule et le coude (2 cas), la hanche et l'articulation sterno-claviculaire (1 cas).

Chez tous les malades en question, on a également noté l'existence d'une néphrite scarlatineuse, le plus souvent grave, parfois même très grave. Dans 13 cas sur 15, la néphrite a précédé l'éclosion des arthrites; une fois les deux complications se sont montrées simultanément et, enfin, dans un cas, la phlegmasie du rein ne s'est produite qu'après l'apparition des arthrites. L'auteur serait porté à croire qu'il existe un lien de parenté entre ces deux ordres de complications et que les arthrites exercent une influence favorable sur l'évolution de la néphrite, en prévenant l'urémie. En effet, dans les 15 observations dont il s'agit, les accidents urémiques ont toujours fait défaut, et lors même qu'ils paraissaient, depuis quelques jours, imminents, l'apparition des complications articulaires a semblé empêcher leur éclosion. M. von Szontagh estime que les lésions articulaires, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'une exsudation intracapsulaire considérable avec infiltration inflammatoire très accentuée des tissus mous avoisinants, jouent le même rôle protecteur à l'égard de l'urémie que les œdèmes.

En ce qui concerne la nature des arthrites scarlatineuses, l'auteur est d'avis qu'il s'agit ici, non pas d'une infection secondaire, mais d'une lésion due à l'agent pathogène de l'affection primitive ou aux toxines qu'il sécrète. Il va de soi que cette opinion ne saurait s'appliquer aux arthrites purulentes qui n'offrent rien de caractéristique et constituent tout simplement une des manifestations de la pyémie généralisée, laquelle est relativement fréquente au cours de la scarlatine.

Au point de vue thérapeutique, il importe de savoir que les médications internes sont absolument impuissantes à influencer l'évolution de ces complications articulaires. Le traitement doit, par conséquent, rester purement chirurgical; il demande, d'ailleurs, beaucoup de soins, surtout en raison des accidents (luxation, contracture, etc.) qui peuvent facilement survenir dans les cas graves. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 6.) — L. CH.

Sur une nouvelle espèce de sérum antidiphtérique, par M. A. Wassermann.

On distingue habituellement deux catégories de sérums immunisants, à savoir les *sérums antitoxiques* et les *sérums bactéricides*. Le sérum antidiphtérique dont on s'est servi jusqu'à présent appartient au premier groupe, puisque son action se borne à neutraliser les toxines sécrétées par les bacilles diphtériques, sans qu'il exerce pour cela une action directe sur ces microorganismes eux-mêmes. Par contre, M. Wassermann a réussi à préparer — par des injections intraveineuses successives d'un extrait de bacilles de Löffler, obtenu suivant la technique employée par M. Koch pour la préparation de la tuberculine — un nouveau sérum antidiphtérique, qui serait *bactéricide*.

L'auteur a opéré sur des bacilles desséchés et finement pulvérisés dans un mortier d'agate. Après avoir mélangé 1 gramme de cette masse bacillaire avec 20 c.c. d'une solution d'éthylènediamine à 0.1 % et avoir maintenu ce mélange, pendant plusieurs heures, dans un appareil agitateur, on le laisse reposer vingt-quatre heures, puis on le filtre ou on le soumet à la centrifugation. On recueille de la sorte un liquide transparent et jaunâtre, riche en substances extraites du corps des bacilles diphtériques.

Si l'on injecte ce liquide au lapin ou au cobaye à la dose de 1 ou 2 c.c., on détermine une intoxication spécifique aiguë, rapidement mortelle. Aussi, afin de pouvoir en injecter impunément aux animaux des quantités considérables, est-il nécessaire d'additionner le liquide en question d'antitoxine diphtérique. Après avoir ainsi neutralisé l'extrait bacillaire, M. Wassermann en injecta à des lapins — à plusieurs reprises et à des intervalles plus ou moins longs suivant l'intensité des phénomènes réactionnels — de 2 à 4 c.c. dans les veines.

Le sérum sanguin des lapins traités de la sorte trouble et précipite l'extrait bacillaire, réaction que l'on n'obtient ni avec le sérum antidiphtérique ordinaire ni avec du sérum sanguin normal de lapin. L'auteur se croit, par conséquent, autorisé à conclure que le sérum antidiphtérique qu'il a préparé agit directement sur les substances constituantes du bacille de Löffler. Aussi estime-t-il que ce sérum pourra rendre des services pour le diagnostic différentiel entre le bacille diphtérique vrai et les bacilles pseudo-diphtériques, sans compter qu'il serait également susceptible de trouver une application thérapeutique : associé à l'antitoxine diphtérique, il pourrait aider à débarrasser rapidement le pharynx des bacilles qui y persistent souvent très longtemps chez les convalescents de diphtérie (1). (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 octobre 1902.) — L. CH.

Sur un cas de hernie du cordon ombilical traitée avec succès par la résection du foie, par M. H. Rothe.

Les cas de hernie du cordon ombilical opérée avec succès sont peu fréquents, surtout en ce qui concerne les hernies avec étranglement du viscère prolabé. L'auteur relate une observation de cette nature, recueillie à la clinique chirurgicale de M. von Mikulicz, à Breslau. Elle a trait à une fillette qui fut amenée à l'hôpital cinq jours après la naissance, et qui présentait une hernie du cordon ombilical, ayant le volume d'une pomme; on y remarquait non seulement la nécrose physiologique des enveloppes de la hernie, mais aussi la gangrène de la portion du foie prolabé. M. von Mikulicz enleva la partie nécrosée de cet organe, sutura la plaie hépatique, et introduisit dans la cavité abdominale une mèche de gaze iodoformée, après avoir fermé une partie de la plaie extérieure. Les suites opératoires furent normales, et l'enfant put être emmenée de l'hôpital au bout de dix jours. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.) — F. DE Q.

(1) La publication du travail de M. Wassermann a engagé M. A. Lipstein à faire connaître, dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift* du 13 novembre 1902, les résultats de recherches analogues qu'il poursuit déjà depuis quelque temps et qui ne sont pas encore complètement terminées. M. Lipstein a réussi à obtenir des sérums fortement agglutinants à l'égard du bacille de Löffler au moyen d'injections *intrapéritonéales* successives de cultures diphtériques mortes, puis de cultures vivantes, injections associées d'ailleurs à l'emploi de l'antitoxine diphtérique. Toutefois, en ce qui concerne l'application pratique de ce sérum en vue du diagnostic différentiel entre le bacille diphtérique vrai et les bacilles pseudo-diphtériques, l'auteur fait des réserves, estimant qu'un sérum obtenu à l'aide d'injections de cultures d'une race bacillaire déterminée peut se montrer très actif à l'égard de cette race, tout en restant sans effet sur des microbes d'une autre provenance. — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du prurit par l'usage interne des acides.

Appelé à donner ses soins à un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint depuis plus d'un an d'un prurit généralisé très intense, M. le docteur H. Leo, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Bonn, n'ayant rien trouvé d'anormal à l'examen du malade, sauf une alcalinurie due à l'élimination exagérée de phosphates, crut pouvoir rattacher les manifestations prurigineuses à l'hyperalcalinité du sang et institua un traitement approprié : il prescrivit une solution d'acide chlorhydrique à 50 %, à prendre à la dose de X gouttes toutes les deux heures. Sous l'influence de ce médicament, le prurit diminua d'intensité, en même temps que l'urine devenait plus claire. Au bout de quelques jours, M. Leo ordonna une solution d'acide sulfurique à 1.5 % d'abord (une cuillerée à bouche toutes les deux heures), puis à 2.5 %, et le prurit ne tarda pas à se dissiper complètement.

Depuis lors, notre confrère a eu l'occasion d'essayer avec succès le même traitement dans un autre cas de prurit généralisé, ainsi que chez une femme atteinte de prurit de la vulve.

Chez les trois malades en question, l'urine présentait, avant la cure, une réaction alcaline ou tout au moins neutre. Mais M. Léo a également expérimenté le traitement par des acides minéraux (acide sulfurique et acide phosphorique) dans un certain nombre de cas où la réaction de l'urine était normale. A côté de quelques insuccès, il a pu obtenir de la sorte la guérison chez un homme atteint de prurit généralisé et chez deux femmes âgées, souffrant de prurit vulvaire.

La médication acide semble donc mériter d'être essayée toutes les fois qu'il s'agit de manifestations prurigineuses à étiologie obscure, et cela qu'il y ait ou non alcalinurie.

Le massage du cou dans le traitement de l'insomnie.

Depuis quelque temps, un médecin russe, M. le docteur A. G. Naoumann, traite avec succès l'insomnie par le massage cervical. Le malade étant couché sur le dos, la tête légèrement rejetée en arrière, le masseur s'asseoit à côté de lui et pratique de légers mouvements d'effleurage dans la région des vaisseaux du cou, en allant de haut en bas, à partir du lobule de l'oreille jusqu'à la fosse jugulaire. Au début, il est nécessaire de continuer le massage pendant une demi-heure environ; dans la suite, la durée des séances peut être réduite à une quinzaine, voire même à une dizaine de minutes.

Ce procédé de traitement se montrerait particulièrement efficace contre l'insomnie relevant de l'hyperémie de la cavité crânienne (neurasthénie, alcoolisme, néphrite chez les phtisiques, etc., etc.). Toutefois, notre confrère en a également obtenu de bons résultats chez des chlorotiques.

D'après l'expérience de M. Naoumann, quelques séances de massage du cou suffiraient assez souvent à vaincre complètement l'insomnie, alors même que celle-ci serait, par suite de l'accoutumance du malade, rebelle à l'emploi des narcotiques.

L' « Equisetum arvense » comme hémostatique.

D'après l'expérience d'un médecin militaire russe, M. le docteur N. S. Jdan-Pouchkine, la prêle des champs (*Equisetum arvense*) posséderait des propriétés hémostatiques très marquées. Notre confrère emploie la plante sèche qu'il pulvérise finement; il fait infuser, pendant quinze minutes, une cuillerée à bouche de cette poudre dans une tasse d'eau chaude et administre cette infusion après l'avoir décantée; la médication doit être répétée deux ou trois fois par jour. Dans les 6 cas où M. Jdan-Pouchkine a eu l'occasion d'essayer ce traitement (2 épistaxis, 1 hémoptysie, 1 ménorrhagie, 1 métrorrhagie et 1 cas de pertes sanguines hémorrhoïdaires), il a donné d'excellents résultats, sans jamais provoquer le moindre phénomène fâcheux, tel que nausées, vomissements, constipation, etc.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Consultations de nourrissons et Gouttes de Lait.

Depuis une dizaine d'années il a été créé en France, sous l'influence des légitimes préoccupations que suscite le faible taux de la natalité dans notre pays, des institutions de diverse nature — sans analogues, croyons-nous, dans les autres Etats — ayant pour but, en améliorant l'hygiène du premier âge, de diminuer autant que faire se peut la mortalité infantile.

On confond généralement — beaucoup dans le grand public, un peu aussi dans le monde médical — deux séries d'œuvres de ce genre, cependant bien différentes, les « Consultations de nourrissons » et les « Gouttes de Lait ». On les considère comme choses semblables et, sans doute parce qu'elles essaient toutes deux de diminuer la mortalité infantile, on demande indifféremment la création des unes ou des autres, dès que l'on a à s'occuper, à un titre quelconque, de ce passionnant problème de la mortalité des nouveau-nés.

Or, ces deux catégories d'œuvres sont nettement dissemblables; si elles ont le plus souvent la même origine, c'est-à-dire si elles naissent la plupart du temps de l'initiative privée, si elles poursuivent aussi le même but, il n'en est pas moins vrai qu'elles n'ont ni la même composition, ni le même fonctionnement; elles n'obtiennent surtout pas les mêmes résultats. Il ne faut donc pas que soit ainsi réclamée, indifféremment, la création des unes ou des autres.

I

Comme leur nom l'indique, les « Consultations de nourrissons » s'occupent surtout de diriger les mères qui allaitent leurs enfants, de peser régulièrement et hebdomadairement ceux-ci, d'examiner les premières et les seconds, en un mot de conseiller la mère et de surveiller le nourrisson durant les deux premières années de sa vie. Ici, la grande majorité de cette jeune et intéressante clientèle est composée d'allaités au sein; il y a encore quelques cas d'allaitement mixte ou d'allaitement artificiel, et ce sont alors les Consultations qui stérilisent elles-mêmes le lait et le distribuent. Mais, et nous insistons sur ce point, ces allaités mixtes et ces allaités artificiels sont très peu nombreux d'une part. D'autre part, les Consultations s'efforcent réellement, et avec le plus grand succès d'ailleurs, d'obtenir sans cesse et par tous les moyens l'allaitement au sein.

La première de ces œuvres fut créée à la Charité, en 1892, par M. le professeur Budin qui en organisa une autre en 1895, à la Maternité, et une troisième enfin, en 1898, à la Clinique Tarnier. Depuis 1892, 636 enfants ont fait partie de la Consultation; 39 ont succombé, donnant ainsi une mortalité totale de 5.9 %; un seul est mort de diarrhée. Voilà pour les résultats, admirables on le voit. Quant au mode d'allaitement, le voici :

Du 1er juin 1898 au 1er février 1901, 201 enfants ont suivi la consultation à la Clinique Tarnier. Parmi eux, 140, c'est-à-dire 70 %, ont été nourris exclusivement au sein; 48, c'est-à-dire 24 %, ont été soumis à l'allaitement mixte; 13, c'est-à-dire 6 %, ont été allaités artificiellement.

Depuis 1892, d'autres Consultations ont été organisées à Paris. M. le docteur Variot, en 1893, en a annexé une à son dispensaire de Belleville. M. le docteur H. de Rothschild en 1896, M. le docteur Dubrisay en créent à leur tour dans leurs dispensaires. Le huitième arrondissement en voit naître deux, installées par M. Rissler et M. le docteur Bresset. M. le docteur Boissard, accoucheur des hôpitaux, en fonde une dans son service de l'hôpital Tenon. En 1898, encore une Consultation est créée à Montmartre, sous la présidence de M. le docteur Raimondi. Mentionnons enfin que, en 1895, sur l'initiative de M. le sénateur Strauss, le conseil général du département de la Seine avait organisé des consultations analogues dans les maisons de secours de la ville et du département.

Voici le mode d'allaitement :

Le 1er décembre 1900, à la consultation du dispensaire du huitième arrondissement, M. Bresset surveille 10 enfants au sein, 12 à l'allaitement mixte, 16 au biberon. Le 1er décembre 1901 il a 22 enfants au sein, 32 à l'allaitement mixte, 33 au biberon. En 1900, par conséquent, 57.7 % utilisaient le sein de leur mère; en 1901 il y en a 61.6 %.

A Montmartre il y a, en 1902, 143 nourrissons: 52 sont élevés au sein; 46 reçoivent l'allaitement mixte; 45 sont élevés au lait stérilisé.

Partout, la mortalité est faible. Nulle part, en été, les nourrissons ne succombent, alors que cependant la mortalité par diarrhée à Paris est considérable.

Ainsi, voilà les « Consultations de nourrissons » telles qu'elles fonctionnent à Paris : dans presque toutes, la majorité des clients est allaitée au sein. Quant aux résultats, ils sont partout très brillants, ce qui se conçoit sans peine.

En province, quelques Consultations de nourrissons — très peu — fonctionnent aussi, où l'on s'efforce d'obtenir l'allaitement au sein. C'est, à Rouen, celle du dispensaire du quatrième arrondissement avec MM. les docteurs Panel et Bouju. Avant 1900, ils ne voient guère plus de 10 nourrices au sein; en 1900, sur 222 femmes, 109 nourrissent au sein, 94 emploient l'allaitement artificiel, 19 l'allaitement mixte. En 1901, les progrès continuent et les résultats sont très beaux. Au total, les voici d'ailleurs : 149 enfants nourris au biberon avec 25 morts; 214 enfants nourris au sein avec 9 morts, c'est-à-dire 16 % de mortalité totale pour l'allaitement artificiel, et 4.2 % pour l'allaitement au sein.

A Saumur, M. le docteur Levraud s'efforce encore de propager l'allaitement au sein « en payant les nourrices et en faisant payer les biberons de lait stérilisé ».

A Bar-le-Duc, M. le docteur Ficatier suit l'exemple de M. Levraud : la femme qui allaite reçoit 3 livres de viande par semaine et la mère soigneuse touche, en plus, une prime de 10 ou 20 francs.

II

Mais ce sont surtout les « Gouttes de Lait » qui fonctionnent presque exclusivement en province. Que sont donc ces œuvres? Que font-elles? Notre réponse sera simple : elles s'occupent surtout de la stérilisation du lait et de la vente ou de la distribution gratuite de ce lait, suivant la situation de fortune de leurs petits clients, dans les villes où elles fonctionnent; ici, pas d'allaités au sein; ici, pas d'efforts — sinon en théorie — pour obtenir et favoriser l'allaitement maternel. Nous avons démontré surabondamment ces deux points dans deux mémoires que nous publierons prochainement; nous y reviendrons, d'ailleurs, encore plus loin. Une dernière indication : une fois par semaine environ, les petits allaités artificiels sont examinés par les directeurs des œuvres.

Nous étudions en détail, dans les deux travaux auxquels nous venons de faire allusion, les plus importantes et les plus anciennes de ces œuvres. Nous n'en ferons donc ici que l'énumération. La première fut fondée en 1894, à Fécamp, par M. le docteur Dufour; puis apparurent successivement les Gouttes de Lait de Grenoble, du Havre, l'Œuvre des Enfants de Bourg, les Gouttes de Lait municipales d'Elbeuf et de Nantes, les Gouttes de Lait de Rouen et de Versailles, l'Œuvre du Bon Lait de Nancy, enfin. Nous avons étudié leur fonctionnement, leur composition; nous avons surtout contrôlé leurs résultats : nous pouvons donc affirmer, sans crainte d'être contredit, que sur 100 de leurs petits clients il y en a au moins 95 allaités artificiellement, lorsqu'il n'y en a même pas 100, c'est-à-dire la totalité; nous pouvons soutenir encore que pour certaines de ces œuvres les résultats ont été très mauvais, pour quelques-unes médiocres, pour une (Rouen) assez bons, pour l'ensemble, enfin, mauvais.

Nous allons d'ailleurs pouvoir, succinctement, faire cette double démonstration. Nous avons eu en mains tous les documents publiés par ces œuvres ou les concernant : dans aucun il n'est question d'allaitement maternel ni d'allaités au sein; toujours et partout, on ne voit que des allaités artificiels. Quant aux résultats, nous les avons contrôlés, simplement : nous avons cherché, en calculant sur 10 années (1891-1900) pour le groupe normand, sur 11 années (1891-1901) pour les autres œuvres, combien il y avait de décès de 0 à 1 an, par toutes causes, pour 1,000 naissances, avant et après l'institution des Gouttes de Lait, dans les villes où elles fonctionnent; nous avons cherché combien il y avait de décès de 0 à 1 an, par toutes causes, pour 1,000 décès généraux, dans les mêmes conditions. Pour le groupe de Normandie, nous avons cherché, en plus, combien il y avait de décès de 0 à 1 an par diarrhée pour 1,000 décès de 0 à 1 an, avant et après la fondation des Gouttes de Lait. Il nous a alors suffi de comparer ces moyennes entre elles pour savoir très exactement ce qu'avaient donné les Gouttes de Lait. Les voici, officielles, rigoureusement :

Pour 1,000 décès de tous âges, nous avons relevé :

A *Elbeuf*, avant la Goutte de Lait (1891-1898), 230 décès de 0 à 1 an par toutes causes; après, 246.

Au *Havre*, avant la Goutte de Lait (1891-1898), 222 décès de 0 à 1 an; après, 235.

A *Fécamp*, avant la Goutte de Lait (1881-1894), 263 décès de 0 à 1 an; après, 253.

A *Grenoble*, avant la Goutte de Lait (1891-1894), 179 décès de 0 à 1 an; après, 145.

A *Nantes*, avant la Goutte de Lait (1891-1898), 150 décès de 0 à 1 an; après, 119.

A *Bourg*, avant l'Œuvre des Enfants (1891-1898), 91 décès de 0 à 1 an; après, 83.

A *Nancy*, avant l'Œuvre du Bon Lait (1891-1899), 184 décès de 0 à 1 an; après, 185.

A *Rouen*, avant la Goutte de Lait (1891-1900), 250 décès de 0 à 1 an; après, 224.

A *Versailles*, avant la Goutte de Lait (1891-1901), 148 décès de 0 à 1 an; après, 140.

Ainsi, à Elbeuf, au Havre, à Nancy, la proportion des décès des enfants de 0 à 1 an par toutes causes pour 1,000 décès de tous âges, est plus élevée après la création des Gouttes de Lait qu'avant, et ceci sans qu'il y ait eu d'épidémies. Donc bien évidemment ces œuvres n'ont pas entraîné d'amélioration, mais il y a eu au contraire aggravation de la mortalité infantile. A Versailles, Bourg et Fécamp, la proportion est en légère diminution. Les résultats sont meilleurs à Rouen, Nantes, Grenoble.

Pour 1,000 naissances nous relevons maintenant :

A *Elbeuf*, avant la Goutte de Lait, 284 décès de 0 à 1 an par toutes causes; après, 307.

Au *Havre*, avant la Goutte de Lait, 207 décès; après, 219.

A *Fécamp*, avant la Goutte de Lait, 214 décès de 0 à 1 an; après 194.

A *Grenoble*, avant la Goutte de Lait, 168 décès; après, 141.

A *Nantes*, avant la Goutte de Lait, 182 décès de 0 à 1 an; après, 140.

A *Bourg*, avant l'Œuvre des Enfants, 141 décès; après, 130.

A *Nancy*, avant l'Œuvre du Bon Lait, 183 décès de 0 à 1 an; après, 177.

A *Rouen*, avant la Goutte de Lait, 305 décès; après, 262.

A *Versailles*, enfin, avant la Goutte de Lait, 189 décès de 0 à 1 an; après, 180.

Ainsi, à Elbeuf et au Havre encore, la proportion des décès des enfants de 0 à 1 an par toutes causes, pour 1,000 naissances, est plus élevée après l'institution de la Goutte de Lait qu'avant. A Nancy, Versailles et Bourg, la situation est à peu près stationnaire. Elle est améliorée à Grenoble, Nantes, Fécamp, Rouen.

En résumé, les résultats des Gouttes de Lait sont négatifs à Elbeuf, à Nancy, au Havre; ils sont médiocres à Bourg et à Versailles, un peu plus satisfaisants à Fécamp. Seules, les Gouttes de Lait de Rouen, de Grenoble et de Nantes paraissent avoir donné des résultats positifs. Nous avons dit paraissent : d'autres facteurs ont contribué, en effet, autant que les Gouttes de Lait, on va le voir, à diminuer la mortalité infantile de ces villes.

A Grenoble, il y a, chaque année (1891-1901), 1,357 naissances. Or, la Goutte de Lait a nourri seulement, chaque année, 72 de ces nouveau-nés. De plus elle ne les a nourris que pendant trois mois, chaque année encore. Ces deux données suffisent à elles seules, on nous l'accordera, pour montrer le peu d'influence de l'œuvre dans la diminution signalée de la mortalité infantile. A Nantes, avant la fondation de la Goutte de Lait, il y a 2,530 naissances par an; il n'y en a plus après que 2,472 et ce premier point explique déjà la diminution de la mortalité infantile. Il y a de plus, avant la création de la Goutte, 3,042 décès de tous âges, chaque année, tandis que ce même total est de 2,703, après. Les mêmes causes qui ont diminué la mortalité de tous les âges ont certainement contribué à diminuer aussi la mortalité infantile; or, elles n'ont rien à voir avec la Goutte de Lait. Donc la Goutte de Lait de Nantes n'a pas été seule à diminuer la mortalité infantile de cette ville.

Pour Rouen, nous relevons 2,886 naissances par an avant l'institution de la Goutte, 2,802 après; 3,505 décès de tous âges avant, 3,277 après.

Et pour Fécamp où il y a par an, avant l'ouverture de la Goutte, 420 naissances, 341 décès généraux, après la Goutte, 432 naissances, 333 décès généraux, nous trouvons, avant l'Œuvre, 90 décès de 0 à 1 an, par année, dont 43 par diarrhée; après l'Œuvre, 84 décès de 0 à 1 an, par année, dont... *50* par diarrhée!

III

Dans l'ensemble, les résultats des Gouttes de Lait sont donc médiocres. Pourquoi? Parce que, très scientifiques en *théorie*, ces œuvres ne peuvent rien donner en *pratique*... En supposant, en effet, que leur lait soit toujours d'excellente qualité, en admettant que la stérilisation en soit parfaite (et, somme toute, ces concessions sont très larges), le lait n'arrive jamais sans souillure à la bouche du petit client. Ce sont le plus souvent des enfants qui viennent le chercher et en route ils débouchent un ou plusieurs flacons du lot qui leur a été confié pour les déguster, remplaçant ensuite par de l'eau de la borne-fontaine voisine le lait dégluti. Ce fait rigoureusement exact est d'observation courante.

Le lait arrive-t-il indemne chez le nouveau-né? il y a des chances pour qu'il y subisse aussitôt un transvasement en règle. Echappe-t-il à cette double cause de contamination? il va trouver un nouvel ennemi dans le biberon à long tube. Le médecin a sans doute recommandé l'emploi d'une tétine simple, mais il faut alors tenir l'enfant pour le faire téter, et les parents ont « bien autre chose à faire ». Avec le long tube, au contraire, l'enfant tettera tout seul, à son aise, dans son berceau, et les parents, encore plus à leur aise, pourront vaquer à leurs occupations. Oui, voilà comment est repoussé ce fameux biberon à long tube dont « le procès est fait sans appel »! Un flacon est-il enfin laissé inachevé après une tétée? on le donnera deux ou trois heures après au nourrisson, afin « de ne rien laisser perdre ».

Si nous abordons la réglementation des tétées comme horaire ou comme quantité, les bouillies supplémentaires données pour calmer l'enfant « qui crie la faim », ce sont alors deux grosses fautes qu'il nous faut encore enregistrer.

Voilà pourquoi les Gouttes de Lait ne peuvent et ne pourront jamais fournir des résultats positifs. Tous ces ennemis, dont l'influence est plus que suffisante pour annihiler les bienfaits de la stérilisation, leur échapperont sans cesse!

Plus optimiste que nous, M. le docteur Bertillon, chef des travaux statistiques du département de la Seine, considère comme facilement applicables aux nouveau-nés, dans un très curieux projet de puériculture, les méthodes aseptiques appliquées aux blessés et aux femmes en couches, et, ainsi, il débarrasse à coup sûr le lait stérilisé de ses ennemis. Sans doute, la conception est très hardie, comme très séduisante l'idée d'un pareil projet; scientifique, elle l'est encore puisqu'elle a pour base l'asepsie. Mais sa mise à exécution nous paraît difficile; puisse notre confrère, qui ne s'en effraie pas du tout, la réaliser et construire sa «ruche»; s'il y réussit, incontestablement le succès l'attend; le lait stérilisé débarrassé ainsi de tous ses ennemis donnera, pour la première fois, des résultats parfaits.

IV

Nous arrivons maintenant à l'étude des relations des Gouttes de Lait et de l'allaitement maternel. On nous a dit, souvent, que ces œuvres s'efforçaient de propager l'allaitement maternel, qu'elles ne pratiquaient l'allaitement artificiel que pour compléter un allaitement maternel insuffisant ou remplacer un allaitement maternel impossible. Nous répondrons donc que, seules, quelques-unes s'annoncent ainsi, les autres n'ayant par conséquent même pas ce souci. De plus celles qui s'annoncent ainsi ont toujours et très vite oublié, sur le terrain pratique, les promesses faites en théorie à l'allaitement maternel. En veut-on la preuve? Il n'y a qu'à chercher, dans les monographies des Gouttes de Lait, leur indice de vitalité et de réussite. Dans aucune de leurs publications, nous n'avons relevé qu'elles aient été heureuses d'avoir eu, l'année suivante, plus de nourrissons au sein que l'année précédente; bien mieux, elles n'en parlent même pas du tout. En revanche, toutes sont fières, qu'on nous entende bien, de dire qu'elles ont eu l'année suivante 50 ou 100 allaités artificiels de plus que l'année précédente; toutes sont fières de proclamer qu'elles ont distribué, l'année d'après, quelques milliers de flacons de plus que l'année d'avant. Ainsi, voilà leur cri de triomphe, mais voilà bien aussi sans doute le cri qui les trahit près de nous. Une œuvre dont nous avons en mains les documents distribue, en 1900, 70,000 flacons de lait stérilisé; elle en distribue 120,000 en 1901, et aussitôt elle proclame son succès. Est-ce donc ainsi que les œuvres propagent et s'efforcent de propager l'allaitement maternel? Sont-ils donc un indice de l'extension de cet allaitement, ces chiffres qu'elles publient et que nous venons de relater? Mais il nous semble qu'ils sont bien plutôt le contraire! Pourquoi alors ne faire connaître que ces seuls chiffres, sinon précisément parce qu'ils sont bien l'expression réelle du fonctionnement de ces œuvres, parce que celles-ci ont oublié leurs promesses et que, plus elles font d'allaitement artificiel, plus elles sont satisfaites et précisément convaincues davantage de leur réussite.

Ainsi, certaines Gouttes de Lait n'ont jamais songé à l'allaitement maternel; quelques-unes se sont promises de le propager, mais pratiquement elles ont oublié leurs promesses. Aucune, par conséquent, n'a rien fait pour lui; nous dirons plus : *toutes lui ont fait, lui font et lui feront le plus grand mal!* Nous allons nous expliquer : bien des mères pourraient nourrir qui ne le font pas, parce qu'elles sentent précisément près d'elles un lait qui va les remplacer et les dispenser ainsi de se fatiguer, disent-elles, tout en leur donnant (elles le croient, du moins) un aussi bon résultat. Ceci n'est nullement exagéré et cet aveu nous a été fait souvent. Nous ne sommes pas, d'ailleurs, le seul à parler ainsi; tout récemment, M. le docteur Powilewicz, directeur de la Maternité du Havre, nous disait avoir fait cette douloureuse constatation : au sortir de la Maternité, la proportion des nourrices au sein est de 80 à 90 %. Quelques mois plus tard cette proportion se trouve très réduite. Pourquoi? Parce que la Goutte de Lait s'est trouvée là qui *a remplacé* les mères insouciantes, lesquelles n'ont eu qu'à lui demander son lait pour pouvoir cesser aussitôt l'allaitement au sein.

Que, dans les rares cas où l'allaitement au sein est impossible, on pratique l'allaitement artificiel, nous le voulons bien; mais nous voulons aussi que ces exceptions soient l'exception et non la règle générale, comme elles le sont aujourd'hui. A aucun prix l'allaitement maternel ne saurait s'accommoder du dangereux voisinage des Gouttes de Lait. Et que faut-il, d'ailleurs, redouter, de leur non-existence? Mouraient-ils donc si nombreux, les prédécesseurs immédiats de ces soi-disant secourus? Assurément non : les tableaux officiels de nos travaux en font foi et pourtant nul ne s'occupait d'eux, qu'une sage nature qui faisait simplement beaucoup plus large la part des élevés au sein.

Comme nous l'avancions en tête de cet article, les « Consultations de nourrissons » et les « Gouttes de Lait » sont par conséquent bien dissemblables, et si les premières sont parfaites, les secondes sont une institution beaucoup moins heureuse, on nous l'accordera. Que convient-il donc de faire pour diminuer la mortalité infantile? Créer partout des Consultations de nourrissons à l'exemple de celles de Paris; ne plus créer de Gouttes de Lait nulle part, demander à celles qui existent de vouloir bien modifier leur fonctionnement : de cette façon l'extension de l'allaitement maternel sera certaine. Qu'il ne nous soit pas fait d'objections sur les difficultés de l'allaitement au sein. Quand une mère, quelle que soit sa situation sociale, saura qu'elle n'a plus, tout près d'elle, une œuvre qui la remplacera, elle essaiera de nourrir et l'essai, en pareille matière, est bien près de la réussite. Et si, malgré tout, elle ne peut pas y parvenir, alors l'allaitement artificiel sera là, mais essentiellement particulier, à domicile et non avec des appareils officiels dont la présence dans une ville contribue à tarir la sécrétion lactée beaucoup plus que toute autre cause.

Qu'on ne vienne pas nous dire que dans les villes industrielles l'allaitement artificiel est une nécessité parce que la mère passe sa journée à l'usine; nous sommes placé mieux que quiconque pour élucider ce point-là. Non, même dans ces villes, et *surtout* dans ces villes, on peut, très facilement même, si on le veut, obtenir l'allaitement au sein : les directeurs d'usines, si on le leur demandait, accorderaient dans leurs fabriques un local réservé aux nourrissons, dans lequel les mères pourraient, une demi-heure le matin, une demi-heure le soir, allaiter leurs enfants. Et c'est dans ce sens que tous les efforts doivent être dirigés, partout.

Voilà, achevée, l'étude des Consultations de nourrissons et des Gouttes de Lait. Comme on le voit, non seulement elles ne sont pas sœurs jumelles, mais elles n'ont au contraire qu'une très vague parenté.

Dr A.-L. PEYROUX (d'Elbeuf).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 décembre 1902.

Traitement de l'appendicite.

M. Lucas-Championnière. — Je suis frappé des divergences extrêmes qui existent entre nous au sujet du traitement de l'appendicite. Quoi qu'on ait dit, il y a bien réellement des opérateurs à chaud et des opérateurs à froid, ce qui ne veut pas dire que les premiers n'opèrent jamais à froid et que les seconds n'interviennent pas à chaud dans certains cas.

Pour ma part, j'ai été très impressionné au début par la fréquence des erreurs de diagnostic, conduisant à opérer des malades qui n'étaient pas atteints d'appendicite. Mais actuellement je crois que le diagnostic s'est beaucoup perfectionné et que l'erreur est moins à redouter. D'autre part, je me suis laissé convaincre par M. Dieulafoy de l'impossibilité fréquente de prévoir ce que deviendra une appendicite et de la nécessité d'opérer, même au risque de commettre une erreur de diagnostic, pour ne pas laisser mourir des malades qu'une intervention précoce peut seule sauver.

Sur une série de 44 patients opérés en pleine suppuration, j'ai eu 12 morts, dont 11 pour des cas absolument désespérés; parmi les 32 malades qui ont guéri, certains présentaient des lésions si graves qu'ils auraient certainement succombé sans mon intervention. Dans une autre série de 85 cas opérés à froid ou pendant la période subaiguë de l'évolution de la maladie, j'ai eu 85 guérisons.

En ce qui concerne les dangers des purgations, sur lesquels on a tant insisté, je ne partage pas l'opinion générale, et en cela je suis d'accord avec beaucoup de confrères américains qui ne croient pas non plus à la nocivité absolue des purgatifs au cours de l'appendicite. En revanche, je suis tout à fait convaincu des dangers de l'opium; contrairement à ce que M. Kirmisson a vu, les cas les plus graves que j'ai observés étaient ceux pour lesquels on avait eu recours, dès le début, à l'administration d'opium à l'intérieur et à l'application de glace sur le ventre. Je pense même que dans bien des cas c'est l'opium lui-même qui fait l'appendicite, car j'ai vu opérer des gens qui n'avaient pas trace d'appendicite au début et que l'on avait soumis à tort à la médication opiacée. Les divergences d'opinion qui nous séparent proviennent en grande partie de ce que nous ne faisons pas le même diagnostic pour un grand nombre de cas, et l'administration de l'opium entre pour une part importante dans l'existence de ces divergences; elle a en effet pour résultat de masquer un certain nombre de symptômes et de dénaturer ainsi l'évolution clinique de l'affection que l'on a sous les yeux.

La conservation de l'appendice dans les cas de vastes suppurations de la fosse iliaque ne me paraît pas avoir des conséquences aussi fâcheuses qu'on a bien voulu le dire; nous pouvons, en effet, citer les résultats de notre expérience relative à l'incision des abcès de la fosse iliaque, à l'époque où l'on ne connaissait pas l'appendicite : pour ma part je me souviens d'un seul cas où l'incision simple a été suivie de la persistance d'une fistule.

Traitement de la procidence vaginale.

M. Richelot. — Dans une communication où M. Delbet nous a décrit un procédé de périnéorrhaphie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 392), notre collègue a confondu à tort la déchirure du périnée et la procidence vaginale, qui doivent être séparées l'une de l'autre, car beaucoup de femmes ont un prolapsus très accentué du vagin sans déchirure périnéale. Cette distinction a une grande importance au point de vue des méthodes de traitement. Une simple déchirure du périnée sera, en effet, parfaitement guérie par une opération également très simple, par la périnéorrhaphie, tandis que la procidence vaginale nécessite une opération plus complexe, la colpopérinéorrhaphie.

Au point de vue de la technique opératoire, je reproche à M. Delbet de ne se préoccuper que d'établir une sangle musculaire grâce à la suture des releveurs, et de ne pas songer à rétrécir le vagin par l'excision d'un large lambeau de la paroi de ce canal.

Je ne ferai pas une critique, trop facile, de la suture perdue au fil d'argent, surtout pour cette région; il me suffira de dire que je n'en saisis pas l'utilité, étant donné que les fils de catgut ne se résorbent pas assez vite pour compromettre la solidité de la suture et qu'il n'y a pas lieu, par conséquent, de leur substituer des fils non résorbables.

Ligature de la veine cave inférieure déchirée au cours d'une néphrectomie pour pyonéphrose calculeuse.

M. Delbet. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport au sujet de deux observations de pyonéphrose calculeuse qui nous ont été adressées par M. Heresco (de Bucharest). Chez ses deux malades, notre confrère, pour apprécier la valeur du rein supposé non malade, a eu recours au cathétérisme prolongé de l'uretère correspondant au rein malade, préférant cette méthode à celle de la séparation des urines qui ne permet pas de recueillir les urines pendant vingt-quatre heures consécutives; le cathétérisme urétéral, appliqué seulement à l'uretère du côté malade, ne fait courir aucun danger d'infection à l'uretère du côté opposé, et l'on peut, grâce à lui, recueillir séparément les urines de chaque rein.

Au cours de la néphrectomie pratiquée dans l'un de ces cas, M. Heresco a déchiré la veine cave inférieure; se souvenant de l'observation qui vous a été communiquée par M. Houzel (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 172), il n'a pas cherché à suturer la veine et a fait simplement une double ligature du vaisseau, au-dessus et au-dessous de la déchirure. Cette ligature de la veine cave inférieure n'a été suivie d'aucun trouble circulatoire, contrairement à l'opinion courante.

Ablation d'un cancer de la portion intra-thoracique de l'œsophage.

M. J.-L. Faure. — J'ai enlevé il y a cinq jours, pour une lésion cancéreuse, 11 centimètres de la portion intra-thoracique de l'œsophage, en dépassant de 2 centimètres, en haut et en bas, les limites du néoplasme, qui siégeait derrière la partie inférieure de la trachée et la bifurcation des bronches.

L'opération a été relativement facile, grâce à une nouvelle technique à laquelle j'ai eu recours. J'ai opéré à droite, par voie cervicothoracique, en réséquant les 6 premières côtes près de leur insertion vertébrale. A ce propos, je désire insister sur la nécessité absolue de pratiquer la résection de la première côte, sans laquelle le médiastin postérieur est à peu près inaccessible; dès que cet os est sectionné, au contraire, on obtient un jour très étendu et il est alors possible d'explorer et d'enlever la presque totalité de l'œsophage.

Mon opéré a succombé, le lendemain de l'intervention, sans hémorrhagie, sans choc apparent, sans phénomènes pulmonaires, à des accidents de nature indéterminée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 12 et 19 décembre 1902.

Traitement des névralgies par les injections d'air atmosphérique.

M. Marie relate, en son nom et au nom de M. Crouzon, les résultats qu'il a obtenus dans un certain nombre de cas de névralgies, au moyen des injections sous-cutanées d'air atmosphérique. Imaginée par M. Cordier (de Lyon), cette méthode consiste à injecter, au niveau des points douloureux, une quantité d'air filtré variant d'un tiers de litre à un demi litre (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 116). Dans plusieurs cas de sciatique, dans un cas de zona ancien et chez un tabétique porteur d'une plaque hyperesthésique, la disparition de la douleur a été presque immédiate. L'orateur croit devoir attribuer les bons effets de ces injections, d'une part, à une sorte d'élongation des extrémités nerveuses et, d'autre part, à la formation d'un coussinet gazeux qui protège ces extrémités contre toute pression extérieure.

M. Chauffard dit que, chez une malade souffrant d'un point douloureux d'origine pleurétique ayant résisté à tous les moyens ordinaires, une injection sous-cutanée d'air atmosphérique a fait disparaître immédiatement la douleur.

Atrophie musculaire et névrite tuberculeuse.

M. Hirtz présente un homme atteint d'une atrophie des muscles pectoraux, des scalènes, du grand dorsal et du grand dentelé du côté droit; ces muscles sont, en outre, très douloureux à la pression et très sensibles au froid. L'orateur suppose que cette atrophie des muscles de presque toute une moitié du thorax est due à une névrite d'origine tuberculeuse; l'auscultation a permis, en effet, de constater des signes non douteux de tuberculose au niveau du sommet des deux poumons. D'autre part, la radioscopie a montré qu'il n'existait aucune cause de compression des nerfs ou des racines nerveuses.

Méningite cérébro-spinale accompagnée de surdité temporaire et terminée par la guérison.

M. Grenet communique, au nom de M. Moizard et au sien, l'observation d'un enfant de six ans et demi, qui fut atteint, au cours d'une méningite cérébro-spinale, d'une surdité ayant évolué parallèlement à cette affection, s'améliorant avec elle pour redevenir complète au moment des rechutes. La guérison se produisit au bout de deux mois environ, sans doute grâce au petit nombre et à la faible virulence des microbes : les milieux qu'on ensemença avec le liquide céphalo-rachidien restèrent, en effet, stériles. Il faut ajouter que des troubles intellectuels assez marqués ont survécu à la disparition des accidents méningitiques.

M. Netter fait remarquer que la longue durée de l'évolution des méningites cérébro-spinales n'est pas un fait exceptionnel; loin de se terminer en quelques jours comme on l'admet généralement, la méningite cérébro-spinale épidémique, dans un quart des cas au moins, se prolonge plusieurs semaines; l'orateur a même observé un jeune garçon chez lequel la maladie a persisté à l'état aigu pendant quatre mois et s'est néanmoins terminée par la guérison sans troubles intellectuels consécutifs. Un autre point qui mérite d'être signalé, c'est l'émaciation extrême dans laquelle peuvent tomber quelques-uns des malades sans que le pronostic en soit notablement aggravé.

Quant à la surdité, au cours de la méningite, M. Netter ne l'a constatée que deux fois, comme conséquence d'une otite labyrinthique; l'un des petits malades est resté sourd-muet et l'autre est mort; c'est donc un accident qui commande des réserves au point de vue du pronostic.

Ectasie de la portion ascendante de la crosse de l'aorte.

M. Duflocq montre un malade atteint d'une tumeur pulsatile de la région thoracique antérieure gauche, sans phénomènes de compression, tumeur qui serait due à une ectasie de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. La cause de cette ectasie est assez obscure: le patient n'est ni syphilitique, ni paludéen; il n'a pas non plus d'habitudes alcooliques, mais il exerce le métier de déménageur, et l'on peut admettre que les efforts musculaires violents auxquels il se livre journellement n'ont pas été étrangers au développement de son affection.

L'orateur présente un second malade, ancien rhumatisant chez lequel on constate, à l'examen de la région précordiale, un frémissement intense et un souffle râpeux systolique qui s'étend jusqu'à la pointe du cœur, mais ne se propage pas du côté du cou; M. Duflocq croit pouvoir, d'après les caractères de ce souffle, conclure à l'existence d'un rétrécissement sous-aortique.

Adipose douloureuse à forme nodulaire.

M. Louste montre, au nom de M. Rénon et au sien, un homme de quarante-sept ans, alcoolique, chez lequel le syndrome de Dercum semble avoir débuté il y a vingt ans, à la suite d'un traumatisme de la région lombaire. Depuis cette époque, des nodosités lipomateuses se sont développées au niveau des membres supérieurs, du thorax, de l'abdomen et des cuisses. Actuellement au nombre de 18, ces tumeurs ont été précédées ou accompagnées de phénomènes douloureux ; leur volume ne dépasse pas en moyenne celui d'une noisette. L'examen histologique a permis de reconnaître qu'elles sont constituées uniquement par de la graisse.

En même temps que ces troubles physiques, sont apparus des troubles psychiques consistant en modifications du caractère, apathie intellectuelle, diminution de la mémoire, etc. La sensibilité dans ses différents modes, ainsi que la motilité, est intacte.

Gastrosucorrhée sans stase alimentaire et ulcérations pyloriques.

M. Soupault présente des pièces anatomiques provenant de deux malades qui étaient atteints de gastrosucorrhée sans stase alimentaire

et qui ont été traités par la pylorectomie. On peut constater sur ces pièces l'existence d'ulcérations du pylore entourées d'un gonflement œdémateux de la muqueuse gastrique. Ces ulcérations ne feraient jamais défaut, d'après l'orateur, dans cette forme de la maladie de Reichmann, qui est caractérisée uniquement par l'hypersécrétion du suc gastrique, sans rétention des matières alimentaires et sans sténose pylorique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 décembre 1902.

Le sang après la ligature du pédicule des reins.

MM. Achard et **Lœper.** — Chez les animaux auxquels on lie le pédicule des reins, la masse du sang augmente parce que de l'eau et des molécules dissoutes s'accumulent dans le sang; la diminution numérique des hématies dans un volume donné de sang démontre cet accroissement de la masse sanguine. De plus, la concentration moléculaire du sang s'élève, parce que normalement l'urine enlève au sang plus de molécules dissoutes que d'eau.

Mais il n'y a pas rétention pure et simple, car des actes régulateurs interviennent. Des éliminations supplémentaires ont lieu par d'autres voies; certaines substances passent dans les tissus. De l'eau s'élimine en plus grande quantité par l'intestin et par les poumons. Toutefois, il reste toujours dans l'organisme un excès d'eau et de matières dissoutes. Aussi la perte de poids résultant du jeûne est-elle moindre chez les animaux dont les reins sont liés que chez les témoins.

Si l'on dose l'eau du sang après ligature des veines, on constate qu'elle a augmenté, bien que la concentration moléculaire soit plus forte. C'est que l'accroissement numérique des molécules ne correspond pas à leur accroissement pondéral. Seules les petites molécules qui ne sont plus éliminées par l'urine se sont accumulées, tandis que les grosses molécules d'albumine se sont diluées dans la masse augmentée du sang.

On conçoit donc que l'hypertonie sanguine coexiste avec l'hydrémie, l'hypoglobulie et l'hypoalbuminose.

D'autre part, quand on injecte à petite dose des solutions salines iso ou hypotoniques à un animal dont les reins sont liés, on ne modifie guère l'équilibre des humeurs, car la concentration de ces solutions ne s'éloigne jamais beaucoup de celle du sang. Par contre, avec des solutions hypertoniques, on peut injecter un liquide très différent des humeurs normales, au point de vue de la concentration. On observe alors des modifications intéressantes, très différentes selon que le liquide hypertonique est introduit dans les veines ou sous la peau : dans les veines, il augmente la masse du sang et l'exhalation d'eau par les poumons; sous la peau, il les diminue. Dans le premier cas, le sang emprunte aux tissus de l'eau; dans le second, les tissus en empruntent au sang. Mais toujours cet échange est un phénomène régulateur ayant pour objet de rétablir l'équilibre osmotique.

Radioscopie gastrique appliquée à l'étude du séjour des liquides dans l'estomac.

M. Leven adresse une note tendant à démontrer que chez l'enfant, l'eau franchit le pylore selon deux modes distincts : tantôt, l'estomac commence à se vider, comme un vase qui fuit, immédiatement après l'ingestion, sans qu'on puisse observer de contraction gastrique; 100 centimètres cubes d'eau disparaissent en neuf minutes environ.

Tantôt, l'évacuation ne commence qu'après le premier quart d'heure et se fait grâce aux contractions gastriques. Il suffit de faire prendre à l'enfant quelques bouchées de pain et de chocolat pour que l'évacuation, rapide avec l'eau seule, soit considérablement retardée. Cette constatation semble devoir être prise en considération, dans l'institution du régime alimentaire des dilatés.

MM. Leredde et **Pautrier** déclarent que, sur 7 cas de lupus du nez, ils ont réussi 4 fois à mettre en évidence des bacilles tuberculeux en administrant une quantité d'iodure de potassium suffisante pour provoquer une hypersécrétion muqueuse.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 3 et 10 décembre 1902.

Interventions sans contact des doigts du chirurgien avec la plaie opératoire.

M. König fait une communication dans laquelle il insiste sur les inconvénients, au point de vue de l'asepsie opératoire, de l'insuffisance des procédés de désinfection chirurgicale des mains, et surtout des sillons sous-unguéaux; le moyen que l'orateur considère comme le plus sûr consiste en lavages des mains, prolongés durant dix minutes, dans de l'eau à la température de 40° ou 50°, suivis d'une désinfection selon la méthode de Fürbringer.

Aussi, pour ne pas souiller la plaie opératoire, le chirurgien doit-il éviter autant que possible de toucher à celle-ci; il est clair qu'il n'est pas toujours possible d'éloigner tout contact, notamment dans les interventions sur la cavité abdominale : aucun instrument ne peut ici remplacer la main pour écarter le lambeau; mais du moins peut-on interposer une compresse stérile pliée en plusieurs doubles entre ce lambeau et les doigts chargés de le saisir. Par contre, en matière de chirurgie osseuse et articulaire, même pour les résections les plus difficiles, la précaution recommandée par l'orateur peut rendre les plus grands services, sans compliquer beaucoup la technique : elle ne nécessite pas l'emploi d'instruments spéciaux, la pince tire-balles américaine, des crochets à longues griffes, etc., etc., suffisant à atteindre le but désiré; c'est surtout dans le traitement sanglant des fractures articulaires que l'« opération sans contact des doigts » (*fingerloses Operiren*) donne les plus beaux succès.

Fistule uréthrale et cancer.

M. Lipman-Wulf relate l'histoire d'un homme de cinquante ans qui, deux mois après une chute à califourchon sur le bord d'une caisse, éprouva des troubles de la miction, en même temps qu'apparaissait une tumeur périnéale. Une uréthrotomie externe fit découvrir un rétrécissement et plusieurs petits abcès, mais à la suite de cette intervention tous les efforts pour amener l'oblitération de la fistule demeurèrent vains, et, bientôt, au voisinage du trajet fistuleux, se développèrent des productions néoplasiques, dont l'examen microscopique révéla la nature épithéliomateuse (épithélioma pavimenteux); ces tumeurs, malgré des curettages, continuèrent à s'accroître jusqu'à la mort.

De tels cancers, tirant leur origine d'une fistule urinaire, peuvent avoir pour point de départ soit la surface cutanée, soit la muqueuse uréthrale, soit encore les glandes de Cowper. L'orateur fait observer que l'on ne saurait, dans le cas présent, se baser sur le fait qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux pour affirmer que la néoplasie provenait de l'épiderme, car on sait que des épithéliomas cylindriques peuvent se transformer en tumeurs pavimenteuses, et réciproquement.

Embolies graisseuses, d'origine cadavérique, des capillaires pulmonaires.

M. Westenhöffer déclare qu'il est actuellement en mesure de rapporter à des altérations cadavériques les faits d'« organes mousseux » analogues à l'emphysème du foie dont il a communiqué un exemple l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 430). Il relate à ce propos l'observation d'une jeune femme ayant succombé aux suites d'un avortement, et chez laquelle l'autopsie, pratiquée onze heures après le décès, permit de reconnaître que tous les viscères étaient le siège d'emphysème. A l'ouverture du cœur il s'échappa des gaz et de la graisse des cavités de cet organe; on trouva aussi de la graisse dans les capillaires pulmonaires, ainsi que dans les deux veines fémorales. Les fémurs ayant été ouverts, on constata que la moelle osseuse était des deux côtés fissurée et mal colorée, et on put y déceler le bacille gazeux (*Gasbacillus*) de Fränkel. D'après l'orateur, ce microorganisme passerait dans le torrent circulatoire à la phase agonique, mais ce n'est que *post mortem* qu'il déterminerait la production de gaz; la présence de moelle rouge lui est indispensable, car il se développe mal dans la moelle graisseuse, pauvre en albuminoïdes.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 15 décembre 1902.

Apoplexie traumatique tardive.

M. Bohne relate l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, indemne de syphilis, d'alcoolisme et de toute affection cardiaque ou rénale, qui, soixante jours après une chute du haut d'une échelle — chute pendant laquelle la tête avait porté sur le sol, sans toutefois qu'il y eût perte de connaissance consécutive, et qui fut suivie seulement de maux de tête —, eut de l'embarras de la parole, de la diplopie et de la parésie de la jambe droite, ainsi que des spasmes cloniques de la paupière du même côté, par parésie du muscle droit supérieur. Sept semaines plus tard, une amélioration générale s'était produite, quand survint une nouvelle apoplexie avec parésie du côté droit; cinq attaques apoplectiques se succédèrent ainsi, laissant à leur suite une rétinite avec atrophie du nerf optique.

L'orateur estime qu'il s'agit bien là d'apoplexie traumatique tardive; ce cas répond en effet aux divers *postulata* proposés par M. Stadelmann (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 401) : intégrité antérieure de la santé, âge moyen, traumatisme assez violent, évolution des accidents sous l'œil du médecin.

Carcinose de la plèvre.

M. Lindenberg communique l'observation d'un homme de trente-sept ans, qui se fit admettre à l'hôpital pour des céphalées, des douleurs de poitrine et de la toux. L'état général était satisfaisant; mais on trouvait à droite des adénopathies cervicales et supra-claviculaires et, à la percussion, il existait une zone de matité au niveau du poumon droit, dont les bruits respiratoires n'étaient pas perçus. Deux ponctions successives permirent de retirer plus de trois litres de liquide hémorrhagique contenant un grand nombre d'éléments polymorphes vacuolaires et des cellules géantes.

Malgré la conservation de l'état général, on admit qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, et de fait on découvrit à l'autopsie un petit cancer à cellules cylindriques du sommet du poumon droit; la plèvre du même côté était recouverte de petites granulations cancéreuses.

Résection secondaire de l'intestin.

M. P. Manasse relate l'observation d'un jeune homme de quinze ans chez lequel une laparotomie permit d'évacuer une collection purulente du petit bassin, d'origine appendiculaire; on enleva l'appendice et on détruisit les adhérences qui réunissaient les unes aux autres de nombreuses anses intestinales; plusieurs perforations de l'intestin durent ensuite être suturées; ces sutures n'ayant pas tenu, on fut obligé d'intervenir une seconde fois, et l'on réséqua environ 150 centimètres d'intestin, selon la méthode de Senn. L'opéré a guéri.

M. Lassar montre un homme porteur depuis cinq ou six ans d'une tuberculose verruqueuse cutanée du bras gauche; ce malade était autrefois employé dans une laiterie où il soignait le bétail; il a pu ainsi facilement se contaminer. Un médecin allemand a naguère observé un cas analogue, où un boucher fut infecté par une vache atteinte de pommelière.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 20 décembre 1902.

Sur le mode d'action et l'emploi thérapeutique des composés sulfocyanés.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. W. Pauli** a fait une communication dans laquelle il a

exposé les résultats de ses recherches pharmacodynamiques sur les sels. Il en conclut que les effets de ces médicaments sont la résultante de l'action antagoniste des *ions* métalliques et des *ions* acides, les premiers précipitant l'albumine, les seconds empêchant cette précipitation et redissolvant l'albumine déjà précipitée; au point de vue physiologique, les ions métalliques ont une action astringente et aussi — pour la plupart des métaux — excitante sur le système nerveux, tandis que les ions acides abaissent la pression sanguine et sont des sédatifs du système nerveux.

Les métaux et les acides peuvent être classés en série ascendante au point de vue de l'activité de leurs ions. Par suite, les effets thérapeutiques d'un sel dépendent de la prévalence des ions métalliques sur les acides, ou réciproquement; quand les ions des deux catégories sont de même puissance, on a un sel indifférent.

Les combinaisons acides qui possèdent au plus haut degré les propriétés des ions acides sont les composés sulfocyanés ou rhodaniques, lesquels existent normalement en petite quantité dans diverses sécrétions (salive, urine, mucus nasal, etc.), et résultent dans l'organisme de la transformation des cyanures et des nitrites, qui empruntent du soufre à l'albumine. Comme les composés iodés, avec lesquels ils offrent d'incontestables analogies, les composés sulfocyanés déterminent facilement de l'acné et du coryza; ils s'éliminent par l'urine, mais d'une façon très lente, car on constate encore leur présence dans ce liquide au bout d'une semaine.

Le sulfocyanure de sodium, pris pendant plusieurs jours à la dose quotidienne de 1 gramme, exerce une action sédative sur le système nerveux et calme les douleurs, ce qui en rend l'usage précieux dans les névroses et les diverses affections du système nerveux. La pression sanguine, lorsqu'elle est augmentée, comme dans l'artériosclérose, les néphrites chroniques et l'insuffisance aortique, s'abaisse, sous l'influence de ce médicament, de 20 à 30 %, et l'on voit disparaître en même temps les principaux symptômes de ces affections.

L'efficacité du sulfocyanure de sodium s'explique par le poids moléculaire de ce sel, dont 1 gramme équivaut à 2 gr. 50 centigr. d'iodure de sodium. Les composés rhodaniques ne donnent jamais lieu à des troubles gastriques.

Résultats éloignés de l'extirpation du larynx pour cancer.

M. O. Föderl montre un homme qui a été opéré, il y a quatre ans et demi, d'un cancer du larynx, par l'extirpation de tout cet organe (une portion du cartilage cricoïde exceptée), de l'épiglotte et d'une partie de l'œsophage. Ce qui restait du cricoïde fut suturé d'un côté à l'œsophage et de l'autre à l'os hyoïde. La réunion fut parfaite et il n'y a pas eu jusqu'à présent trace de récidive. Le malade peut avaler des aliments solides et liquides; il a la voix un peu rauque, mais cependant très intelligible.

M. J. Koschier dit avoir réséqué la moitié du larynx chez 3 malades atteints de cancer. La plus ancienne de ces opérations date de deux années et demie. Chez les 3 patients la déglutition est normale et la parole assez distincte.

Absence de la rate.

M. K. Sternberg communique la relation de l'autopsie d'une femme de quarante-trois ans, qui a succombé à la tuberculose pulmonaire et chez laquelle la rate faisait complètement défaut, sans que nulle part on ait pu constater une exagération de volume des ganglions lymphatiques. L'artère splénique émanait du tronc cœliaque et, après avoir envoyé des branches au pancréas, se ramifiait dans l'estomac et le gros intestin. Les autres viscères étaient tous normaux, ce qui n'a été signalé que 4 fois sur les 17 cas jusqu'ici connus d'agénésie de la rate.

Dr Schnirer.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Philadelphie, le 12 décembre 1902.

Parti de Paris à la fin du mois d'août dernier avec la mission de renseigner les lecteurs de la *Semaine Médicale* sur le mouvement actuel de la science médicale aux Etats-Unis, j'ai choisi comme première étape la ville de Boston, métropole de la Nouvelle-Angleterre. Pendant fort longtemps, la *Harvard University Medical School* de cette ville avait partagé avec le *Medical Department* de la *University of Pennsylvania* de Philadelphie le privilège de constituer, aux Etats-Unis, un foyer de haute culture médicale. Non que les écoles de médecine aient jamais été rares en ce pays, où l'on compte en moyenne un médecin par cinq cents habitants. Mais, jusqu'à une époque assez récente, la profession médicale, trop souvent ravalée au niveau de l'empirisme le plus grossier, n'y avait joui que d'une considération plus que médiocre, et ce discrédit s'expliquait aisément, tant par la puissance du charlatanisme que par l'insuffisance des moyens d'instruction médicale, situation assurément regrettable, mais inévitable dans une contrée neuve, où tout était à créer, et à créer dans des conditions particulièrement ardues et pénibles. On sait l'essor considérable qu'a pris l'Amérique du Nord dans ces vingt ou trente dernières années : avec les progrès accomplis dans les diverses sphères de l'activité humaine, ceux qui furent réalisés en médecine ne manquèrent pas de marcher de pair. De nouveaux foyers médicaux se sont créés, et il y a tout lieu de croire que d'autres suivront, venant s'ajouter à une liste qui augmente rapidement. C'est de cette activité tous les jours croissante et plus féconde que je voudrais pouvoir donner l'impression dans les *Notes de voyage* que je publierai dans ce journal sur l'Amérique médicale, et dont la présente lettre inaugure la série.

Les rayons de Röntgen en thérapeutique.

Lors d'une de mes visites au *Boston City Hospital* — c'est avec le *Massachusetts General Hospital* le principal hôpital de Boston —, j'eus l'occasion de voir M. le docteur Francis H. Williams dans le service radiographique qu'il y dirige. Bien préparé à cette tâche en sa qualité d'ancien élève du *Massachusetts Institute for Technology* (1) et de médecin du Boston City Hospital, M. Williams fut, en Amérique, un des premiers à s'intéresser à l'application des rayons de Röntgen à la médecine. Grâce à ses travaux sur cette question, il jouit aux Etats-Unis d'une autorité incontestée en la matière. Je n'ai pas l'intention de parler ici de celles de ses études qui sont éparses dans des articles à la portée de tous; mais je vais rendre compte de certains faits concernant l'emploi thérapeutique des rayons de Röntgen et que j'ai eu l'occasion de voir dans son service.

Pour obtenir des résultats satisfaisants dans l'emploi des rayons de Röntgen, le choix de l'appareil donnant naissance à l'effluve cathodique n'est pas indifférent. A l'hôpital, M. Williams se sert d'une machine électro statique à influence de Holtz extrêmement puissante, et qui présente l'avantage d'une très grande constance dans l'intensité de la lumière (2), ce qui est fort appréciable quand il s'agit de pratiquer un examen radioscopique. Or, M. Williams avait fait construire sa machine en vue de ses recherches sur le diagnostic radioscopique précoce de la tuberculose pulmonaire : on sait que dans l'examen du thorax, la radioscopie donne des résultats supérieurs à ceux de la radiographie. En ce qui concerne cette dernière, au contraire, M. Williams reconnaît à la bobine à induction un avantage sérieux sur la machine à influence, en ce qu'elle permet de diminuer la longueur de la pose.

Pour les besoins de la radiothérapie, le médecin du Boston City Hospital considère la machine électrostatique et la bobine à induction comme de valeur à peu près égale; à l'hôpital, il se sert exclusivement de la grande machine électrostatique dont nous venons de parler.

Il est intéressant de noter que M. Williams, malgré les milliers de cas soumis aux rayons de Röntgen dans son service, n'a jamais observé chez ses malades d'accidents imputables à l'action de ces rayons. Il attribue ce résultat aux précautions dont il a soin d'entourer l'emploi de la méthode radiographique. Voici en quoi consistent ces précautions : l'ampoule est enfermée dans une boîte doublée de plomb; la lame de plomb qui forme couvercle est perforée d'un orifice circulaire et constitue ainsi une sorte de diaphragme duquel s'échappe le pinceau de rayons actifs. L'ampoule est placée à 15 ou 20 centimètres du sujet et entre l'ampoule et le malade, on interpose un écran d'aluminium dérivé vers le sol. En outre, le malade est protégé par un écran formé de papier buvard et d'or mussif. Quand il s'agit d'agir sur la face, il est commode de se servir d'un masque en gaze badigeonné avec de la céruse.

Pour l'usage radiothérapique, M. Williams donne la préférence à une ampoule à faible résistance. Les séances durent de cinq à dix minutes suivant les cas; elles sont répétées deux ou trois fois par semaine et continuées pendant un laps de temps variable avec la lésion.

Au sujet des effets thérapeutiques des rayons de Röntgen, je ne ferai que signaler ceux que l'on obtient dans le lupus, l'acné, l'eczéma, le psoriasis, etc.; je m'arrêterai plus longuement sur ceux que cette méthode donne dans l'épithélioma de la peau. Cette action est généralement curative : les cas qu'a bien voulu me montrer M. Williams — cancroïdes de la lèvre, de la face — paraissent à cet égard absolument concluants.

Le premier effet que l'on note habituellement au cours du traitement radiographique d'un cancroïde de la peau, souvent dès la première séance, est la diminution, puis la disparition de la douleur. Quand il s'agit d'une tumeur non ulcérée, elle ne tarde pas à se ramollir; ensuite la suppuration s'établit, la lésion diminue d'étendue, et finalement il ne reste qu'une cicatrice, fréquemment insignifiante en comparaison de la lésion initiale. Dans certains cas, la tumeur se présente, avant le traitement, sous la forme d'un ulcère à fond sanieux et d'odeur fétide : sous l'influence de la radiothérapie, la suppuration se régularise, l'odeur disparaît, et le résultat est le même que dans le cas précédent.

Le champ d'action de la radiothérapie n'est pas limité aux cancroïdes de la peau. Tout cancer *accessible* serait justiciable de cette méthode, qu'il s'agit d'un cancer de la langue, du larynx, du col utérin ou de toute autre région. Même dans le cancer du sein, M. Williams croit pouvoir enregistrer des succès; mais à ce sujet ses expériences sont encore trop récentes pour qu'il puisse donner des conclusions fermes.

M. Ellis, dont j'aurai à signaler ci-dessous les recherches, a recueilli à cet égard un fait qui a l'intérêt d'une expérience physiologique. Il s'agit d'un squirrhe mammaire observé chez une femme de quarante-cinq ans. Le sein fut recouvert au moyen d'un écran en plomb qui présentait un orifice laissant à découvert seulement la moitié interne de la tumeur. En prenant le mamelon comme point de repère et en délimitant la zone soumise aux rayons cathodiques par une ligne au nitrate d'argent, il fut possible de toujours placer l'écran dans la même position. Or, quand on pratiqua l'ablation du sein après 8 séances de dix minutes chacune et répétées à deux jours d'intervalle, on constata dans la moitié exposée aux rayons de Röntgen un ramollissement auquel correspondait, sur la coupe, un kyste rempli d'un liquide séro-purulent. La moitié protégée par l'écran en plomb, au contraire, n'avait éprouvé aucune modification dans sa consistance.

Il est certain que pour juger de la valeur d'une méthode thérapeutique nouvelle, on ne saurait avoir trop de prudence et s'entourer de trop d'informations : le scepticisme, en pareille occurrence, est souvent de commande. Tel est aussi l'avis de M. M. I. Wilbert, pharmacien du *German Hospital* de Philadelphie et chargé du service radiographique dans cet hôpital; M. Wilbert n'est pas convaincu de la réalité d'une action curative des rayons de Röntgen

(1) Cette école, qui jouit d'une grande réputation en Amérique, est destinée à former des ingénieurs civils.

(2) Pour faire varier à volonté l'intensité de la lumière, M. Williams emploie le dispositif suivant : une série de petites boules de laiton sont montées sur une tige de caoutchouc vulcanisé, à faible distance les unes des autres. Cette tige est maintenue en face d'un des conducteurs de la machine au moyen d'une corde qui passe sur une poulie fixée au plafond et porte à son autre extrémité un contrepoids. Celui-ci se trouve à la portée du médecin, qui peut, en faisant descendre ou monter dans une gouttière en laiton la tige portant les boules, augmenter ou diminuer le nombre des boules par lesquelles passe le courant et régler ainsi l'intensité de l'effluve cathodique.

dans le cancer; par contre, il considère que ces rayons sont susceptibles de rendre dans le cancer cutané des services réels comme agent analgésique.

M. le docteur William M. Sweet (de Philadelphie) est, au contraire, convaincu de l'action curative des rayons de Röntgen dans les cancers de la peau. Il a bien voulu me montrer, entre autres, la photographie, avant et après le traitement, d'un malade atteint d'un vaste épithélioma de l'angle de l'œil avec envahissement du nez et de la joue; il y avait, dans ce cas, un résultat thérapeutique parfait. Le malade avait été soumis à dix-huit séances tri-hebdomadaires.

Une question préjudicielle s'était élevée dès le début de ces essais thérapeutiques; c'était de savoir si dans les cas traités par les rayons de Röntgen, il s'agissait bien de cancer. A cet égard, il convient de signaler que des lambeaux prélevés sur les tumeurs, ayant été soumis à l'examen de M. le docteur William T. Councilman, professeur d'anatomie pathologique à la Harvard Medical School, ou de M. le docteur Frank B. Mallory, professeur adjoint à la même Ecole, ont été, dans tous les cas, reconnus comme de nature épithéliomateuse.

Aux modifications macroscopiques correspondent des transformations histologiques de la tumeur. M. le docteur A. G. Ellis, chef adjoint des autopsies au *Philadelphia Hospital*, étudie actuellement cette question dans le laboratoire de M. le professeur W. M. L. Coplin, au *Jefferson Medical College* de Philadelphie. M. Ellis a constaté une dégénérescence cellulaire et fibrillaire plus ou moins prononcée suivant les cas, avec, quelquefois, de la dégénérescence graisseuse. Le tissu élastique est toujours augmenté, tandis que le nombre des lymphocytes ne présente guère de modifications après l'opération. De plus, il existe constamment de l'endartérite oblitérante, mais plus ou moins marquée suivant les cas. En outre, les recherches de M. Ellis tendent à prouver que lorsque l'action des rayons de Röntgen est plus lente à se manifester qu'à l'ordinaire, on se trouve en présence d'un épithélioma à kératinisation avancée renfermant de nombreux corpuscules de Gluge.

Même en admettant l'efficacité du traitement radiographique, telle que l'envisagent ses partisans, une question reste à résoudre, celle de la permanence du résultat. Il s'agit là d'un mode de traitement encore à l'essai, trop récent en tout cas pour qu'il soit possible de juger de la fréquence des récidives. M. Williams m'a parlé de succès datant d'un an. Le cas de M. Sweet remonte à sept mois. Mais ce sont des délais bien courts encore en matière de récidive cancéreuse. Des récidives ont parfois été observées; il s'agissait alors de malades dont le traitement n'avait pas été parachevé. Il est remarquable, d'ailleurs, que même après la cessation du traitement, la guérison continue à faire des progrès, et l'on peut voir la tumeur disparaître complètement; les faits de cette catégorie seraient particulièrement sujets à récidive. D'ailleurs, même en pareille occurrence, il n'y aurait qu'à reprendre le traitement par les rayons de Röntgen : cette méthode paraît entièrement inoffensive entre des mains expérimentées, et rien n'empêche d'opposer, à une récidive du mal, une nouvelle tentative thérapeutique.

Avant de terminer cet article, je tiens à ne pas passer sous silence un certain nombre d'applications thérapeutiques des rayons de Röntgen, que j'ai vues à l'essai soit à Boston, soit à Philadelphie.

Dans la conjonctivite granuleuse, M. le docteur F. L. D. Rust, professeur adjoint d'ophtalmologie au *Tufts Medical College* de Boston, paraît obtenir de bons résultats au moyen de la radiothérapie; ses conclusions ne sont pas encore suffisamment fermes pour que j'y insiste ici.

J'ai signalé ci-dessus l'effet analgésique des rayons de Röntgen dans le cancer. Cette action paraît se manifester également dans la névralgie du trijumeau. J'ai entendu parler à Philadelphie de résultats fort encourageants obtenus dans cet ordre d'idées. Je me hâte d'ajouter cependant que tel n'est pas le traitement classique, à Philadelphie, de la névralgie trifaciale; cette question fera, d'ailleurs, l'objet d'une prochaine lettre.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'anévrysme de l'aorte ascendante à diverticule antéro-latéral gauche et les tracés sphygmographiques de l'aorte, par M. D'Espine.

L'auteur consacre le présent travail à une forme d'anévrysme aortique dont les conditions anatomo-pathologiques déterminent une symptomatologie assez spéciale, et dont il a eu l'occasion d'observer un cas à l'hôpital cantonal de Genève.

Son malade, un homme de cinquante-quatre ans, ancien syphilitique et grand fumeur, se plaignait depuis deux ans de palpitations et d'étouffements quand il se fit admettre à l'hôpital. Le choc précordial, non visible et à peine perceptible à la palpation, occupait son siège normal dans le cinquième espace; en outre, il existait un second choc ondulatoire dans les deuxième et troisième espaces gauches, immédiatement en dehors du bord gauche du sternum. L'auscultation révélait un souffle intense dans toute la région précordiale, mais ayant son maximum au niveau du foyer de l'artère pulmonaire; ce souffle, diastolique, était précédé d'un souffle faible au premier temps. La matité cardiaque n'était pas agrandie, mais toute la surface du sternum était submate; pas de voussure précordiale. Les pouls radiaux étaient isochrones, un peu bondissants; le pouls carotidien était bien visible. Comme signes fonctionnels, le malade présentait de la dyspnée paroxystique, surtout après les repas, accompagnée de violents battements cardiaques et carotidiens.

On avait pensé à une insuffisance pulmonaire. Mais un tracé recueilli au niveau du deuxième espace intercostal gauche ayant montré que les pulsations perceptibles en ce point commençaient après le choc de la pointe et avant la diastole carotidienne, et n'atteignaient leur maximum d'amplitude qu'après la fin du pouls carotidien — et le début de la diastole artérielle —, on en conclut à une poche anévrysmale communiquant avec l'aorte par un orifice étroit, et « emmagasinant » le pouls aortique qu'elle retardait. En effet, cet homme ayant succombé peu après à des infarctus pulmonaires, on trouva à l'autopsie un anévrysme s'ouvrant dans l'aorte à 2 centimètres au-dessus du bord libre des valvules sigmoïdes et se dirigeant vers la gauche où il se terminait par un cul-de-sac intimement adhérent, par sa partie supérieure, à la moitié droite de la face antérieure de l'artère pulmonaire, et, par sa partie inférieure, à l'auricule gauche. L'artère pulmonaire, élargie, à parois amincies aux points en contact avec la poche anévrysmale, offrait un orifice insuffisant, la sigmoïde antérieure étant soudée dans toute son étendue à la membrane interne du vaisseau, par suite de la pression qu'exerçait l'anévrysme à ce niveau.

Se basant sur ce fait, ainsi que sur 8 autres qu'il a recueillis dans la littérature médicale, M. d'Espine établit la symptomatologie des anévrysmes aortiques situés à gauche. Ces anévrysmes se traduisent essentiellement (7 fois sur 9) par une pulsation visible dans le second et parfois le troisième espace intercostal, à gauche du sternum, ce qui, dans plusieurs cas, a fait penser à un anévrysme de l'artère pulmonaire. En outre, les rapports de la poche anévrysmale avec ce dernier vaisseau se traduisent soit par un souffle de rétrécissement pulmonaire — souffle systolique, à la base et à gauche —, en cas de compression de la pulmonaire, soit par un souffle d'insuffisance pulmonaire — souffle diastolique au même foyer —, quand les valvules sigmoïdes pulmonaires sont adhérentes ou détruites.

Cette variété d'anévrysme est surtout remarquable au point de vue des signes fonctionnels; contrairement à la forme classique, elle ne détermine pas d'angine de poitrine; les phénomènes de compression intrathoracique y sont exceptionnels (un seul cas de paralysie du récurrent gauche); la douleur y est modérée. Par contre, la compression soit du tronc de l'artère pulmonaire, soit du *conus arteriosus*, peut avoir pour conséquence l'apparition d'une insuffisance tricuspide, par dilatation des cavités du cœur droit. Finalement, les malades succombent comme des cardiaques, à l'anasarque, à la cachexie, à l'anoxémie.

Ajoutons que l'auteur a recueilli, sur 3 autres sujets atteints d'anévrysme fusiforme ou ampullaire de l'aorte, un certain nombre de tracés sphygmographiques qui montrent que, dans ces variétés, la pulsation anévrysmale reproduit tous les caractères du pouls aortique, ce qui se conçoit aisément puisqu'en pareille occurrence aucun rétrécissement ne gêne la reproduction exacte, au niveau de la dilatation, des ondulations du pouls aortique. Il a pu s'assurer à cette occasion que le retard de ce dernier sur le début du choc est de quatre à cinq centièmes de seconde, correspondant à cette période latente de contraction du cœur, qui se termine par l'ouverture des valvules sigmoïdes de l'aorte. (*Rev. de méd.*, juillet 1902.) — F. F.

De la prostatopexie sub-périnéale ou luxation de la prostate hors de sa loge, comme traitement de l'hypertrophie de la prostate, par M. H. Delagénière.

Nous avons signalé naguère les bons résultats obtenus par M. le professeur Jaboulay, dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, au moyen de la dénudation de cette glande (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 232). Vers la même époque — et vraisemblablement sans connaître les essais du chirurgien lyonnais —, M. Delagénière a pratiqué, dans des circonstances analogues, une opération de même genre, consistant à luxer la prostate hors de sa loge, puis à l'abandonner au milieu des tissus prérectaux cruentés et à refermer la plaie cutanée.

Son malade, un homme de soixante-dix ans, porteur d'une prostate ayant le volume d'un œuf de poule, et atteint de rétention avec phénomènes généraux (température à 38°5), fut opéré de la façon suivante :

On fit sur le raphé périnéal une petite incision de 5 centimètres de longueur qui, arrivée à 1 centimètre de l'anus, quittait la ligne médiane pour contourner à gauche l'orifice de l'anus dans le quart de sa circonférence, en s'en tenant toujours à 1 centimètre de distance. On sectionna ensuite les tissus couche par couche, on reconnut le sphincter anal, puis le bord antérieur du releveur gauche de l'anus, à travers lequel on pratiqua une incision de 3 centimètres environ pour agrandir le champ opératoire.

L'aponévrose de Denonvilliers ayant été alors fendue, dans toute sa longueur d'abord, puis en travers, la prostate fut isolée de sa loge avec le doigt qui la contournait, enfin luxée hors de cette loge : elle vint tout naturellement se placer sur la face antérieure du rectum, au-dessus du sphincter anal; dans cette nouvelle situation, elle cessait de porter obstacle au cathétérisme, comme on put s'en assurer séance tenante. Il ne restait plus qu'à refermer la plaie périnéale, après avoir placé un drain entre le rectum et la prostate.

Les suites furent des plus simples; au bout d'une quinzaine de jours, on put retirer la sonde à demeure, et bientôt la miction spontanée suffit à évacuer à peu près complètement le réservoir vésical; la prostate s'atrophia progressivement, au point que, moins d'un mois après l'opération, le toucher ne permettait plus de sentir la moindre nodosité prérectale.

Le seul inconvénient éprouvé par le malade fut du ténesme rectal durant les quatre premiers jours; on le combattit par des lavements froids. (*Arch. provinc. de chir.*, juin 1902.) — F. F.

Bégaiement dysarthrique par lésion limitée de la capsule interne, par M. J. Abadie.

Si le bégaiement — la forme idiopathique vulgaire de ce trouble du langage mise à part — se rencontre assez fréquemment comme manifestation de l'hystérie, plus rarement à titre de symptôme d'une lésion organique diffuse des centres nerveux (début de la paralysie générale), il est tout à fait exceptionnel de l'observer en cas d'altérations localisées de l'encéphale, ainsi que M. Abadie en relate un exemple.

Un homme de soixante ans — n'ayant jamais bégayé ni même blésé — avait été frappé un an auparavant d'un ictus apoplectique qui laissa à sa suite une hémiplégie gauche totale et complète, sans troubles de la sensibilité ni altérations du langage; les phénomènes paraly-

tiques s'étaient peu à peu amendés, notamment au niveau du visage et du bras, et il ne restait plus qu'une hémiparésie légère, apparente surtout au membre inférieur, quand il se développa insidieusement, sans ictus, une gêne de la déglutition et une difficulté dans l'articulation des mots. On ne relevait alors aucune paralysie nouvelle, et particulièrement pas trace de paralysie labio-glosso-laryngée, mais seulement un certain degré de dysphagie, des accès fréquents de rire et de pleurer spasmodiques, et enfin un bégaiement ressemblant d'une façon remarquable au bégaiement vulgaire : il s'agissait essentiellement d'arrêts convulsifs devant le premier mot de la phrase ou la première syllabe du mot, et de la répétition convulsive de syllabes, de la syllabe initiale surtout; ces divers troubles n'affectaient aucune prédilection pour certains mots, certaines syllabes, certaines lettres, voire que tel vocable, difficilement articulé à un moment donné, l'était parfaitement un peu plus tard. Il n'existait par ailleurs aucun symptôme de surdité ou de cécité verbales, non plus que d'agraphie, d'aphasie amnésique ou d'aphémie.

Ces différents troubles persistèrent durant dix-huit mois, puis le malade se cachectisa peu à peu, sans nouveau symptôme cérébral, et finit par succomber dans le marasme. L'autopsie révéla comme seules et uniques lésions deux petites bandes de ramollissement ancien dans le tiers moyen du segment postérieur de la capsule interne droite, et un petit foyer plus récent d'hémorrhagie au niveau du genou de la capsule interne gauche; toutes les autres parties de l'encéphale étaient normales.

L'altération du faisceau pyramidal durant son trajet dans la capsule interne droite explique sans difficulté l'hémiplégie gauche primitive; c'est à l'hémorrhagie de la portion géniculée de la capsule interne gauche qu'il faudrait attribuer les phénomènes morbides plus tardifs, à savoir la dysphagie, le bégaiement et les accès de rire et de pleurer spasmodiques.

En ce qui concerne le dernier symptôme, les constatations nécropsiques faites dans ce cas démontrent que — contrairement à l'hypothèse émise par M. Brissaud — point n'est besoin de lésions bilatérales du genou de la capsule interne pour sa production. Quant au bégaiement, il s'explique naturellement si l'on admet, avec M. Pitres et avec l'auteur, que les destructions de la capsule interne ne réalisent jamais de l'aphasie vraie, mais déterminent de la dysarthrie passagère, quand elles sont unilatérales, de l'anarthrie définitive, lorsqu'elles sont bilatérales : il s'agirait simplement ici d'une dysarthrie capsulaire, mais d'un type particulier. (*La Parole*, juin 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'asthme dyspeptique, par M. Max Einhorn.

On doit réserver la dénomination d'asthme dyspeptique aux accès d'asthme en relation évidente avec certains troubles digestifs, sans lésion du cœur ni des poumons. Les cas où il existe, en même temps que l'asthme, une affection des organes de la poitrine doivent être éliminés de cette catégorie, car c'est dans cette affection qu'il faut rechercher la source de la névrose respiratoire, les troubles digestifs ne jouant qu'un rôle accessoire.

M. Einhorn a eu l'occasion d'observer 31 malades atteints d'asthme dyspeptique pur. Celui-ci, d'après les symptômes cliniques, présenterait deux formes distinctes. La première est caractérisée par l'apparition périodique des accès, qui surviennent après un intervalle plus ou moins long, sans raison apparente ou à la suite d'excès de table, de boisson, d'abus de tabac ou de violentes émotions; les crises sont d'ordinaire intenses et souvent accompagnées de symptômes alarmants : dyspnée, cyanose, algidité. Dans la seconde variété, l'asthme persiste plus ou moins à l'état chronique, soit que les accès se reproduisent dès que le malade sort de table, sans raison spéciale ou à l'occasion d'un effort, soit qu'ils ne débutent que deux ou trois heures après les repas. On peut parfois couper un paroxysme en faisant prendre au patient une certaine quantité de nourriture.

Il est souvent très difficile de distinguer la forme chronique de l'asthme dyspeptique d'avec l'angine de poitrine au début, à un moment où aucune altération du cœur ou des vaisseaux ne permet encore le diagnostic certain de cette dernière affection.

L'examen chimique de la sécrétion gastrique a révélé dans quelques cas l'existence d'une hyperchlorhydrie; dans d'autres on constatait de l'achylie gastrique; ailleurs enfin le suc gastrique était normal. Les accès d'asthme seraient dus, d'après l'auteur, à une irritation de la muqueuse gastrique, par le suc hyperacide dans le premier groupe de faits, et par les aliments non digérés dans le second, tandis que l'on doit admettre l'existence d'une hyperesthésie spéciale de l'estomac chez les sujets ayant une sécrétion normale. M. Einhorn a constaté que parfois l'asthme dyspeptique était combiné avec une mobilité pathologique du foie.

Le traitement consiste surtout à combattre la mobilité anormale des organes abdominaux, à régler le régime et l'existence en général, à éviter les soucis et les excès de travail. Dans ces conditions, il n'est pas rare d'observer une guérison définitive des troubles asthmatiques. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 5-6.) — A. J.

Emploi du magnésium pour le traitement des affections des vaisseaux sanguins, par M. E. Payr.

On se rappelle que M. Payr a proposé un procédé de réunion artérielle basé sur l'emploi de tubes en magnésium pourvus d'une rainure circulaire (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 148). Depuis lors, l'auteur a eu l'occasion d'utiliser le même métal pour la cure d'une tumeur vasculaire.

L'observation qui fait l'objet du présent mémoire a trait à une jeune fille de quatorze ans, admise à la clinique de M. le professeur Nicoladoni, à Gratz, pour deux tumeurs violacées, mollasses et dépressibles, dont l'une siégeait sur la gencive, au voisinage immédiat de la dernière molaire gauche, et dont l'autre était située sous la peau de la partie gauche du menton. M. Payr incisa, sur une étendue d'environ 2 centimètres, la muqueuse qui recouvrait la tumeur gingivale, et, après avoir fait quelques piqûres au galvanocautère, il sutura la plaie. Une huitaine de jours plus tard, il opéra le second angiome, en procédant, cette fois, de la façon que voici : la malade étant anesthésiée à l'éther, on enfonça, au milieu de la tumeur, un ténotome fin, et on introduisit, à travers l'orifice ainsi créé, sept plaques de magnésium taillées en forme de flèches et disposées en éventail, de manière à leur faire traverser toutes les parties du néoplasme. On sutura ensuite la petite plaie, et on appliqua du collodion iodoformé. Au bout de quelques jours, on pouvait constater, à la palpation du menton, une légère crépitation, témoignant du dégagement d'hydrogène. Peu à peu, la consistance de la tumeur devint plus dure, et la patiente fut bientôt à même de quitter le service. Lorsque, un an après, elle s'y présenta de nouveau, on ne retrouva plus la moindre trace de tumeur au niveau du menton.

En se basant sur ce fait, M. Payr estime que l'emploi du magnésium mérite de prendre une place importante dans le traitement des néoformations vasculaires. Ce métal, qui se dissout dans l'organisme en absorbant de l'oxygène et en dégageant de l'hydrogène libre, agit à la manière de l'électrolyse et des injections d'eau oxygénée, c'est-à-dire en provoquant rapidement la coagulation du sang. Toutefois, le procédé en question présenterait l'avantage d'être complètement inoffensif; il serait, d'ailleurs, très facile à mettre en pratique, même sans anesthésie générale, donnerait des résultats sûrs, et ne laisserait subsister aucune cicatrice. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 5-6.) — L. CH.

De la résection transversale de la trachée pour rétrécissement cicatriciel circulaire, par M. von Hacker.

Aux 4 cas de résection circulaire de la trachée avec suture immédiate publiés jusqu'à ce jour, l'auteur en ajoute un cinquième, concernant un jeune homme de vingt et un ans opéré par lui avec un plein succès.

Il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel consécutif à une blessure ayant séparé la trachée d'avec le larynx et allant jusqu'au niveau de la paroi postérieure. La sténose était circulaire et très étroite et avait résisté à toutes les tentatives de dilatation. M. von Hacker pratiqua d'abord la trachéotomie inférieure, puis il procéda, trois semaines plus tard, à la résection transversale de la trachée sur une étendue de 2 centimètres environ. Les deux extrémités du tube respiratoire furent alors réunies à l'aide de six sutures au catgut et d'une suture à la soie. La plaie fut drainée et suturée, et la tête immobilisée au moyen d'un appareil. La guérison était complète au bout de six semaines malgré une désunion passagère et partielle de la suture trachéale; après quelques mois, le malade était de nouveau à même de vaquer aux occupations les plus pénibles.

La mobilité de la trachée, constatée dans les interventions de ce genre, engage l'auteur à proposer un nouveau procédé d'autoplastie laryngée pour les cas de résection unilatérale du larynx : il conseille de sectionner la trachée au-dessous du larynx, de la mobiliser et de la glisser vers le haut, après en avoir réséqué la portion correspondant à la moitié du larynx non enlevée; cette dernière serait alors fixée dans la perte de substance trachéale : le nouveau larynx se composerait ainsi, d'un côté, de l'ancien organe et, de l'autre, de la paroi trachéale. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — F. DE Q.

De la valeur de la cautérisation ignée dans la cavité péritonéale, par M. K. Franz.

Un usage très répandu consiste à cautériser les pédicules ou les surfaces cruentées que l'on est obligé d'abandonner dans l'intérieur de la cavité abdominale; on se flatte de les rendre ainsi aseptiques ou de prévenir la formation d'adhérences. Les expériences entreprises par M. Franz le portent à ne concéder à cette pratique qu'une action très problématique, sinon même nuisible.

Ses recherches ont porté sur le lapin. Il a pu se convaincre tout d'abord, après beaucoup d'autres auteurs, que les plaies aseptiques du péritoine, même étendues, guérissent sans adhérences ou presque sans adhérences. Par contre, si l'on vient à les cautériser, l'eschare qui en résulte est facilement le point de départ d'adhérences : cautériser le péritoine pour se mettre à l'abri de cette complication serait donc aller à l'encontre du but qu'on se propose.

Dans une deuxième série d'expériences, M. Franz infectait des plaies péritonéales avec une culture de staphylocoques et les cautérisait aussitôt après. Il a constaté ainsi que la cautérisation ignée était incapable de stériliser les plaies infectées; de plus, quand l'infection portait sur une surface déjà escharifiée, les accidents septiques se développaient dans la suite encore plus rapidement. En cas d'infection imminente, la production d'eschares semblerait donc faciliter le développement de la péritonite. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Contribution expérimentale à l'anatomie et à la physiologie de l'anévrysme artério-veineux, par M. Q. Vignolo.

Voulant étudier, au point de vue anatomo et physio-pathologique, les anévrysmes artério-veineux — étude qu'il est difficile de faire sur l'homme, en raison de la rareté de cette lésion —, l'auteur dut se préoccuper de trouver d'abord un procédé de suture vasculaire lui permettant d'établir une communication artério-veineuse parfaitement étanche : il y parvint au moyen de fils de soie très fins, montés sur deux aiguilles dont l'une traversait de dedans en dehors la paroi veineuse, et l'autre, également de dedans en dehors, la paroi artérielle, de façon que les deux surfaces endothéliales fussent en contact, une fois les fils noués.

En possession de sa technique, il put réaliser des anévrysmes artério-veineux, chez le chien, soit entre la veine et l'artère fémorale, soit entre la carotide primitive et la jugulaire externe. Les anévrysmes ainsi produits se traduisaient par les signes classiques de ces sortes de lésions : pulsations veineuses, bruit de souffle continu avec renforcement systolique, parfois perceptible à distance, frémissement vibratoire.

Au point de vue fonctionnel, on notait, en cas

de communication artério-veineuse au niveau du cou, une turgescence particulière des rameaux d'origine de la jugulaire externe; du côté du fond de l'œil, il ne se produisait que des lésions peu importantes et d'ailleurs transitoires; jamais on n'observa d'exophtalmie ni de pulsations bulbaires. Quand il s'agissait d'un anévrysme artério-veineux fémoral, l'obstacle à la circulation paraissait beaucoup plus considérable, et, sur les animaux sacrifiés au bout d'un temps variable (de deux à six jours) on constatait un œdème très abondant du tissu cellulaire et des muscles.

En ce qui concerne les lésions microscopiques, M. Vignolo, de l'examen des pièces recueillies sur 5 chiens sacrifiés de dix-huit jours à cinq mois et demi après la formation de l'anévrysme (qui siégeait 3 fois aux vaisseaux fémoraux et 2 fois au cou), conclut que ces anévrysmes manifestent une tendance spontanée vers la guérison, partielle ou définitive, grâce à un processus de thrombo-phlébite oblitérante, débutant par l'extrémité distale de la veine, au niveau même — ou au voisinage immédiat — du foyer anévrysmal. Du côté de l'artère, les altérations sont moins prononcées, et ne se rencontrent guère qu'au niveau de la communication; elles consistent, outre un léger degré d'ectasie du bout central et un peu d'amincissement des parois, en phénomènes inflammatoires et dégénératifs faiblement accentués.

Enfin, des mensurations que l'auteur a faites sur 2 animaux, porteurs l'un d'un anévrysme fémoral, l'autre d'un anévrysme des vaisseaux du cou, il résulte que les modifications de la pression artérielle sont très différentes selon le siège de la lésion : alors que chez le premier on notait une augmentation notable de l'élément constant de la pression, avec diminution de l'élément variable, chez le second on trouvait au contraire l'élément constant diminué et l'élément variable quelque peu augmenté, divergences que M. Vignolo explique par les conditions très différentes de la circulation entre ces deux régions. (*Policlinico*, partie chir., IX, 5 et 7.) — F. F.

Traitement de la syphilis par les injections de cacodylate iodo-mercurique, par M. E. Di Tommasi.

Les bons effets obtenus par M. Brocq, dans le traitement de la syphilis, au moyen des injections de cacodylate d'hydrargyre (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 228), ont engagé l'auteur à user systématiquement de ce médicament. Il le prescrit sous la formule adoptée par M. Brocq, à savoir en solution aqueuse contenant 0 gr. 004 milligr. de bi-iodure de mercure et autant d'iodure de sodium, associés à 0 gr. 03 centigrammes de cacodylate de soude, par centimètre cube; mais il injecte des doses moitié moins élevées que celles qu'emploie le dermatologiste de Paris (1 c.c. au lieu de 2); de plus il ne fait les piqûres que tous les deux jours, et non quotidiennement.

Ces quantités relativement faibles de cacodylate iodo-mercurique seraient toujours suffisantes. Elles ont été parfaitement tolérées chez les 21 malades traités par M. Di Tommasi, sauf dans un cas où il survint, après la troisième injection, des phénomènes de stomatite qui forcèrent à interrompre la médication; mais, comme le fait observer l'auteur, le patient avait reçu précédemment 300 injections de sublimé, et c'est à l'accumulation de mercure qui dut résulter de cette cure intensive, beaucoup plus qu'aux quelques milligrammes introduits sous forme de cacodylate, qu'il y a lieu de rapporter cet accident. Comme autres inconvénients, on nota seulement, dans deux cas, des troubles gastro-intestinaux légers, avec odeur alliacée de l'haleine; la réaction locale, et surtout la douleur, furent plus modérées qu'avec le sublimé ou le calomel; jamais il ne se produisit de suppuration.

En ce qui concerne les résultats, ils furent parfaits dans 19 cas, incomplets chez 2 autres malades; mais ces derniers avaient abandonné le traitement l'un après 24, l'autre après 25 piqûres. C'est particulièrement au point de vue de l'état général que le cacodylate d'hydrargyre se montrerait supérieur aux autres préparations mercurielles également utilisables en injections. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 juillet 1902.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la dysenterie par des suppositoires de glace.

Dans les cas invétérés de dysenterie grave, où, en raison de l'irritation très intense du rectum et des spasmes réflexes de cette portion de l'intestin, il est impossible de faire prendre des lavements, M. le docteur K. Raïevsky (médecin militaire russe) a recours avec succès à un moyen qui, préconisé autrefois par le professeur Filatov, est cependant resté peu connu, et qui consiste à introduire dans le rectum des fragments de glace taillés en forme de suppositoires. A cet effet, on découpe dans la glace des morceaux égalant, comme longueur, à peu près les deux tiers du petit doigt du patient et ayant la forme et l'épaisseur de ce doigt. On arrondit ensuite, à l'aide de la main, les bords et l'extrémité pointue de chacun de ces glaçons, de façon à éviter toute blessure de la muqueuse rectale, et, après avoir insinué un de ces suppositoires dans le rectum, on engage le malade à serrer avec ses doigts l'orifice anal jusqu'à ce que le fragment de glace soit complètement fondu, ce qui demande quelques minutes. On remet ensuite un second suppositoire de glace, puis encore deux autres. Le patient éprouverait alors le besoin d'aller à la selle et évacuerait l'eau qui s'est accumulée dans le rectum. Un cinquième suppositoire amènerait habituellement une accalmie, même dans les cas où le ténesme se reproduisait auparavant toutes les cinq minutes, et le malade pourrait se livrer pendant quelques heures au sommeil. Puis, dès qu'il éprouve le premier besoin, on recommence la même opération, en introduisant de nouveau dans le rectum cinq suppositoires, que le patient accepterait cette fois très volontiers.

En continuant ce traitement, les périodes d'accalmie deviendraient de plus en plus longues, le ténesme diminuerait d'intensité et de fréquence, et dans l'espace de vingt-quatre heures on verrait le nombre des selles tomber, par exemple, de soixante à dix ou quinze. En même temps, on remarquerait la présence, dans les selles muqueuses, de matières fécales et la disparition du sang, et, enfin, le malade ne tarderait pas à avoir une selle normale. L'usage des suppositoires est alors supprimé.

Il est bon de savoir qu'au début ce mode de traitement provoque une sensation assez désagréable, mais dans la suite les suppositoires seraient très bien supportés, même par les enfants.

Le bleu de méthylène dans le traitement de l'entérocolite muco-membraneuse.

Partant de ce fait que l'entérocolite muco-membraneuse survient souvent chez des névropathes, un médecin italien, M. le docteur T. Cecchetelli-Ippoliti (d'Ancône), a eu l'idée de combattre cette affection par le bleu de méthylène, qui, comme on le sait, a été, au cours de ces dernières années, préconisé à titre de sédatif contre diverses maladies du système nerveux, et qui lui paraissait également indiqué en raison de ses propriétés antiseptiques. L'essai que notre confrère a institué sur une femme de trente-quatre ans, atteinte depuis trois années environ d'entérocolite muco-membraneuse, a donné de très bons résultats. M. Cecchetelli-Ippoliti prescrivit à cette malade le régime lacté et lui fit prendre, tous les jours, deux lavements d'une solution de bleu de méthylène à 1 %. Il ordonna, en outre, quatre pilules par jour, contenant chacune 0 gr. 01 centigr. de bleu de méthylène. Au bout de vingt jours de ce traitement, on constata une amélioration considérable dans l'état de la patiente, et on compléta la cure par l'hydrothérapie, le massage abdominal, l'administration de toniques, etc., etc. La guérison remonte aujourd'hui à huit mois et paraît définitive.

Un moyen pour obtenir des préparations aqueuses de menthol.

N'étant pas soluble dans l'eau, même chargée d'une forte proportion d'alcool, le menthol est loin d'être utilisé couramment, bien qu'il possède des propriétés thérapeutiques assez précieuses et puisse, en particulier, rendre de bons services à titre d'antiémétique (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 312). Or, M. le docteur de Crésantignes (de Paris) a réussi à obtenir des préparations aqueuses de menthol en se servant de la teinture de *Quillaia saponaria* (bois de Panama), qu'on emploie souvent en pharmacie pour faire les émulsions.

Notre confrère formule habituellement la potion que voici :

Menthol	0 gr. 03 à 0 gr. 05 centigr.
Teinture de quillaia	5 grammes.
Glycérine neutre.	10 —
Eau distillée......	Q. S. pour faire 125 c.c.

Après dissolution du menthol dans la teinture, on ajoute la glycérine, puis l'eau par petites quantités, en agitant. On obtient ainsi une sorte d'émulsion de couleur légèrement ambrée et dans laquelle le menthol reste incorporé.

On doit éviter d'employer des préparations plus concentrées, qui produiraient des sensations de brûlure. Il serait préférable d'administrer, au besoin, plusieurs cuillerées à la fois de la potion susmentionnée. Toutefois, celle-ci est contre-indiquée dans les cas de gastralgie.

M. de Crésantignes utilise également l'eau mentholée en applications contre la céphalalgie frontale. A cet effet, il prescrit :

Menthol	0 gr. 15 à 0 gr. 30 centigr.
Teinture de quillaia	10 grammes.
Eau distillée....	Q. S. pour faire 155 c.c.

On imbibe de cette préparation une compresse pliée en quatre, qu'on applique sur le front. Au bout de trois à cinq minutes, lorsque le malade accuse un picotement qui commence à devenir pénible, on substitue à la compresse mentholée une compresse imbibée d'eau pure, pour reprendre, peu après, l'application de menthol, et ainsi de suite.

Les indications des injections intraveineuses de sérum antidiphtérique.

D'après l'expérience de M. le docteur D. L. Cairns, qui a eû l'occasion de traiter, dans un des trois hôpitaux pour fiévreux de la ville de Glasgow, 20 cas de diphtérie par des injections intraveineuses de sérum antidiphtérique, ce procédé se montrerait beaucoup plus efficace que l'emploi sous-cutané du même sérum. L'effet de ces injections se traduirait surtout par la disparition rapide des symptômes de toxémie et des tuméfactions ganglionnaires, ainsi que par la diminution de l'agitation et de la dyspnée, dans les cas où il existe des complications pulmonaires.

Ce mode de traitement serait particulièrement indiqué dans les formes graves de diphtérie, caractérisées par des épistaxis et des hémorrhagies cutanées, par un engorgement considérable des ganglions lymphatiques et par une pâleur excessive des téguments. Il y aurait également lieu de recourir aux injections intraveineuses de sérum antidiphtérique à haute dose toutes les fois que l'on se trouve en présence de complications pulmonaires ou de manifestations toxémiques très accentuées.

Rappelons que les injections dont il s'agit avaient déjà été expérimentées avec succès par quelques confrères italiens (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 248).

Les lotions au babeurre comme moyen d'éviter les éruptions acnéiformes consécutives à l'usage des bromures.

On sait que le traitement bromuré intensif auquel on soumet habituellement les épileptiques les expose aux accidents de bromisme et, en particulier, à des éruptions cutanées acnéiformes. Afin de remédier à cet état de choses, on associe parfois les bromures à l'arsenic, mais ce moyen est loin de se montrer toujours efficace, sans compter que l'usage prolongé des préparations arsenicales n'est pas exempt d'inconvénients. D'autre part, on a préconisé contre ces accidents cutanés nombre d'applications locales. Après avoir essayé la plupart d'entre elles sans le moindre succès, M. le docteur A. Roche, professeur à l'Ecole de médecine de l'Université catholique de Dublin, a eu l'idée de recourir au babeurre que l'on utilise dans certains pays pour adoucir la peau. Sous l'influence de lotions pratiquées matin et soir avec ce liquide, on verrait rapidement disparaître toutes les manifestations cutanées du bromisme.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'acné chlorique.

Le premier cas de l'affection bizarre connue sous le nom d'*acné chlorique* a été publié en 1899 par M. Herxheimer (1): elle est caractérisée par des lésions acnéiques à type de comédon, portant sur la presque totalité des glandes sébacées, avec production plus ou moins abondante de boutons et de pustules en différentes régions. Peu de temps après, M. Thibierge (2) présentait à la Société de dermatologie de Paris, sous le titre d'*acné comédon généralisée*, une seconde observation identique à celle de M. Herxheimer. A ces deux faits vinrent rapidement s'ajouter toute une série de cas nouveaux recueillis par MM. Thibierge et Pagniez (3), Rénon et Latron (4), Hallopeau, Lemierre et Trastour (5), Fumouze (6), ainsi que par M. Brandt (7) et M. Bettmann (8).

I

Toutes ces observations présentent un caractère commun, indépendant du type clinique des lésions cutanées et tiré de l'origine de la dermatose : elles ont trait à des ouvriers travaillant dans des usines électrochimiques à la fabrication du chlore par l'électrolyse du chlorure de sodium. Dans ces conditions, l'hypothèse de M. Herxheimer, qui attribue cette affection à l'action d'un agent toxique prenant naissance au cours de la dissociation électrolytique du chlorure de sodium, devenait presque une certitude, et la dénomination d'acné chlorique paraissait entièrement justifiée.

Une seule exception, au point de vue étiologique, concerne les faits observés par M. Bettmann chez des ouvriers employés, non pas à la fabrication du chlore par électrolyse, mais à celle de l'acide chlorhydrique, et plus spécialement au nettoyage des tours dans lesquelles le gaz chlorhydrique est absorbé. Une enquête instituée par M. Bettmann lui permit de reconnaître l'existence de 21 cas d'acné chez des ouvriers qui tous avaient été préposés au nettoyage de ces tours; les autres ouvriers de la même usine, en particulier ceux qui fabriquaient la chaux chlorée, étaient indemnes.

Mes observations personnelles, au nombre de 8, proviennent toutes de l'usine électrochimique de Rheinfelden (grand-duché de Bade), dans laquelle on fabrique du chlore et de la soude caustique par l'électrolyse du chlorure de sodium. Je me contenterai de relater ici 2 de ces faits, que j'ai pu étudier d'une manière spéciale, durant plusieurs semaines, à l'hôpital. Ils donnent, du reste, une bonne idée des deux types principaux sous lesquels se manifeste l'acné chlorique : d'une part, l'acné comédon généralisée avec quelques rares pustules; de l'autre, l'acné polymorphe, où les manifestations inflammatoires compliquant l'acné comédon apparaissent au premier plan. Dans les cas de cette dernière catégorie, on peut rencontrer toutes les variétés d'acné, depuis l'acné vulgaire simple jusqu'à l'acné indurée et à l'acné phlegmoneuse.

Mon premier malade était un homme de trente ans, sans antécédents morbides, et qui en particulier n'avait jamais eu d'affection cutanée. Il entra en janvier 1901 à l'usine de Rheinfelden, où ses occupations consistaient surtout à décharger et à mettre en état les récipients électrolyseurs, auxquels les ouvriers donnent le nom de « cellules ». Le début de son mal remonte au mois de juin, où il ressentit pour la première fois des démangeaisons au ventre, correspondant à une éruption de boutons qui se transformèrent partiellement en petites pustules. Les organes génitaux étaient également le siège de démangeaisons, moins vives cependant qu'à l'abdomen. Au mois de novembre survint une inflammation aiguë de la face, avec rougeur et tuméfaction de la peau, accompagnée d'une sensation de cuisson dans les parties atteintes et d'une production de vésicules remplies d'un liquide séreux. L'affection gagna de proche en proche les oreilles, le cou, la nuque, ainsi que les parties supérieures du dos et de la poitrine, de sorte que le malade se vit contraint de cesser son travail au commencement de janvier 1902; il se fit admettre à l'hôpital le 23 du même mois.

A ce moment, on remarque que la peau des joues est sèche, rugueuse, légèrement squameuse et de couleur brunâtre. Le nez, le front et les tempes ont une coloration noirâtre particulièrement accentuée à la limite des cheveux, et due à d'innombrables comédons formant un piqueté noir. Au cuir chevelu, de multiples comédons occupent la majorité des glandes; il existe, en outre, quelques boutons d'acné avec pustulette centrale de laquelle émerge un cheveu. De nombreux comédons siègent à l'intérieur de la conque et à la partie supérieure des oreilles; la face postérieure du pavillon est recouverte d'une quantité de kystes sébacés de couleur blanchâtre, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de froment. A la nuque, les lésions ont un caractère différent et se présentent sous forme de boutons d'acné gros comme des pois ou des noyaux de cerise; ils sont si abondants, à la limite des cheveux, que la peau de la nuque est en cet endroit le siège d'une infiltration diffuse et profonde très douloureuse; si l'on comprime cette région entre les doigts, on voit sourdre une petite goutte de pus de trois ou quatre orifices distincts.

La peau du dos et des épaules est rude et donne au toucher la sensation de râpe. Tous les orifices glandulaires contiennent un petit comédon corné, légèrement saillant et de couleur brunâtre; sur la poitrine, au contraire, les comédons ne forment qu'un piqueté noir très fin, marquant chaque orifice glandulaire, mais ne faisant pas saillie. De nombreuses pustules d'acné sont parsemées sur la poitrine et entre les épaules.

Au ventre, l'orifice des glandes est recouvert de petits cônes cornés, brunâtres, râpeux au toucher. La peau des cuisses offre le même aspect. On y remarque de nombreuses taches brunâtres et même quelques cicatrices dues à d'anciennes pustules d'acné; des pustules fraîches sont disséminées sur toute la région. Des comédons énormes siègent à la face supérieure du fourreau de la verge; la face inférieure et le scrotum sont couverts d'innombrables kystes sébacés de couleur blanchâtre.

Les avant-bras présentent, à côté des comédons, les restes d'une dermatite diffuse localisée spécialement le long du bord cubital, et représentée par de minces squames et des croûtelles brunâtres fortement adhérentes.

Le malade séjourna pendant environ trois mois dans le service. L'acné de la nuque s'améliora rapidement sous l'influence d'un emplâtre à l'acide salicylique. Les lésions du dos, par contre, furent plus rebelles et se compliquèrent même d'un gros phlegmon entre les omoplates. Différents traitements furent essayés sans grand succès; la levure de bière, entre autres, n'eut aucun effet appréciable. Le meilleur résultat fut obtenu par l'usage quotidien de bains sulfureux, prolongés pendant plusieurs heures, et associés à l'administration de 3 grammes de soufre à l'intérieur en trois doses; on ne négligea pas, bien entendu, d'inciser les nouvelles pustules qu'on recouvrait ensuite d'un emplâtre antiseptique. A sa sortie du service, cet homme était entièrement débarrassé de son acné et de ses comédons.

Le second patient, âgé de vingt-huit ans, n'avait lui non plus jamais eu antérieurement d'affection cutanée; il travaillait dans l'usine en question depuis le mois de juin 1900, et avait été occupé pendant toute une année à transvaser la lessive de soude, sans en éprouver le moindre inconvénient. Le début de l'affection remontait au mois d'octobre 1901, époque à laquelle quelques pustules d'acné firent leur apparition sur la nuque. A partir de ce moment, les lésions envahirent rapidement le reste du tégument; cet homme se fit recevoir dans le service le 3 février 1902.

Le jour de son admission, il présente l'aspect suivant :

La face est légèrement bouffie, les paupières œdémateuses; la peau a une coloration noirâtre rappelant, selon la comparaison de M. Thibierge, l'effet produit par une décharge de poudre reçue à courte distance. Le front, les tempes, la face sont piquetés de petits points noirs correspondant aux orifices des glandes pilo-sébacées; en certains points, les comédons ont près de 1 millimètre de diamètre. Entre eux, la peau est sèche, rude, légèrement chagrinée. La surface de tout le corps est uniformément piquetée de comédons; sur le dos et la poitrine ceux-ci n'apparaissent que comme de fins petits points noirs; sur les cuisses et les mollets, ils sont beaucoup plus volumineux et atteignent souvent les dimensions d'une tête d'épingle. Ils sont de même très gros sur le fourreau de la verge; le scrotum est parsemé de kystes sébacés blanchâtres.

Aux avant-bras et à la face antérieure des cuisses se trouvent quelques placards d'eczéma sec en voie de guérison.

Sauf quelques petites pustules entre les épaules, la peau est indemne de manifestations inflammatoires.

Dans ces deux cas, l'état général était bon. Le premier malade accusait, il est vrai, de la fatigue et une certaine faiblesse, mais celle-ci provenait, à son avis, de l'insomnie prolongée causée par les douleurs qu'il éprouvait à chaque changement de position. Je n'ai pas non plus constaté de troubles notables de l'état général chez les autres sujets que j'ai eu l'occasion d'examiner.

II

Voyons maintenant comment on a tenté d'expliquer la production de cette affection cutanée si particulière.

L'électrolyse du chlorure de sodium se pratique, comme l'a déjà indiqué M. Thibierge, dans des cellules spéciales remplies de la solution de chlorure de sodium et immergées dans un bac plein d'eau. L'anode plonge dans la cellule, tandis que la cathode aboutit au bain extérieur. Si l'on fait passer le courant électrique, le chlore dissocié s'accumule vers l'anode, d'où il est aspiré par un tube collecteur. L'élément électro-positif, par contre, c'est-à-dire le sodium, s'achemine vers la cathode. Les parois de la cellule sont constituées par des diaphragmes

(1) K. Herxheimer. Ueber Chlorakne. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 fév. 1899.)

(2) G. Thibierge. Acné comédon généralisée. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, déc. 1899, p. 1076.)

(3) G. Thibierge et P. Pagniez. Nouveau cas d'acné chlorique. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, janv. 1900, p. 97, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 24.) — L'acné chlorique. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, juillet 1900, p. 815.)

(4) Rénon et Latron. Intoxication professionnelle par les vapeurs de chlore; acné chlorique et tuberculose pulmonaire. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 6 avril 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 123.)

(5) H. Hallopeau et Lemierre. Sur un nouveau cas d'acné chlorique. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, juin 1900, p. 756.)
H. Hallopeau. Sur la cause prochaine de l'acné chlorique et de sa coloration noire. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, nov. 1900, p. 1146, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 204.)
H. Hallopeau et P. Trastour. Continuation de la série des acnés chloriques. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, déc. 1900, p. 1240.)

(6) P. Fumouze. Dermatose chlorique électrolytique. (*Thèse de Paris*, 1901.)

(7) Brandt. Beitrag zur Chlorakne. (*Verhandlungen des 7. Congresses der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Breslau*, 1901.) — [Cité par Bettmann].

(8) Bettmann. « Chlor-Akne », eine besondere Form von professioneller Hauterkrankung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juillet 1901.)

poreux, qui empêchent les éléments dissociés de se combiner à nouveau. La fabrication se pratique dans de grands hangars très élevés et bien aérés, *où l'on perçoit à peine une légère odeur de chlore*. Les ouvriers qui travaillent dans ces hangars sont généralement peu atteints; les cas graves se produisent particulièrement dans les locaux réservés au nettoyage et à la mise en état des cellules.

On ignore, actuellement encore, la nature de l'agent toxique qui, prenant naissance au cours de ces opérations électrochimiques, provoque la formation des comédons. M. Herxheimer avait émis l'hypothèse que le chlore, absorbé à l'état gazeux par les poumons, est excrété par les glandes sébacées, d'où irritation de ces dernières et production de comédons. Cette hypothèse est cependant peu vraisemblable, car l'affection est inconnue dans les autres industries où l'on manipule le chlore. De plus, tous les auteurs qui se sont occupés de la question s'accordent à reconnaître que les émanations de chlore sont très faibles dans les usines électrochimiques.

L'opinion de M. Hallopeau est que deux substances concourent à la production de l'acné chlorique : l'une entraînerait l'inflammation et l'hypersécrétion des glandes sébacées; l'autre colorerait en noir la surface des comédons. La première de ces substances serait, de l'avis de M. Hallopeau, le chlore ou une de ses combinaisons; la seconde reste actuellement encore inconnue.

M. Thibierge est enclin à incriminer un agent chimique dont il ne précise ni la nature ni le mode de pénétration dans l'organisme, et qui aurait une action élective sur les glandes sébacées.

M. Fumouze, par contre, a mis en cause un corps déterminé, l'hypochlorite de soude. « Dans l'atelier, dit-il, se dégagent des vapeurs chaudes d'hydrogène, entraînant du sel et de la soude caustique et peut-être du chlorate de soude. Comme il y a dans l'atelier une atmosphère de chlore, celui-ci s'absorbe par la soude caustique et il se forme de l'hypochlorite de soude naissant. » Ce dernier se déposerait d'une part sur l'épiderme des ouvriers, revêtant ainsi la peau d'un vernis irritant, obstruant plus ou moins les orifices des glandes sébacées et causant de cette manière une inflammation locale; d'autre part, il pénétrerait dans l'organisme par les voies respiratoires et serait excrété en partie par les glandes sébacées dont il déterminerait l'inflammation.

En théorie, cette hypothèse est incontestablement fondée : si une atmosphère chargée de chlore contient de la soude caustique en suspension, il doit se former de l'hypochlorite de soude. Examinons un peu si elle se concilie avec les faits.

J'ai signalé plus haut que dans les ateliers de Rheinfelden l'odeur de chlore est si faible qu'on n'en est pas incommodé. Or, on sait qu'une atmosphère contenant plus de 0.04 ‰ de chlore irrite les bronches au point qu'elle est irrespirable. En outre, l'hydrogène formé à la cathode ne se dégage pas librement dans l'atelier, à Rheinfelden, mais est recueilli dans des conduites aboutissant hors du bâtiment; les vapeurs blanches s'échappant des bacs, et dont parle M. Fumouze, n'existent donc pas dans cette usine. Il ne se produit un dégagement de vapeurs qu'au moment où l'on soulève une cellule usée pour la remplacer; mais cette opération ne se fait que plusieurs heures après qu'on a arrêté l'électrolyse et, en général, après qu'on a soutiré la soude caustique qui remplit le bac. Ces vapeurs blanches sont constituées surtout par de la vapeur d'eau, ne contenant que peu de soude caustique en suspension. Du reste, et c'est là le fait principal, *l'hypochlorite de soude n'a été constaté qu'exceptionnellement et à l'état de traces dans l'atmosphère des ateliers;* de toutes façons il ne pourrait s'en former que des quantités minimes, correspondant à la faible proportion de chlore contenue dans l'air. Enfin, on ne doit pas oublier que l'hypochlorite de soude se décompose très rapidement en présence de corps organiques (dans le cas spécial, il entre en contact avec la sueur acide ou d'autres sécrétions cutanées), de sorte qu'il est difficilement admissible qu'il agisse comme tel sur les glandes sébacées. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il m'a été impossible de déceler la présence d'hypochlorite dans les comédons ou sur l'épiderme des ouvriers.

Si l'hypochlorite était véritablement en jeu, on pourrait, à la rigueur, admettre qu'il provoquât une dermite aiguë diffuse, mais on ne comprendrait pas facilement comment il pourrait être la cause d'une affection aussi éminemment chronique que celle qui nous occupe. Sans compter qu'on devrait, semble-t-il, observer une affection analogue chez les ouvriers travaillant le chlorure de chaux : ces ouvriers sont en contact intime avec l'hypochlorite de chaux, et si l'on tient compte de la grande analogie existant entre le sel de calcium et celui de sodium, le premier devrait vraisemblablement avoir aussi une certaine action irritante sur la peau. Ce n'est cependant pas le cas, et les ouvriers manipulant le chlorure de chaux sont indemnes.

Dans ces conditions, je crois que la théorie de l'hypochlorite est insuffisante à expliquer la production de l'acné chlorique.

III

Ainsi donc, ni le chlore lui-même, ni l'hypochlorite de soude ne me semblent pouvoir être légitimement considérés comme les causes de l'affection que nous étudions. Il m'a dès lors paru intéressant de chercher à déterminer la nature de l'agent pathogène réel de cette dermatite. Grâce à l'obligeance du directeur de l'usine de Rheinfelden, M. le docteur Wagner, qui a mis à ma disposition les matériaux nécessaires et m'a donné de précieux renseignements tirés de ses observations personnelles, j'ai pu entreprendre à ce sujet quelques recherches expérimentales.

Certains auteurs ayant suspecté la formation, pendant l'électrolyse, d'un composé chloré organique, suffisamment volatil pour se répandre dans l'atmosphère et intoxiquer les ouvriers occupés à vider et à nettoyer les cellules, j'ai recherché l'existence de ce prétendu corps dans les résidus de l'électrolyse, qui se présentent sous forme d'un liquide brun noirâtre à légère odeur aromatique, laissant déposer au bout d'un certain temps une boue noirâtre, tandis que la couche liquide est d'un jaune foncé et parfaitement limpide. Je me suis servi pour cela d'une caisse d'une capacité d'environ 200 litres, ayant les mêmes dimensions et la même disposition intérieure que nos cages à animaux, mais hermétiquement fermée. La ventilation était assurée par deux ouvertures dont l'une communiquait avec une trompe à eau qui aspirait l'air, l'autre étant réunie à un matras d'une capacité de 2 litres, fermé par un bouchon que traversent deux tubes de verre. Ce matras était à moitié rempli du résidu retiré d'une des cellules; la longueur des tubes de verre était réglée de telle sorte que l'air venant du dehors effleurât la surface du liquide avant d'arriver dans la caisse. Le matras était placé au bain-marie et chauffé à 70° pour favoriser la volatilisation du toxique hypothétique.

J'ai expérimenté l'effet de ces vapeurs successivement sur des rats, des lapins et des poulets. Les rats ont passé deux mois dans la caisse, sans paraître incommodés; à la fin de cette période, ils n'offraient pas trace de lésion cutanée. Il en fut de même de deux lapins qui firent un séjour d'un mois dans la caisse et qu'on retira parfaitement bien portants et sans lésions de la peau. Les poulets ne présentèrent pas non plus de lésion cutanée après un mois de séjour; mais ces animaux supportent mal la claustration; ils finissent par refuser la nourriture, si bien qu'au bout d'un mois j'ai dû interrompre l'expérience pour ne pas les laisser périr d'inanition.

Ces investigations ont donc eu un résultat négatif : il n'a pas été possible de produire artificiellement une lésion cutanée analogue à l'acné chlorique par le simple séjour dans une atmosphère imprégnée des émanations que l'on a considérées jusqu'à présent comme nuisibles.

Il fallait dès lors chercher ailleurs. Au cours d'une visite à l'usine, j'avais été frappé par le fait que les ouvriers le plus atteints sont ceux qui ont pour mission de détacher les diaphragmes constituant les parois des cellules et de les remplacer par des diaphragmes neufs. Ces diaphragmes sont cimentés à l'armature de la cellule, et, pour les détacher, il est nécessaire de faire sauter à coups de maillet et de ciseau à froid la couche de ciment qui recouvre les bords. Cette opération donne nécessairement naissance à beaucoup de poussière et les ouvriers qui en sont chargés sont recouverts d'une poudre grise extrêmement fine.

Etant donné que la face externe des cellules plonge pendant toute la durée de l'opération dans un bain de lessive de soude, il m'a paru vraisemblable d'admettre que le ciment ayant servi à fixer les diaphragmes était imprégné de soude caustique. Dans ces conditions, on pouvait se demander si cette poussière fortement alcaline n'exerçait pas une irritation locale permettant d'expliquer la production des comédons et des pustules d'acné.

L'hypothèse d'une action locale externe me paraissait du reste d'accord avec l'observation clinique. L'acné chlorique atteint son maximum d'intensité au niveau des régions découvertes, telles que la face et les avant-bras, et de celles qui sont le plus exposées aux frottements : nuque à l'encolure de la chemise, épaules, bord cubital des avant-bras, partie antérieure des cuisses et régions inguinales; d'ailleurs, le vêtement de travail des ouvriers ne consiste le plus souvent qu'en une chemise et un pantalon, tout à fait insuffisants pour protéger les parties couvertes contre la pénétration de poussières très fines. Il m'a donc semblé intéressant d'étudier l'effet des poussières de ciment provenant des cellules après l'opération.

J'ai commencé par me servir du ciment natif employé à fixer les diaphragmes. J'ai préparé avec ce ciment une bouillie liquide en y ajoutant de l'eau et un peu de glycérine pour empêcher qu'il ne se desséchât trop rapidement, puis j'ai frictionné la surface externe de l'oreille d'un lapin avec cette bouillie. L'opération fut répétée quatre fois en trois jours. Le soir du troisième jour l'oreille ne présentait qu'une irritation insignifiante.

J'ai alors refait la même expérience avec deux échantillons de ciment détaché des cellules, et dans les deux cas j'ai observé, après trois frictions, une violente inflammation du pavillon de l'oreille; la peau était rouge et tuméfiée, et des traces de grattage témoignaient de la sensation désagréable éprouvée par les animaux.

IV

Ces expériences donnent à l'hypothèse d'une irritation locale causée par les poussières de ciment un point d'appui indéniable; l'examen microchimique des comédons, pratiqué chez un de mes malades, confirme encore cette manière de voir.

Si l'on examine au microscope un comédon écrasé entre deux lamelles de verre, on constate que la couleur noire de la portion externe est due à des fragments noirs, amorphes, opaques, à bords irréguliers et de taille très diverse, dont la nature — en raison de leur résistance aux divers réactifs, tant acides qu'alcalis, employés même à chaud — ne paraît pas douteuse : ce sont des poussières de charbon.

Mais ces poussières ne sont pas seules contenues dans les comédons. Si l'on traite par

l'acide chlorhydrique concentré un comédon préalablement écrasé, qu'on le recouvre d'un couvre-objet et qu'on chauffe la lamelle jusqu'à l'apparition de bulles gazeuses, on ne note au premier moment rien de particulier; mais au bout d'une heure ou deux, on constate la formation de nombreux cristaux cubiques caractéristiques de chlorure de sodium, agglomérés pour la plus grande partie dans la portion colorée, c'est-à-dire externe, du comédon, rares et isolés dans les autres parties. Pour que des cristaux de chlorure de sodium puissent se former dans les comédons sous l'action de l'acide chlorhydrique, il faut que ces comédons contiennent de la soude caustique. Et il semble certain que celle-ci provient de l'extérieur, puisqu'elle se trouve presque exclusivement dans la portion externe du comédon.

La même expérience répétée avec de l'acide sulfurique concentré donne naissance à de gros cristaux irréguliers, mais rappelant suffisamment les cristaux de sulfate de soude; avec l'acide azotique on obtient une multitude de petits cristaux en fer de lance. Du reste, si l'on écrase un comédon sur une feuille de papier de tournesol rouge, il se produit immédiatement en cet endroit une tache bleu foncé.

J'ai, de plus, examiné une autre poussière. Le couvercle des cellules usées est recouvert à sa face inférieure d'une croûte brune que les ouvriers sont obligés de gratter lorsqu'ils nettoient la cellule. Cette substance, examinée au microscope, est composée de particules de charbon, d'oxyde de fer hydraté, de ciment et de petites parcelles cristallines. Triturée avec de l'eau, elle a une réaction neutre au tournesol. Si on l'épuise avec de l'eau et qu'on évapore le filtratum, on obtient une masse cristalline neutre, formée de longs cristaux rhomboédriques contenant du chlorure de sodium, du chlorate de soude, du silicate de calcium et une substance organique soluble dans l'éther, dont la nature reste encore à établir. J'ai expérimenté, de la même façon que pour le ciment, et avec cette poussière et avec les cristaux obtenus par évaporation du filtratum; or, j'ai pu me convaincre qu'ils n'ont ni l'un ni l'autre d'action irritante sur la peau. Cette poussière n'en est pas moins intéressante pour nous, en ce qu'elle nous indique la provenance des particules de charbon qui colorent en noir la partie externe des comédons.

V

Si l'on considère que, d'un côté, les recherches tendant à établir l'existence d'une combinaison volatile de chlore, capable de provoquer les lésions de l'acné chlorique, ont abouti à un résultat négatif, et que, de l'autre, on peut démontrer non seulement l'irritation locale produite par la poudre de ciment saturée de soude caustique, mais encore la présence de la soude caustique dans les comédons, on est autorisé à admettre, avec quelque apparence de raison, que la soude caustique joue un rôle important dans la production de l'acné dite chlorique.

Que si l'on objectait que la soude caustique produit plutôt une inflammation diffuse de la peau et ne cantonne pas son action aux glandes sébacées, nous répondrions qu'une dermatite plus ou moins intense des régions le plus exposées se rencontre dans la plupart des cas. Elle existait chez les deux malades que j'ai observés à l'hôpital; elle avait à ce moment-là dépassé la période aiguë, les patients ayant déjà cessé de travailler quelques semaines avant leur entrée à l'hôpital. Les autres sujets que j'ai pu examiner avaient de même eu, une ou plusieurs fois, de la rougeur et du gonflement de la peau du visage, avec tuméfaction des paupières et sensation de brûlure, ou de l'inflammation de la peau du cou ou des avant-bras.

En outre, s'il est possible de débarrasser la surface de l'épiderme de la poussière alcaline qui la recouvre, au moyen d'un lavage soigneux, ce lavage est par contre insuffisant pour débarrasser les orifices des glandes sébacées des grains de poussière qui y ont pénétré et y sont retenus par les corps gras; si bien que, de cette façon, ils peuvent produire une irritation locale des glandes sans agir sur les autres parties du tégument.

On pourrait aussi expliquer de la même manière l'acné observée par M. Bettmann chez les ouvriers occupés au nettoyage des tours à acide chlorhydrique : l'irritant local ne serait plus, dans ce cas, une base caustique, mais un acide.

Cette hypothèse d'une *irritation locale* des glandes sébacées n'exclut pas, à la vérité, la possibilité de l'action concomitante d'un composé chloré; mais, pour le moment, il n'existe pas de fait positif appuyant cette dernière manière de voir.

Dr A. Jaquet,
Ancien professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

MÉDECINE PRATIQUE

Application clinique de l'hémoalcalimétrie.

Faute d'une méthode satisfaisante pour la recherche de l'alcalinité du sang, l'hémoalcalimétrie est jusqu'ici restée confinée dans le domaine du laboratoire et n'a pas su conquérir droit de cité parmi les procédés d'exploration clinique. Ceux-ci exigent, en effet, une simplicité relative de technique alliée cependant à une certaine précision; or, si l'on passe en revue les procédés hémoalcalimétriques préconisés par les divers auteurs, on s'aperçoit que ces procédés répondent soit à l'un soit à l'autre de ces *desiderata*, mais que, d'une façon générale, l'un des deux est sacrifié à l'autre. J'ai été assez heureux pour voir appliquer à Philadelphie une nouvelle méthode hémoalcalimétrique qui m'a paru réunir les deux qualités de simplicité et de précision requises pour tout procédé clinique; il s'agit de la technique qui est employée au *Jefferson College Hospital* de Philadelphie par M. le docteur Arthur Dare.

Dans les méthodes actuellement en usage, l'alcalinité du sang est mesurée par la quantité d'acide nécessaire pour neutraliser les bases du sang, la fin de la réaction étant marquée par un « indicateur colorant », substance qui prend des couleurs variables suivant la réaction acide ou alcaline du milieu. C'est ainsi, par exemple, que le tournesol, bleu en milieu alcalin, vire au rouge quand le milieu devient acide. Or, c'est précisément l'emploi d'un pareil indicateur colorant qui constitue le point faible de ces procédés : le virage ne se produit pas toujours exactement au moment de la saturation de la base, et de plus, comment reconnaître avec précision l'apparition de la couleur rouge quand le liquide à essayer — le sang, dans le cas particulier — est lui-même de couleur rouge?

La méthode de M. Dare présente ceci de nouveau qu'elle supprime l'intervention de tout indicateur colorant. Elle est fondée sur la neutralisation des bases du sang par un acide — l'acide tartrique —, la fin de la réaction étant déterminée au moyen de l'examen spectroscopique du sang. On constate, en effet, au spectroscope, en ajoutant au sang, goutte à goutte, une solution titrée d'acide tartrique, que les bandes d'absorption caractéristiques de l'oxyhémoglobine (de même d'ailleurs que celles de la méthémoglobine et de l'hémoglobine oxycarbonée) disparaissent au moment précis où la réaction alcaline du sang fait place à une réaction neutre : si l'on continue alors à ajouter l'acide, on voit apparaître le spectre caractéristique de l'hémoglobine en solution acide. Pour se convaincre que cette réaction est fonction de l'alcalinité du sang et non de sa teneur en hémoglobine, il suffit de faire varier cette alcalinité par l'addition de quantités connues d'acide phosphorique ou de phosphate disodique; on se rend compte ainsi du parallélisme des phénomènes.

L'appareil dont se sert M. Dare est constitué par un tube à essai d'une contenance d'environ 3 c.c., dont l'extrémité supérieure, renflée en forme d'ampoule, est fermée par un bouchon en verre rodé à l'émeri. Ce bouchon est traversé par un tube à parois épaisses, mais à lumière capillaire, dont l'extrémité inférieure se trouve au centre du renflement ampullaire du tube à essai, tandis que son extrémité supérieure est effilée; quand on plonge cette dernière dans une goutte de sang obtenue par piqûre de la pulpe du doigt ou du lobule de l'oreille, le sang est aspiré en vertu de l'attraction, et comme la pipette est jaugée à 20 millimètres cubes (correspondant à 0 gr. 015 milligr. de sang normal), on opère toujours sur une quantité de sang constante et connue. On adapte alors à l'extrémité libre de la pipette une poire de caoutchouc, remplie d'eau distillée, à l'aide de laquelle on chasse l'échantillon de sang du tube capillaire dans le tube à essai, en laissant échapper l'air qui se trouve dans celui-ci grâce à un petit orifice dont est percé le renflement ampullaire du tube. On ajoute de l'eau distillée jusqu'à un trait de jauge marqué 0 et on agite, en ayant soin d'obturer avec le pouce le petit orifice de l'ampoule. La pipette d'eau distillée est ensuite remplacée par une pipette contenant la solution titrée d'acide tartrique. Après bien des essais, M. Dare s'est arrêté à une solution décinormale d'acide tartrique chimiquement pur, solution qu'il dilue au vingtième et qu'il additionne d'un huitième d'alcool pour empêcher le développement des moisissures; cette solution contient 0 gr. 30 centigrammes d'acide tartrique par litre. A l'aide de cette pipette, on ajoute progressivement la solution d'acide qui traverse le tube capillaire et va se mélanger au contenu du tube à essai. Si l'on a soin de n'ajouter l'acide que progressivement et de contrôler la réaction au spectroscope au fur et à mesure (il suffit d'un spectroscope de poche comme ceux dont on se sert en médecine légale), il arrive un moment où les bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine s'atténuent, puis disparaissent. L'alcalinité du sang se trouve alors neutralisée et l'on n'a plus qu'à lire, sur le tube préalablement étalonné, le degré de cette alcalinité évaluée en milligrammes de soude par 100 c.c. de sang.

On voit que ce procédé présente tout d'abord l'avantage de soustraire le sang à essayer à l'action de l'air, puisque pendant toute la durée de l'opération le liquide reste enfermé dans le tube à essai, obturé par le bouchon muni du tube capillaire. En outre, il participe de la précision inhérente à tout examen spectroscopique, et de plus il est exempt de l'inexactitude résultant de l'emploi d'un indicateur colorant; enfin, il est d'une exécution facile et rapide, chaque examen ne demandant que quelques minutes.

Cette méthode est encore trop récente pour avoir subi l'épreuve du temps; mais, dès maintenant, elle a fourni, entre les mains de M. Dare, un certain nombre de résultats intéressants. En dosant l'alcalinité du sang chez des individus normaux, notre confrère a constaté des variations physiologiques assez étendues. Chez des sujets mâles ayant 5 millions d'hématies et 7,000 leucocytes par millimètre cube, avec un taux d'hémoglobine normal, il a trouvé une alcalinité équivalant à 0 gr. 266 milligr. de soude par 100 c.c. de sang : 2 c.c. de la solution-type d'acide tartrique sont nécessaires pour saturer la quantité de sang aspirée par le tube capillaire. Le taux de l'hémoglobine étant assez souvent plus élevé, M. Dare considère comme normale une alcalinité correspondant à 0 gr. 292 milligr. de soude, résultats qui concordent assez bien avec ceux de M. von Jaksch et de M. Schultz-Schultzenstein, lesquels admettent tous deux que l'alcalinité du sang est normale quand elle varie de 0 gr. 260 à 0 gr. 300 milligr. de soude.

En comparant le degré d'alcalinité du sang avec la valeur globulaire, c'est-à-dire avec le chiffre qui indique la quantité d'hémoglobine

revenant à chaque hématie, M. Dare a constaté qu'il existait entre ces deux facteurs des relations pouvant fournir, dans certains cas, des renseignements diagnostiques très précieux en clinique. Le nombre des faits dont il dispose à l'heure actuelle n'est pas encore assez élevé pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes et définitives; cependant, l'intérêt qui s'attache à de pareilles observations nous engage à les rapporter ici.

Normalement, l'alcalinité sanguine et la valeur globulaire suivent des fluctuations parallèles. Il n'en est pas de même à l'état morbide.

Dans la fièvre typhoïde, il est de règle que la courbe de l'alcalinité sanguine descende au-dessous de celle qui exprime la valeur globulaire. Cette règle n'a souffert d'exception que dans 2 cas de diagnostic incertain: pour l'un, la réaction de Widal fut toujours négative; pour l'autre, on obtint l'agglutination, mais la température redevint normale dès le septième jour. Le fait important, c'est que cette discordance entre l'alcalinité sanguine et la valeur globulaire précède souvent l'apparition de la séroréaction; en tout cas, au moment où cette dernière est positive, elle-même existe toujours. Il semble donc que la comparaison des deux éléments — alcalinité et valeur globulaire — soit à même de fournir un élément important de diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.

Dans l'adénopathie tuberculeuse, on constate des conditions analogues aux précédentes, alors que dans la maladie de Hodgkins la valeur globulaire est parallèle ou supérieure à l'alcalinité sanguine. Il en est de même pour l'anémie pernicieuse et la leucémie; dans l'anémie secondaire et dans la chlorose, au contraire, la valeur globulaire correspond au taux de l'alcalinité ou le dépasse.

Dans les affections de l'estomac, l'étude comparative de l'alcalinité sanguine et de la valeur globulaire paraît également susceptible de fournir les éléments d'un diagnostic différentiel: l'ulcère s'accompagnerait plus particulièrement d'une chute de l'alcalinité, le cancer d'une diminution de la valeur globulaire.

Quant aux diabétiques, ils semblent se comporter à ce point de vue comme des individus normaux.

Un ensemble de faits intéressants se dégage donc de la comparaison de l'hémoalcalimétrie et de la valeur globulaire. Des études de contrôle auront à montrer l'importance des résultats ainsi obtenus; la simplicité du procédé hémoalcalimétrique que nous venons d'exposer facilitera ces recherches dans une large mesure.

Dr Francis Munch (de Paris).

Philadelphie, le 14 décembre 1902.

BULLETIN

L'air et le spray.

Par ce temps de reconstructions hospitalières — projetées, au moins —, tout ce qui touche à l'hygiène des salles de malades et des salles d'opération commande l'intérêt; l'aération figure au premier rang. Or, s'il est possible d'assurer, dans certaines limites, la pureté chimique de l'air, on n'en saurait dire autant de sa pureté bactériologique. L'air hospitalier est toujours imprégné de microbes. Quelle est l'abondance relative de ces microorganismes? Quel est leur degré exact de nocuité? Et quels moyens avons-nous de réduire leur nombre ou de les rendre inoffensifs?

Certes, la question ne se pose plus, comme elle se posait — théoriquement — aux débuts de la pratique listérienne, à l'époque du spray, et nous savons bien que les « germes de l'air » ne jouent qu'un rôle très secondaire. Pourtant il n'est pas inutile de chercher à le préciser, et cette teneur microbienne de l'air a été maintes fois étudiée.

Tout récemment, MM. Quénu et Landel en faisaient l'objet d'un mémoire important, lu à la Société de chirurgie de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 418). Bien entendu, les chiffres n'ont, en pareil cas, aucune valeur absolue, d'autant plus que la virulence a été, dans les recherches de ce genre, assez rarement déterminée; mais ils fournissent des indications générales fort intéressantes.

L'air d'une salle d'opérations aseptiques, même le matin, avant d'être habitée, recèle toujours un nombre assez notable de microorganismes; ce nombre devient triple au moment d'une intervention à laquelle assistent plusieurs personnes; il augmente d'autant plus que les assistants sont eux-mêmes plus nombreux; il reste plus élevé dans l'ambiance immédiate des assistants qu'au milieu de la salle, loin d'eux.

M. Heile, assistant de M. le professeur von Mikulicz, publiait, au commencement de cette année (1), les résultats très analogues qu'il avait obtenus à la clinique de Breslau; la salle d'opérations et de clinique (*Hörsaal*) reste close durant douze heures et plus: le nombre des germes en suspension dans l'air s'abaisse singulièrement; on en trouve quelques-uns seulement dans chaque boîte de Petri; l'expérimentateur se couvre alors, de la tête aux pieds, de vêtements stérilisés, pénètre seul dans la salle close, et, avec un linge également stérilisé, il y « fait autant de poussière » que possible: les microorganismes deviennent plus nombreux dans l'air, et chaque boîte en montre de 12 à 15. C'est peu de chose encore, car, dans cette même salle, quelques moments après, on opère, et vingt assistants sont introduits; du coup, la teneur en germes devient de 4 à 5 fois plus considérable.

Voilà un premier point avéré. Ce sont les «entrants» qui apportent avec eux la plus large part de microorganismes, sur eux-mêmes, leurs vêtements, leurs chaussures, etc. Et de curieuses expériences de M. Heile montrent encore avec quelle facilité certains microbes, le bacille pyocyanique, par exemple, se répandent dans l'air et se fixent aux vêtements, à la suite de pansements très simples et sans contact direct; vêtu d'une blouse stérilisée, avec de minutieuses précautions, en se servant de la pince et des ciseaux, sans toucher à la plaie, il faisait le pansement de plaies suppurées: tout de suite, la blouse, retirée, était enfermée dans une boîte stérilisée, et, par une méthode trop longue à exposer ici, on en pratiquait l'examen bactériologique; le pyocyanique s'y retrouva toujours.

Les transports sont donc innombrables et, ajoutons-le, pratiquement inévitables. Plus vous aurez « de monde » dans une salle d'opération, plus l'air se chargera de microorganismes, non seulement parce que les assistants en fournissent tous un contingent variable, mais parce qu'ils soulèvent la poussière. L'air contenu dans une pièce close s'épure par la seule action de la pesanteur, et telle est l'explication de certains résultats paradoxaux que tous les expérimentateurs ont signalés. MM. Quénu et Landel en donnent un exemple topique: dans une chambre isolée de suppurante, « vide, mais non désinfectée après le départ de la malade », le chiffre des germes aériens tombe à 27, alors qu'il est presque triple dans une salle d'aseptiques, habitée et mouvementée; or, dans la même chambre d'isolement, après un balayage à sec, le nombre des germes monte à 500 et 800; dix minutes après la cessation du balayage, il est, d'ailleurs, retombé à 190, et, quarante-cinq minutes plus tard, à 65.

Il faut en prendre son parti: tant que vous devrez réunir dans une salle d'opération un malade, un chirurgien, des aides, quelques assistants, vous aurez une atmosphère souillée de microorganismes. Le danger ne semble pas, d'ailleurs, bien réel. Dans une salle de la policlinique universitaire de Leipzig, M. Nöggerath (1) exposait des cobayes, ligottés sur le dos, et qui portaient à la paroi abdominale une large plaie superficielle: l'exposition durait deux heures, puis la plaie était couverte d'une compresse aseptique, et, d'heure en heure, on la rouvrait pour y puiser un peu de sérosité. Quels furent les résultats? Au début, à la suite de l'exposition, les microbes étaient en quantité médiocre dans la plaie; puis leur nombre augmentait jusqu'à la sixième, septième, huitième heure et, brusquement, à partir de ce moment, il se réduisait et devenait presque nul. Les cellules vivantes avaient eu le temps de réagir: elles prenaient le dessus. Tous les animaux guérissaient par première intention.

Ce qui peut devenir dangereux, ce n'est pas l'air et les germes qu'il tient en suspension, c'est la poussière, la grosse poussière, les particules et les débris de toute espèce qui la composent, et qui, vecteurs de microbes, réalisent, en fait, une des formes de l'infection par contact. C'est la poussière qu'il faut éviter, d'abord, par tous les moyens, ou, du moins, immobiliser, fixer par la détersion humide.

Quant à faire « l'antisepsie de l'air », l'entreprise paraît illusoire. MM. Quénu et Landel ont obtenu, du spray à l'eau oxygénée, des résultats qui surprennent: le chiffre des microorganismes subissait une diminution des trois cinquièmes et plus forte encore, si la salle n'était pas occupée. Il est malaisé de croire qu'un litre et demi d'eau oxygénée, pulvérisée à chaud dans un local de 120 mètres cubes, puisse avoir une pareille action réellement germicide; une de leurs expériences est bien suggestive, à ce point de vue: après un balayage à sec, on trouve dans l'air d'une petite salle une moyenne de 500 à 800 germes; un tiers de litre d'eau oxygénée est pulvérisé: on n'en trouve plus. Sont-ils détruits?...

Que l'eau oxygénée soit un antiseptique puissant, nul ne l'ignore aujourd'hui; encore faut-il que l'imprégnation et que la durée d'imprégnation soient suffisantes, et nous avons appris à nous défier de ces efficacités trop rapides et des sécurités trompeuses qu'elles font naître. Ce n'est pas un des moindres dangers de l'antisepsie, que de faire passer au second plan les moyens mécaniques et préventifs qui seuls restent positifs et sûrs. Avec des salles d'opérations septiques et aseptiques, et des salles de pansements, dûment séparées, bien construites, et susceptibles d'être lavées tout entières, avec une répartition bien entendue de la besogne hospitalière, avec une discipline rigoureuse appliquée à tous les détails, nous pourrons cesser, une fois pour toutes, de craindre l'air, et laisser le spray, même préopératoire, aux accessoires de la chirurgie d'hier.

(1) B. Heile. Experimentelles zur Frage der Operationshandschuhe, nebst Beiträgen zur Bedeutung der Luftinfektion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1902, XXXII, 3.)

(1) C. Nöggerath. Das Verhalten unmittelbar der Luft entstammender Keimformen in frischen Thierwunden. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1901, LVIII, 3-4.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 décembre 1902.

Traitement de l'appendicite.

M. Schwartz. — Ce qui complique la question du traitement de l'appendicite, c'est la difficulté qu'il y a parfois à reconnaître cette affection d'une façon certaine.

Lorsque le diagnostic est évident, je suis d'avis d'intervenir immédiatement pour les formes graves d'emblée, et à ce propos j'attache une grande importance à la faiblesse du pouls. Dans les autres formes, je suis partisan de l'expectation armée, et je laisse refroidir notamment les cas où l'on sent un plastron; je n'interviens que si l'existence d'un abcès peut être affirmée.

Dans ma statistique personnelle, 35 opéra-

tions d'urgence m'ont donné 29 guérisons et 6 morts; 72 interventions à froid ont été suivies de guérison; 4 cas accompagnés d'annexite ont été opérés également avec succès; 14 malades ont guéri de leur crise et n'ont pas été opérés; enfin 2 patients sont morts sans intervention chirurgicale, parce qu'ils étaient dans un état désespéré quand je les ai vus.

M. Jalaguier. — Depuis le 4 août 1900, j'ai observé 105 nouveaux cas d'appendicite; 100 malades ont été amenés à la résolution; 3 ont été opérés à chaud, avec 2 morts et 1 guérison, et 2 ont succombé sans intervention. En joignant ces 105 cas aux 136 que j'ai publiés antérieurement, j'arrive à un total de 241 observations d'appendicite aiguë traitée par l'expectation avec 7 morts seulement, soit une mortalité d'environ 3 %, bien inférieure à celle que donne l'intervention à chaud. Je reste donc partisan de la méthode d'expectation, qui m'a fourni des résultats supérieurs à ceux que j'avais obtenus auparavant en opérant à chaud.

Traitement des déchirures de la veine cave inférieure.

M. Albarran. — En dehors des 2 observations de M. Houzel et de M. Heresco (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 172 et 423), je connais un cas de ligature totale de la veine cave inférieure, dans lequel Lücke fit cette ligature sans s'en douter; le malade succomba à une embolie seize heures après l'opération. Il existe en outre, à ma connaissance, 2 observations de ligature latérale du même vaisseau, avec une guérison et une mort, et 4 de suture latérale, avec 2 guérisons et 2 décès qui paraissent dus à la longueur de l'acte opératoire. En présence de ces faits peu nombreux, il n'est pas encore possible de juger de la valeur comparée des trois méthodes de traitement — ligature totale, ligature latérale, suture latérale — que l'on peut appliquer aux déchirures de la veine cave inférieure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 décembre 1902.

Les suites éloignées de la méningite cérébro-spinale.

M. Widal fait remarquer, à propos de l'observation présentée au cours de la dernière séance par MM. Grenet et Moizard, que plusieurs fois déjà on a signalé l'existence de certains troubles nerveux (surdité, atrophie musculaire, paralysie incomplète, etc.) pouvant persister assez longtemps après la guérison de la méningite aiguë. L'orateur ajoute qu'il vient d'observer, avec M. Lemierre, un homme ayant eu il y a quatre ans une méningite cérébro-spinale suppurée, et qui, depuis cette époque, a été pris à différentes reprises de douleurs au niveau des lombes et des membres inférieurs. Lorsqu'il est entré à l'hôpital, voici quelques semaines, il souffrait de ces mêmes douleurs lombaires et d'une sciatique de la jambe gauche avec signe de Lasègue. La ponction lombaire révéla une lymphocytose légère, témoignant d'une irritation méningée persistante. Il est intéressant de rapprocher cette lymphocytose des troubles nerveux qui se renouvellent presque périodiquement depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis la guérison de la méningite cérébro-spinale aiguë.

Syphilide pigmentaire avec céphalée matutinale et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Thibierge montre une jeune femme qui a contracté la syphilis il y a dix-huit mois, et qui présente quelques particularités intéressantes : c'est, en premier lieu, une syphilide pigmentaire, remarquable par l'étendue et la disposition des taches qui occupent les parties postérieure et latérale du cou, ainsi que les régions pré-axillaires; il existe, en second lieu, chez cette malade, une céphalée plus accusée le matin, offrant tous les caractères de la céphalée neurasthénique; et, enfin, la ponction du canal rachidien a démontré l'existence d'une lymphocytose légère. Il est probable que l'irritation méningée que dénote cette lymphocytose n'est pas étrangère à la céphalée dont la malade souffre depuis plusieurs mois. Il n'existe pas jusqu'à présent d'autres signes d'une affection des centres nerveux : la motilité et la sensibilité sont intactes et les réflexes sont normaux.

Néphrites interstitielles bilatérales consécutives aux lésions traumatiques d'un seul rein.

M. Castaigne relate, au nom de M. Rathery et au sien, un certain nombre de faits cliniques et expérimentaux qui prouvent que des néphrites interstitielles doubles peuvent succéder à la lésion traumatique d'un seul rein (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 273).

La conclusion qui se dégage de ces observations, c'est qu'en présence de néphrites chroniques de cause inconnue, on doit toujours rechercher si une lésion traumatique antérieure de l'un des reins n'a pas été le point de départ de ces affections; et, en outre, que l'on ne doit pas considérer le rein flottant, l'hydronéphrose, etc., etc., comme des accidents purement locaux et qu'il faut s'empresser d'y porter remède, sous peine de voir survenir ultérieurement les complications irrémédiables de la néphrite chronique bilatérale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 décembre 1902.

Cytologie du sang et des urines dans un cas d'hématochylurie tropicale.

MM. Labbé et **Bernard.** — Chez un sujet venant de l'île Maurice, qui était atteint d'hématochylurie, un premier examen du sang fait dans la matinée a montré de l'éosinophilie (6 %). Cette éosinophilie n'ayant pas été retrouvée ultérieurement, on peut supposer que sa disparition a coïncidé avec la mort de la filaire du sang qui, en général, ne résiste pas longtemps lorsque le malade se transporte dans nos climats.

D'autre part, l'examen cytologique des urines a montré une leucocytose très nette composée presque exclusivement de lymphocytes et de mononucléaires. Si l'on ajoute qu'il y avait, en outre, un très petit nombre de polynucléaires, des globules rouges et de la graisse émulsionnée dont les analyses chimiques ont démontré l'origine alimentaire, on voit que l'on retrouvait dans ces urines les éléments du chyle (mononucléaires et graisse) et ceux du sang (globules rouges et leucocytes poly et mononucléaires). Ce fait mérite donc bien d'être classé sous le nom d'*hématochylurie*.

Imperméabilité méningée au mercure au cours du traitement hydrargyrique.

MM. Launoy et **Leroux.** — Nous avons recherché depuis quelque temps d'une façon systématique, par la méthode électrolytique, le mercure dans le liquide céphalo-rachidien de 6 tabétiques recevant une injection hebdomadaire de 0 gr. 05 centigr. de calomel en suspension huileuse.

Chez ces 6 malades, pour lesquels le nombre des piqûres s'élevait respectivement à 7, 12, 16, 19, 46 et 74, nous n'avons jamais trouvé trace de mercure.

Ces observations prouvent que, chez des sujets atteints d'irritation méningée parfaitement nette (lymphocytose) et soumis au traitement hydrargyrique par un sel insoluble — dont l'élimination est, on le sait, très lente —, la membrane arachnoïdo-pie-mérienne reste imperméable au mercure.

M. Sicard dit avoir recherché également la présence du mercure dans le liquide céphalo-rachidien de 3 tabétiques soumis au traitement spécifique par les injections d'huile grise et les frictions d'onguent napolitain; cette recherche est toujours restée négative. L'imperméabilité des méninges aux sels de mercure paraît donc un fait acquis. Ces observations semblent justifier l'emploi d'injections sous-arachnoïdiennes de sels solubles de mercure, injections qui ont été utilisées avec succès à l'étranger dans quelques cas de syphilis des centres nerveux.

Sur les lésions du foie au cours de la cirrhose hypertrophique.

M. Géraudel. — Dans deux cas de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, malgré une évolution de plusieurs années (six ans pour l'un, trois ans et demi pour l'autre), l'examen des coupes en série a montré l'intégrité absolue des voies biliaires. Il n'y avait ni angiocholite, ni périangiocholite, et les nodules glissoniens (nodules inflammatoires) étaient nettement indépendants des voies biliaires. Il semble donc impossible, d'après ces constations, pour expliquer la sclérose ainsi que l'ictère chronique, d'invoquer, comme l'ont fait MM. Gilbert et Lereboullet, une lésion biliaire préalable; d'où cette conclusion que le terme de cirrhose biliaire ne saurait être appliqué à cette catégorie de faits. L'ictère, dans ces cas, doit être rapporté à la cellule hépatique; il est fonction de l'élément sécréteur, non du canal excréteur, de l'hépatite, non de l'angiocholite.

Cirrhose de Hanot et leucémie à « Mastzellen ».

M. Bigart. — La leucocytose signalée par Hanot et Meunier au cours de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique est considérée généralement comme une polynucléose. Dans un cas que je viens d'observer, cette leucocytose se présentait, en effet, comme telle sur les préparations colorées au triacide, mais après coloration au bleu de Unna j'ai pu compter 20.6 % de *Mastzellen*. La présence, en aussi forte proportion, de ces cellules, dont le sang normal ne renferme que 0.5 % et dont l'augmentation numérique n'a été signalée dans aucune maladie, ne peut pas être considérée comme une réaction banale d'infection. Il semble qu'il s'agisse ici non pas d'une leucocytose, mais d'une forme de leucémie. On sait que déjà plusieurs auteurs (Popov, Chauffard) pensent que, dans certains cas de cirrhose de Hanot, les lésions des organes hématopoiétiques peuvent être primitives. Cette conception, qui cadre bien avec la symptomatologie de la maladie, paraît trouver sa confirmation dans le fait que je viens de relater.

Sur le rôle des parasites du rat dans la transmission de la peste.

MM. Gauthier et **Raybaud** (de Marseille) adressent une note de laquelle il résulte que, dans cinq expériences, ils ont pu obtenir la transmission de la septicémie pesteuse en plaçant sur un animal inoculé des puces recueillies sur des rats de ville ou de navire et en exposant ensuite un animal sain à la piqûre des parasites ainsi infectés.

Par contre, on n'a pu réaliser cette transmission par l'intermédiaire des petits acariens dont les rats sont souvent porteurs, ni par la simple cohabitation d'animaux sains avec les animaux infectés.

MM. Castaigne et **Rathery** communiquent la relation de faits cliniques et expérimentaux tendant à démontrer que la bordure en brosse des *tubuli contorti* ne disparaît que dans les cas de lésions très destructives du rein.

M. P. Carnot et **Mlle Deflandre** adressent une note sur les résultats d'expériences prouvant que le foie fixe en plus grande quantité les corps gras d'origine animale (beurre) que les huiles végétales, ce qui permettrait de conclure à la supériorité alimentaire de la cuisine au beurre sur la cuisine à l'huile.

M. Audibert (de Marseille) envoie une note relative au rôle des éosinophiles : ces éléments serviraient à combattre les poisons du sang et des tissus et, d'une façon générale, à neutraliser dans l'économie les substances nuisibles au bon fonctionnement des organes.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 décembre 1902.

Le traitement chirurgical local de certaines maladies générales.

M. Lexer fait une communication dans laquelle il passe en revue les affections générales susceptibles d'un traitement chirurgical local. On peut diviser ces maladies en trois groupes : celles où la plaie renferme une quantité de poison incapable de s'accroître; celles où il s'agit d'une affection bactérienne qui, dans certaines

conditions, peut devenir générale; celles, enfin, où l'infection se généralise toujours.

Dans la première catégorie rentrent surtout les morsures de serpents venimeux. Pour les faits de ce genre, l'orateur donne la préférence à l'emploi du bistouri sur les cautérisations au moyen du thermocautère ou des agents chimiques; il préconise l'ouverture large, voire l'excision, de la plaie, et cela même lorsque l'on a à sa disposition du sérum antivenimeux; il a eu l'occasion de traiter ainsi avec succès, à la clinique de M. von Bergmann, 3 cas de morsures de vipère.

Dans le second groupe se rangent les infections par le charbon et les divers microbes de la suppuration. En ce qui concerne plus spécialement le charbon, M. Lexer se déclare adversaire du traitement local; il se contente de faire un tamponnement serré à la gaze iodoformée, et repousse absolument les cautérisations et sondages de la plaie qui ne peuvent que favoriser la diffusion de l'infection. Quand on renouvelle le tampon, il faut éviter de le détacher brutalement, mais l'enlever peu à peu, en l'arrosant d'eau oxygénée.

Enfin, à la troisième série de maladies appartiennent le tétanos, la rage et la morve. Dans le tétanos, étant donnée l'insuffisance de la sérothérapie, on doit accorder le plus grand soin au traitement local, élargir ou exciser la plaie, parfois amputer le membre; pour la rage, il convient, sans négliger la cure pastorienne, de pratiquer l'excision de la plaie, de même que dans la morve où toutefois la rapide généralisation de l'infection par la voie lymphatique laisse peu d'espoir de succès.

Amputation du sein avec cicatrice cachée.

M. Bröse préconise — avec présentation de malades à l'appui — un procédé d'ablation de la glande mammaire pour tumeur bénigne, qu'il a imaginé dans le but d'obtenir une cicatrice aussi peu apparente que possible. Au lieu du lambeau ovalaire habituel, on fait une incision placée exactement sur le bord inférieur du sein, puis, repoussant celui-ci vers le haut, on extirpe la glande par la fente ainsi produite. Le pli cutané qui résulte de cette intervention ne tarde pas à se remplir de graisse, au point de simuler un sein normal, sans compter que la cicatrice ne devient visible que lorsqu'on soulève fortement cette masse adipeuse.

Excision du centre psycho-moteur pour épilepsie jacksonienne.

M. Fedor Krause montre un homme de trente ans qui, dix années après avoir eu une hémiplégie droite avec hémianopsie, au cours d'une néphrite, commença à être frappé d'attaques d'épilepsie jacksonienne, lesquelles se répétaient trois ou quatre fois par jour dans les derniers temps, précédées d'une aura sensitive et débutant toujours par la main gauche pour se propager ensuite à la face, puis au membre inférieur. Pensant à un kyste intracrânien, on fit la trépanation le 14 octobre dernier, mais, comme on ne trouvait rien, on enleva toute la zone psychomotrice.

A la suite de cette intervention survint une hémiplégie gauche totale, sensitive et motrice, dont toutefois il ne reste plus actuellement que des traces. Depuis lors, les attaques épileptiques ne se sont plus reproduites, mais le délai est encore bien court pour qu'on puisse parler de guérison; de toutes les opérations de ce genre que l'orateur a faites, il n'en est qu'une qu'il considère comme lui ayant donné un succès définitif, car la guérison se maintient depuis neuf ans.

Autoplastie articulaire au moyen de lambeaux cutanés.

M. Gluck décrit un procédé qu'il a imaginé afin d'éviter la récidive après les opérations pour ankylose, et qui consiste à revêtir les extrémités articulaires de petits lambeaux de peau. Les résultats que donne cette méthode ne sont pas toujours durables, mais les divers moyens proposés pour atteindre le même but (prothèse à la paraffine, à la celloïdine) sont encore plus infidèles. L'orateur présente plusieurs malades (ankylose temporo-maxillaire ou de l'articulation du genou) qu'il a opérés de la sorte avec succès.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 décembre 1902.

Sur la diazoréaction d'Ehrlich.

M. Boddaert. — Le mémoire qui fait l'objet de ce rapport contient l'exposé des nouvelles recherches de M. Zunz (de Bruxelles) sur la diazoréaction, sujet déjà étudié par cet auteur il y a plus de deux ans (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 282).

Après avoir signalé qu'il n'a pu constater la diazoréaction chez des lapins ayant reçu des injections de cultures typhiques, M. Zunz fait connaître que bon nombre de corps chimiques, ajoutés à l'urine, rendent celle-ci capable de donner la diazoréaction; il cite notamment la résorcine, la codéine, le salol, l'acide salicylique et le salicylate de soude, les sels de quinine, la digitaline, le naphtol, la créosote, etc., etc.

De ces faits, il résulte que l'importance de la diazoréaction d'Ehrlich se limite au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde et au pronostic de la tuberculose pulmonaire. Il semble toutefois exagéré à M. Zunz de prétendre, ainsi que le fait M. Michaëlis, qu'un tuberculeux qui présente la diazoréaction ne peut pas être amélioré par la cure de sanatorium: il ajoute cependant que 60.28 % des tuberculeux à diazoréaction positive qu'il a observés sont morts en six mois, dont 49.32 % au cours des trois premiers mois, tandis que 37 78 % seulement des tuberculeux à diazoréaction négative sont décédés pendant le même laps de temps.

La diazoréaction constitue un des premiers symptômes de la rougeole. Elle plaide en faveur de l'origine tuberculeuse de certaines affections (péritonite, pleurésie, néphrite, etc.). Elle apparaît assez souvent dans l'érysipèle, sans entraîner nécessairement un pronostic fâcheux. Elle rend, au contraire, le pronostic des carcinomes et des sarcomes (surtout abdominaux) fort sombre; au cours de la pneumonie, de la pleuropneumonie, du pyothorax, elle n'indique guère qu'un trouble du métabolisme; enfin dans les affections cardiaques elle est un indice de gravité.

L'auteur a antérieurement attiré l'attention sur une nouvelle réaction, la *diazoréaction jaune alcaline* — l'écume de l'urine additionnée d'acide diazobenzolsulfonique, jusqu'alors incolore, devient jaune lorsqu'on y ajoute de l'ammoniaque —, qu'il avait observée dans un cas de néphrite et dans un cas de pneumonie croupale. M. Guillemin semble avoir parfois rencontré aussi cette réaction dans la fièvre typhoïde. M. Zunz a depuis lors retrouvé cette réaction dans un cas de tuberculose pulmonaire assez avancée, dans un second cas de néphrite, dans un second cas de pneumonie croupale, dans 3 cas de bronchite.

La diazoréaction jaune alcaline dépend probablement de la présence, dans l'urine, de phénols ou de corps dont la molécule renferme un ou plusieurs radicaux phénols. L'urine contient dans ces cas beaucoup de phénols et donne parfois la diazoréaction d'Ehrlich après avoir été débarrassée au préalable d'une partie de ces composés par l'alcool amylique. Dans aucune des nouvelles observations relatées par l'auteur, l'urine ne renfermait de sang ni de bile. La diazoréaction jaune alcaline n'est pas toujours accompagnée d'une élévation de température; sa signification clinique éventuelle est encore à élucider.

A propos des lésions vasculaires dans la paralysie générale.

M. Heger fait un rapport sur un travail de M. Mahaim (de Lausanne), dans lequel cet auteur modifie quelque peu les conclusions de son précédent mémoire sur l'importance diagnostique des lésions vasculaires dans la paralysie générale, conclusions qui ont été combattues par M. Havet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 263 et 1902, p. 255): il déclare que l'infiltration cellulaire autour de la gaine des petits vaisseaux de l'écorce grise est non pas pathognomonique de la méningo-encéphalite chronique diffuse, mais seulement à peu près constante dans cette affection.

Dr KEIFFER.

LETTRES DE CHINE

(*De notre correspondant particulier.*)

Shanghaï, 25 novembre 1902.

La médecine européenne en Extrême-Orient.

Je ne sais point si c'est un résultat de mon accoutumance au pays que j'habite depuis plus de treize ans; mais je ne trouve plus guère de nouvelles susceptibles d'intéresser les lecteurs de la *Semaine Médicale*. A force de vivre parmi les Chinois je suis devenu sceptique vis-à-vis des efforts de quelques-uns d'entre eux pour s'assimiler la science européenne. Et quand j'entends parler de l'inauguration solennelle de quelque Université ou simplement de quelque petite Ecole de médecine conforme aux *desiderata* des Occidentaux, l'expérience m'a appris à considérer pareille nouvelle comme une manifestation spasmodique d'un consul désireux de se prévaloir de son zèle pour l'influence française, ou encore de missionnaires cherchant à étendre leur autorité sur les indigènes par l'intermédiaire de la thérapeutique. Au bout de six mois il n'y a en général plus rien, ou bien quelque hangar servant de refuge à des mendiants affamés, venus là pour se faire nourrir bien plus que pour se faire soigner. Jusqu'à nouvel ordre, il est sage de se méfier des articles d'un optimisme exagéré publiés par nos organes coloniaux sur notre influence toujours grandissante en Extrême-Orient et développée de plus en plus par nos médecins du cadre des colonies.

Pour faire quelque chose ou seulement tenter quelque chose de durable en Chine, il faudrait des médecins d'une instruction technique égale au moins à celle d'un ancien interne des hôpitaux de Paris, d'un dévouement sans bornes, prêts à tous les sacrifices, à toutes les abnégations, etc., bref, des hommes à tempérament d'apôtre au lieu de simples employés dépendant de l'administration centrale, à la merci du moindre consul et pouvant être arbitrairement déplacés du jour au lendemain. Sauf le regretté docteur Dethève, qui s'était fait une grosse situation *personnelle* à Tien-Tsin par son dévouement que rien ne rebutait et par son inlassable zèle, je crois qu'aucun des chefs de nos missions médicales en Chine n'est parvenu à se créer une gloire même locale. Et le docteur Dethève est mort à la tâche, il y a quelques années.

La gravité actuelle des maladies épidémiques à Shanghaï.

Par suite des événements politiques qui ont poussé vers Shanghaï une foule d'aventuriers anxieux d'être parmi les premiers à se partager le cadavre de la Chine, nous nous trouvons ici dans un encombrement de plus en plus regrettable, 3 ou 4 familles vivant entassées (à cause de la cherté des loyers) dans des maisons à peine suffisantes pour un seul ménage. Naturellement, l'hygiène urbaine s'en ressent, et, à côté des maladies endémiques habituelles, les médecins se trouvent avoir à lutter contre les infections usuelles dans les taudis surpeuplés des vieilles cités d'Europe.

C'est ainsi que la scarlatine, bénigne autrefois, est devenue tout à coup assez commune et maligne. La diphtérie, qui jadis n'existait point *cliniquement* et n'était pas plus grave que les autres angines, alors même que l'examen bactériologique y révélait la présence du bacille de Klebs-Löffler associé ou non avec des streptocoques, la diphtérie, dis-je, a pris subitement de la gravité et, pour la première fois depuis plus de treize ans, j'ai dû faire une trachéotomie il y a trois semaines et risqué de très près d'en pratiquer une seconde quelques jours plus tard. J'ai été également forcé tout dernièrement de faire plusieurs injections de sérum antidiphtérique, lesquelles m'avaient jusqu'ici paru tout à fait superflues dans le milieu où j'exerce.

Le « foung-sha » ou rougeole volante des Chinois.

Nous avons aussi comme endémie de nombreux cas de fièvre dengue, suivant l'appellation usuelle, mais beaucoup moins graves que la véritable fièvre dengue. Je la désignerai de pré-

férence sous son nom chinois de *foung-sha* (rougeole volante). Dans un cas typique, voici ce qu'on observe :

La fièvre assez soudaine monte à 38° ou 40°; il y a de la congestion de la face et des yeux, puis apparaissent des rougeurs sur le cou et les avant-bras, rappelant un peu la scarlatine, ou mieux encore certains *rash* pré-varioliques. En même temps survient de l'érythème de la bouche, du pharynx et du larynx avec toux quinteuse consécutive. Le patient se plaint d'une céphalalgie frontale *fort intense* et de photophobie, de douleurs dans les membres, la nuque et la colonne vertébrale, plus violentes que dans la plupart des maladies fébriles. On observe aussi une certaine tension avec gonflement douloureux des téguments de la main, que les malades ont de la peine à serrer fortement pour « faire le poing ». Ces phénomènes durent de vingt-quatre à quarante-huit heures, puis disparaissent, parfois avec accompagnement de quelques phénomènes critiques, tels que forte sudation ou diarrhée. Tout paraît alors terminé et beaucoup de sujets se croient déjà tout à fait guéris lorsque se fait vers le cinquième jour une nouvelle poussée fébrile, fort légère en général, suivie quelques heures plus tard d'une éruption morbilleuse (d'où le nom chinois de rougeole volante) visible surtout à la paume des mains et sur les avant-bras et disparaissant en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Assurément cette maladie ressemble d'assez près à la dengue et je ne vois rien d'excessif à la considérer comme une dengue atténuée, ainsi que le font la plupart de mes confrères. Je crois pourtant qu'il s'agit bien d'une maladie spéciale et différente, car ; 1° elle est beaucoup moins contagieuse que la fièvre dengue véritable; 2° et surtout elle n'entraîne vraiment aucune convalescence pénible, ni prostration, ni douleurs articulaires sérieuses et la plupart des patients se remettent à leur travail dès le troisième ou le quatrième jour, avant même la deuxième éruption. Si atténuée qu'elle soit, je doute qu'on puisse prendre de telles libertés avec la dengue véritable.

Enfin, je dirai quelques mots de la rage à Shanghaï, pour signaler les résultats peu encourageants que donnent ici les inoculations pastoriennes contre cette maladie. Mais il n'y a rien là qui soit imputable aux deux médecins attachés au Laboratoire de Shanghaï : c'est l'infection qui est bien plus grave dans ce pays qu'en Europe.

Dr E. Blanc.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Contribution à la recherche du bacille d'Eberth dans les eaux, par M. Busquet.

Si la théorie de la propagation hydrique de la fièvre typhoïde est assez généralement acceptée, il faut reconnaître que la recherche du bacille d'Eberth dans les eaux incriminées, en cas d'épidémie, est loin de donner toujours des résultats positifs. Un fait observé par M. Busquet semble de nature à jeter un certain jour sur cette apparente contradiction.

Au cours d'une petite épidémie ayant frappé 56 hommes d'un bataillon de zouaves, et ayant entraîné 10 décès, l'auteur fut naturellement amené à étudier la pureté de l'eau servant à l'alimentation du quartier militaire où était caserné ce bataillon. Il put reconnaître que cette eau était vraisemblablement souillée par des infiltrations, et qu'en un point où la conduite qui la contenait formait une courbe, le fond de cette courbe était rempli d'un dépôt vaseux, surmonté d'eau claire. Or, tandis que l'analyse bactériologique démontra que l'eau elle-même avait une teneur peu élevée et ne renfermait aucun bacille pathogène, le bacille d'Eberth fut au contraire facilement isolé du sédiment boueux sous-jacent. Et ce fait a remémoré à M. Busquet que, sur 984 analyses bactériologiques d'eaux, qu'il a eu à faire antérieurement en des points très divers, 5 seulement lui donnèrent des résultats positifs : or, dans ces 5 cas, l'eau mise en culture contenait une quantité plus ou moins considérable de dépôt boueux.

En présence de ces constatations, l'auteur est d'avis que les microorganismes, surtout quand il s'agit d'eaux tranquilles (puits), doivent subir une véritable sédimentation, de sorte que, pour être probante, ce n'est pas seulement sur l'eau des couches superficielles ou moyennes que l'analyse doit porter, mais aussi sur celle des régions plus profondes, ainsi que sur la vase avec laquelle elle est en contact. Pour recueillir dans la profondeur l'échantillon destiné à l'analyse, il propose de se servir d'un entonnoir en fer-blanc, de 250 c.c. de capacité, dont la tubulure est fermée par un bouchon et qu'on introduit la pointe en bas; une fois cet appareil descendu jusqu'au point où on veut effectuer le prélèvement, on le remplit par agitation, puis on le remonte doucement; il suffit d'enlever au bout de quelque temps le bouchon et de faire écouler dans un récipient stérilisé le sédiment qui s'est déposé dans la partie tubulée, et avec lequel on fera les ensemencements. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, juillet 1902.) — F. F.

La hanche bote ou coxa vara des adolescents, par M. R. Picqué.

La coxa vara des adolescents peut être rapprochée du pied plat valgus douloureux, l'évolution de ces deux affections comprenant une période initiale de simple gêne fonctionnelle, une période douloureuse ou de contracture, et enfin une période d'état ou de déformation osseuse, caractérisée par une attitude vicieuse durable.

L'étude de toutes les pièces qui ont servi de base à l'histoire anatomo-pathologique de la coxa vara et l'examen des radiographies montrent le col du fémur infléchi en bas et aussi en arrière; les rapports entre les surfaces articulaires de la tête et du cotyle se trouvent modifiés par cette déformation du col, et, tandis que celui-ci devient intra-acétabulaire dans sa partie interne, la portion inférieure du revêtement cartilagineux de la tête perd ses rapports de contiguïté avec la margelle cartilagineuse de l'os des iles. Or, chaque fois que de pareilles modifications se produisent dans une articulation, il en résulte une véritable ostéo-arthrite. Celle-ci a été décrite par de nombreux auteurs pour le pied plat valgus douloureux; à la hanche elle ne nous est connue que par les symptômes douloureux et les contractures qu'elle entraîne.

Au point de vue étiologique, on voit parfois les malades rapporter le début de la *coxa vara* à un trauma léger, tel qu'un faux pas ou un choc direct, mais, le plus souvent, la maladie se développe insidieusement et sans cause appréciable. L'auteur pense qu'il faut restreindre le rôle étiologique des traumatismes, ceux-ci ne pouvant intervenir, d'après lui, qu'en provoquant l'éclosion du syndrome clinique, alors que la déformation anatomique est déjà en voie d'évolution latente.

Plusieurs théories pathogéniques ont été émises pour expliquer le développement de la hanche bote. Les uns adoptent ici simplement la théorie du *rachitisme tardif*, défendue par M. von Mikulicz pour le genu valgum, mais cette hypothèse, déjà discutable dans son ensemble, paraît inconciliable avec les faits observés à propos de la hanche bote. M. Kocher a décrit à ce propos des lésions mixtes d'ostéomalacie et de rachitisme, insistant sur les modifications de la statique, et dénommant l'affection « une maladie professionnelle de la période de croissance ». Dans la théorie mécanique de M. Jaboulay, on admet que, pour la hanche bote comme pour la tarsalgie, il existe une déformation congénitale, qui, bilatérale, permet à l'équilibre de se maintenir, tandis que l'inégalité et la dissymétrie des deux membres inférieurs sont la conséquence d'un excès d'inclinaison de l'un des cols fémoraux par rapport à l'autre fémur; cette inégalité, si elle est peu accentuée, n'engendrera pas d'accidents, mais si, au contraire, elle est très marquée, il en résultera des modifications de la statique, qui exagéreront le défaut originel développé d'un seul côté, et l'arthrite s'installera comme dans le pied plat valgus, avec les mêmes conséquences.

Le traitement de la hanche bote des adolescents doit consister d'abord dans le repos au lit et l'extension; plus tard, une ostéotomie sus-condylienne pourrait à la rigueur corriger une déformation trop accentuée. (*Rev. de chir.*, juillet 1902.) — M. C.

Le sang dans la blennorrhagie aigue, par M. J. Sabrazès.

La blennorrhagie affectant dans nombre de cas les allures d'une maladie générale, il était naturel de se demander si cette infection n'est pas susceptible de retentir sur la composition du sang, d'autant que l'énorme déperdition de globules blancs par l'écoulement uréthral paraît *a priori* devoir entraîner une perturbation de l'équilibre leucocytaire.

C'est dans le but d'élucider ce point que l'auteur a institué des recherches sur 3 sujets atteints de blennorrhagie aiguë, non traitée et strictement gonococcique, ou du moins sans association microbienne notable; ces malades, examinés à jeun, étaient en outre exempts de toute autre tare pathologique; les deux premiers étaient respectivement au septième et au sixième jour de leur infection; chez le troisième, la chaudepisse, vieille de deux semaines environ, s'accompagnait depuis quarante-huit heures d'orchi-épididymite aiguë.

Dans ces trois cas, M. Sabrazès a noté une hyperleucocytose notable, portant surtout sur les polynucléés neutrophiles, dont le nombre était de deux à trois fois plus élevé qu'à l'état normal : 10,561, 11,408 et 13,710 par millimètre cube, au lieu de 4,200 environ. L'écoulement contenait aussi en grande abondance les mêmes éléments, soit à l'état presque pur (dans les 2 cas les plus récents), soit associés à des éosinophiles et à des lymphocytes (chez le malade avec complication d'orchi-épididymite).

En ce qui concerne le nombre des globules rouges et la teneur en hémoglobine, les chiffres étaient normaux, sauf chez le dernier patient, qui présentait un très léger degré d'anémie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 juillet 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'occlusion de l'intestin à la limite du duodénum et du jéjunum, par M. Th. Walzberg.

On sait qu'à la suite d'interventions chirurgicales pratiquées sur l'abdomen, sous la narcose chloroformique, on voit parfois se déclarer un syndrome excessivement grave, caractérisé par des vomissements bilieux répétés et tenaces, par de la matité et du ballonnement de la région hypogastrique, un pouls rapide, etc. Ce tableau clinique serait presque toujours sous la dépendance d'une dilatation aiguë de l'estomac avec occlusion duodéno-jéjunale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 6). Les lavages fréquents de l'estomac, associés à des injections de morphine, suffisent souvent pour faire disparaître les accidents en question. C'est ainsi que M. Walzberg a pu obtenir la guérison complète dans 8 cas de gastrectasie post-opératoire (interventions pour cholélithiase, myomotomies, ovariotomies) avec symptômes d'occlusion intestinale. Mais dans un neuvième fait du même genre, le traitement s'est montré impuissant à empêcher l'issue fatale.

Il s'agissait, dans cette dernière observation, d'une femme de vingt-sept ans, qui, au septième mois de la grossesse, fut prise de douleurs dans l'abdomen avec frissons et hyperthermie. Néanmoins, tout rentra bientôt dans l'ordre et la patiente accoucha à terme, sans assistance médicale. Un mois environ après la délivrance, elle éprouva de nouveau des douleurs intenses au niveau de la région hépatique, avec vomissements, syncopes et sudation abondante. Le thermomètre marquait 40°6, et dans l'urine on trouva de l'albumine en quantité, ainsi que des cylindres granuleux et hyalins. Le soir même, la température tomba à 36°8, en même temps qu'on constatait une augmentation graduelle du volume du foie. Au bout de quelques jours, on nota, dans l'hypocondre droit, la présence d'une tumeur sphérique, grosse comme un poing, et fluctuante. Une laparotomie montra qu'il s'agissait d'un abcès hépatique; le pus une fois évacué, on institua un drainage. Les suites opératoires ne présentèrent d'abord rien d'irrégulier; mais, vers le soir du deuxième jour, la malade commença à vomir de la bile; deux lavages de

l'estomac firent cesser ces vomissements. Toutefois, au cinquième jour, on constata, en renouvelant le pansement, une dilatation excessive de la cavité gastrique, dont les contours se dessinaient nettement à travers la paroi abdominale : la grande courbure de l'estomac descendait jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. La température restait normale, le pouls était petit. Malgré les irrigations fréquentes de la cavité stomacale et l'emploi de lavements nutritifs, cette femme finit par succomber neuf jours après l'intervention, les vomissements ayant, d'ailleurs, cessé vingt-quatre heures avant la mort.

A l'autopsie, on constata une dilatation énorme de l'estomac et de la portion avoisinante du duodénum; l'intestin grêle et le gros intestin, vides et ratatinés, se trouvaient refoulés dans le petit bassin. Le duodénum était distendu jusqu'au niveau de la racine du mésentère, lequel, ayant subi une tension considérable par suite de la ptose de toute la masse intestinale, avait déterminé une constriction énergique du duodénum, à la limite qui sépare cette portion du tube digestif d'avec le jéjunum.

Dans un autre cas, où il s'agissait d'une femme de quarante-trois ans à laquelle on fit une laparotomie exploratrice pour tumeur inopérable de la vésicule biliaire, les vomissements, après avoir résisté aux lavages de l'estomac et aux injections sous-cutanées de morphine, cessèrent complètement dès qu'on eut changé la position de la malade dans son lit, en la faisant coucher sur le côté droit.

En ce qui concerne la pathogénie de cette variété particulière d'occlusion intestinale, M. Walzberg serait porté à attribuer un rôle important à la longueur anormale du mésentère. Au point de vue du diagnostic, il attire principalement l'attention sur l'apparition relativement tardive des vomissements, sur les intervalles de temps considérables qui séparent les accès, sur la cicatrisation régulière de la plaie et l'état normal du pouls et de la température, ainsi que sur la dilatation de l'estomac avec absence de vomissements fécaloïdes, ce dernier signe permettant d'exclure l'hypothèse d'une occlusion intestinale siégeant plus bas. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — L. CH.

Forme particulière d'hyperplasie sénile, hémorrhagique, leucocytaire, de la muqueuse utérine, par M. S. GOTTSCHALK.

Les hémorrhagies survenant après la ménopause sont le plus souvent imputables à un néoplasme; aussi nous paraît-il intéressant de signaler les deux faits relatés par M. Gottschalk, d'autant que le diagnostic, même à l'examen histologique, ne fut pas sans présenter de difficultés.

Chez deux femmes veuves, âgées respectivement de cinquante-six et de soixante et un ans, survinrent, plusieurs années après la ménopause, des hémorrhagies et des douleurs sous forme de coccygodynie. L'utérus était peu volumineux, l'état général assez bon, mais l'exploration digitale de la cavité utérine permettait de reconnaître, vers le fond de l'organe, une saillie sessile, hémisphérique, lisse, un peu molle, d'un diamètre légèrement supérieur à celui d'une pièce de cinquante centimes. On fit tout d'abord un curettage pour enlever cette petite tumeur, puis on pratiqua l'hystérectomie, dans la crainte qu'il ne s'agît d'un sarcome.

Sous le microscope, on rencontrait dans les couches superficielles du néoplasme, au milieu d'un tissu conjonctif en voie de nécrose, des nodules circulaires formés par des cellules embryonnaires et entourés d'une membrane propre; quelques-uns d'entre eux présentaient une lumière centrale, simplement bordée par une couche plus dense de leucocytes. Dans les couches plus profondes on retrouvait des leucocytes semblables, irrégulièrement infiltrés au milieu du tissu conjonctif.

Quant à l'utérus, la seule anomalie qu'il présentât était l'épaississement de sa muqueuse et la dégénérescence de la paroi moyenne de ses vaisseaux : leur friabilité avait occasionné en maints endroits des extravasations sanguines. Dans les glandes s'étaient infiltrés de nombreux leucocytes, ordonnés plus ou moins concentriquement; l'épithélium glandulaire avait disparu et il ne restait plus que la paroi propre; la lumière centrale se voyait encore dans les points où les leucocytes étaient peu nombreux.

Cette dernière constatation permettait de supposer que les nodules circulaires observés dans la petite tumeur de la muqueuse n'étaient autre chose que des glandes bourrées de leucocytes. La dégénérescence des vaisseaux avait donc entraîné la nécrose du tissu cellulaire et cette énorme diapédèse de cellules embryonnaires, soit dans les mailles conjonctives soit dans l'intérieur des glandes. L'uniformité du type et de la structure des leucocytes, d'une part, la rareté des formations nodulaires dans le sarcome, d'autre part, semblaient finalement exclure la possibilité d'un sarcome de la muqueuse. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le chlorure de sodium contre la peste.

Au cours de l'été dernier, un médecin militaire portugais, M. le docteur J. J. Fragoso, détaché à Diu (Indes portugaises), a eu l'occasion d'essayer dans un assez grand nombre de cas de peste un traitement basé sur l'emploi du chlorure de sodium. Notre confrère administre ce médicament soit par la voie buccale, sous forme d'une solution contenant 8 grammes de sel de cuisine pour 300 grammes d'eau de menthe poivrée, à prendre en quatre ou cinq fois, soit — pour éviter la diarrhée assez intense que provoque d'ordinaire cette solution — sous forme d'injections hypodermiques; il se sert alors d'une solution à 5 % dans de l'eau distillée tiède et filtrée, et il en injecte 22 c.c. en deux fois. On peut, d'ailleurs, obvier plus simplement aux effets purgatifs du chlorure de sodium absorbé *per os* en l'additionnant d'un peu de gomme arabique; on formulera, par exemple, le sirop suivant :

Chlorure de sodium...........	8 grammes.
Sucre..........................	67 —
Eau............................	35 —

dans lequel on ajoutera :

Mucilage de gomme arabique.	20 grammes.
Essence de menthe poivrée....	V gouttes.

Ces doses sont parfaitement supportées par des enfants de dix à quinze ans; pour les adultes on peut les augmenter en tenant compte non seulement de la gravité du cas, mais aussi de la vigueur du patient.

L'action de ce traitement se manifesterait surtout par l'abaissement rapide de la température, qui se produirait souvent au bout de vingt-quatre heures et arriverait à l'hypothermie trois ou quatre jours plus tard; puis, en continuant l'usage du chlorure de sodium, on verrait bientôt la température redevenir normale et le malade entrer en convalescence. Quant aux bubons, parfois ils diminuent de volume ou même disparaissent sous l'influence du sel de cuisine; mais dans d'autres cas ils se développent chez des patients qui se trouvent en pleine période hypothermique ou ont déjà recouvré une température normale.

En ce qui concerne les résultats de la médication chlorurée, notre confrère a vu, dans le village de Podamo, la mortalité, qui était jusque-là de 50 %, tomber à 34.6 %, grâce à l'emploi des préparations salées; voire que sur 47 malades ayant dépassé la première période quand fut institué le nouveau traitement, 2 seulement succombèrent. Au cours d'une autre petite épidémie locale ayant frappé 8 individus, il n'y eut que 2 décès.

A Brancavará, un autre médecin militaire portugais, M. le docteur V. Andrade, signale que, sous l'influence du même mode de traitement, la mortalité a baissé de plus de 12 % (43.1 % au lieu de 55.3 %); mais il a dû renoncer à l'usage du chlorure de sodium, en raison de l'intensité des phénomènes diarrhéiques qu'il provoquait chez ses malades.

En somme, d'après M. Fragoso, toutes les fois que le sel de cuisine est administré à temps, et à dose suffisante, la température baisse, les bubons diminuent rapidement, et le malade entre en convalescence au bout de quelques jours.

La ponction lombaire contre les douleurs névralgiques anciennes consécutives au zona.

On sait que les injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne ont été appliquées avec succès au traitement de certains phénomènes douloureux, tels que le lumbago chronique, le zona, la névralgie sciatique, etc. (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 246). Or, au cours de recherches sur la lymphocytose rachidienne dans le zona, M. le docteur J. Abadie, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été à même de se convaincre que, en ce qui concerne tout au moins les névralgies zostériennes, la simple ponction lombaire avec évacuation de quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien est aussi efficace que la cocaïnisation médullaire. Chez une jeune femme atteinte de zona scapulo-huméral et hospitalisée dans le service de M. le docteur Pitres, professeur de clinique médicale à ladite Faculté, M. Abadie ne fit pas, pour des raisons particulières, d'injection de cocaïne et se borna à évacuer 20 c.c. environ de liquide céphalo-rachidien. Les jours suivants, il ne fut pas peu surpris de voir, chez cette malade, l'éruption se flétrir rapidement, en même temps que les douleurs ne tardèrent pas à cesser.

Depuis lors, notre confrère a eu l'occasion de traiter de la même manière deux nouveaux cas de douleurs névralgiques zostériennes remontant respectivement à cinq et à six mois. Là encore la simple évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien (18 c.c. dans un cas et 25 c.c. dans l'autre) a suffi pour amener la disparition complète et définitive des phénomènes douloureux.

Les trois malades en question présentaient une hypertension du liquide céphalo-rachidien; aussi la quantité de ce liquide retirée par chaque ponction a-t-elle été quelque peu supérieure à celle qu'on soustrait normalement.

Le salol dans le traitement de la dysenterie.

D'après l'expérience d'un médecin militaire russe, M. le docteur P. Masaïev, l'emploi du salol constituerait un moyen très efficace contre la dysenterie. Notre confrère associe ce médicament à l'opium et au sous-nitrate de bismuth, en prescrivant des cachets contenant chacun :

Salol	}
Sous-nitrate de bismuth...	} 0 gr. 30 centigr.
Bicarbonate de soude......	}
Poudre d'opium...........	0 gr. 015 milligr.

S'agit-il de la période initiale de la dysenterie, on commence par administrer au patient un purgatif (de préférence de l'huile de ricin), puis on lui donne, tous les jours, 3 ou 4 des cachets formulés ci-dessus. En même temps, on l'engage à garder le lit, et on n'autorise qu'une alimentation exclusivement liquide. Dans les cas où l'affection date déjà de quelques jours, on prescrit les cachets, sans les faire précéder d'un purgatif.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs et le ténesme ne tarderaient pas à diminuer, et les selles redeviendraient normales au bout de quelques jours.

Le lavage de l'estomac dans la position déclive.

Dans les cas de gastrectasie par sténose du pylore, il arrive parfois que le lavage de la cavité gastrique, tel qu'on le pratique habituellement, soit impuissant à assurer l'évacuation complète du contenu stomacal. Or, il est des circonstances où il importe d'obtenir ce résultat; il en est ainsi notamment pour les interventions chirurgicales sur l'estomac, l'écoulement plus ou moins abondant de contenu gastrique risquant de compromettre les suites opératoires. Afin d'écarter tout danger de ce genre, M. le docteur C. Neck, chirurgien adjoint de l'hôpital civil de Chemnitz, a recours au procédé suivant : il commence par faire le lavage de l'estomac suivant la technique habituelle, le patient étant couché horizontalement; puis, lorsque le liquide ressort tout à fait clair et que la cavité gastrique semble déjà complètement vidée, il fait placer le malade en position déclive, le bassin fortement relevé, ce qui amènerait un nouvel écoulement de contenu gastrique. La sonde doit être retirée très lentement, de façon à ne rien laisser dans la cavité stomacale.

22e ANNÉE. — N° 1. Vingt centimes le numéro. 1er JANVIER 1902.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE. — La tuberculose latente des amygdales et des végétations adénoïdes, par M. le docteur S. Jankelevitch 1

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Sur un procédé de cautérisation du globe oculaire, destiné à remplacer l'énucléation chez les enfants 6
De l'influence de l'hérédité et de la dégénérescence en obstétrique 6

Société médicale des hôpitaux. — Intoxication saturnine grave chez des ouvriers employés à la fabrication des accumulateurs 6
Cholémie familiale à forme hémorrhagique 6
Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses 6
Diagnostic précoce de la fièvre typhoïde par la constatation du bacille d'Eberth dans le sang 6

Société de biologie. — Sur les fibres qui passent par la commissure antérieure de la moelle 7
De l'utilité du sérum de cheval pour prévenir l'infection des plaies 7
Mode de formation des globules rouges chez les vertébrés inférieurs 7

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — La tuberculose verruqueuse de la peau, et ses rapports avec la tuberculose bovine 7
Les anomalies thoraciques comme causes prédisposantes de la tuberculose pulmonaire 7

Académie de médecine de Belgique. — Sur la pathogénie de la maladie du sommeil 7
Sur la toxicité de la morphine chez les jeunes animaux 8

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Un procédé pratique pour faciliter l'introduction de la sonde stomacale 8
Dangers de l'emploi de l'acétate de plomb en injections vaginales chez la femme enceinte 8
Emploi du chloroforme pendant la période d'expulsion, en vue de protéger le périnée d'une manière efficace 8
Traitement du ptérygion par le massage 8
L'introduction directe de purgatifs dans l'intestin au cours des interventions pour péritonite septique 8
Traitement des kératites suppurées par la lumière solaire 8

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acétate de plomb en injections vaginales et ses dangers pendant la grossesse 8¹
Amygdales et leur tuberculose latente 1¹
Angine à spirilles et bacilles fusiformes 7¹
Anomalies thoraciques et tuberculose pulmonaire 7²
Bacille typhique et sa présence dans le sang des dothiénentériques 6³
Bleu de méthylène contre l'angine à spirilles 7¹
Cathétérisme de l'estomac et sa technique 8¹
Cautérisation ignée de la cornée chez les enfants 6¹
Chloroforme à la période d'expulsion 8²
Cholémie familiale à forme hémorrhagique 6²
Commissure antérieure de la moelle et fibres qui y passent 7¹
Déchirures du périnée et moyen de les prévenir 8²
Dégénérescence en obstétrique 6²
Fièvre typhoïde et bacille d'Eberth dans le sang 6³
Hématies et leur mode de formation 7¹
Intoxication saturnine grave chez des ouvriers fabriquant des accumulateurs 6²
Kératites suppurées 8³
Lumière solaire contre les kératites suppurées 8³
Maladie du sommeil et sa pathogénie 7²
Maladies infectieuses et manifestations appendiculaires 6³
Manifestations appendiculaires au cours de maladies infectieuses 6³
Massage contre le ptérygion 8²
Morphine et sa toxicité chez les animaux nouveau-nés 8¹
Ptérygion 8²
Purgatifs et leur introduction directe dans l'intestin au cours de la laparotomie 8³
Sérum de cheval pour prévenir l'infection des plaies 7¹
Traitement de l'angine à spirilles 7¹
— de la tuberculose latente des amygdales et des végétations adénoïdes 1¹
— — verruqueuse de la peau 7¹
— des kératites suppurées 8³
— du ptérygion 8²
Tuberculose animale et sa transmissibilité à l'homme 7¹
— latente des amygdales et des végétations adénoïdes 1¹
— pulmonaire et anomalies thoraciques 7²
— verruqueuse de la peau 7¹
Végétations adénoïdes et leur tuberculose latente 1¹

CORRESPONDANCE

A propos de la percussion du cœur.

Le numéro du 18 décembre 1901 de la *Semaine Médicale* contenait un article posthume du professeur Potain, où, comparant la mensuration du cœur obtenue par la percussion et par la radiographie, l'auteur fut amené à parler des résultats que j'ai publiés.

Pour juger de l'importance de la zone que permet de délimiter la méthode que j'ai fait connaître — zone dont ne tient pas compte le procédé de C. Paul, auquel il se rallie —, le professeur Potain « après avoir recueilli un certain nombre de tracés où étaient inscrites à la fois et la ligne hépato-apexienne [méthode de C. Paul-Potain] et la limite vraie du bord droit du cœur [d'après mon propre procédé], mesura les surfaces inscrites à l'aide du planimètre d'Amsler. Le résultat fut que la portion laissée en dehors du tracé par la méthode de C. Paul était presque toujours sensiblement 1/28 de la surface totale de la matité, *et c'est le résultat auquel M. Cassaët est arrivé de son côté* ».

Si la différence était aussi faible, il est certain qu'il ne serait pas très utile de s'astreindre à délimiter exactement le bord droit du cœur; mais l'étendue de la surface adjointe par mon procédé est tout autre que celle que signale le professeur Potain. J'ai écrit, en effet, dans mon « Précis d'auscultation et de percussion », à la page 595 et comme légende à la figure 135, les mots suivants : *Nouveau graphique de la matité cardiaque, augmentant la surface obtenue par le procédé de Potain de 23 % environ.* On voit, d'après ce document, que j'estimais déjà, il y a trois ans, que la surface du cœur laissée en dehors du tracé par le procédé C. Paul-Potain était équivalente, non pas à 1/28, comme le dit ce dernier, mais presque à 1/4 de la matité totale, ce qui a une tout autre valeur. C'est là une erreur si considérable qu'elle ne peut provenir que de la plume de l'auteur (*lapsus calami*), et je crois être d'autant plus en droit de l'affirmer que, lorsque j'eus l'honneur d'en discuter avec le professeur Potain lui-même, j'insistai sur la relation de ces surfaces, et que ce fut l'énorme portion de matité laissée insoupçonnée par le procédé de C. Paul qui le frappa surtout.

Dr E. CASSAET,
Professeur agrégé à la Faculté de medecine de Bordeaux.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Gilbert, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Léon Krynski, privatdocent de médecine opératoire, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur R. Göbell est nommé privatdocent de chirurgie.

NÉCROLOGIE

MM. les docteurs Blaise, professeur de pathologie médicale, Gémy, professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, et Bourlier, professeur de thérapeutique à l'Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Ossian Bonnet, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Nicolás Homs y Pascuets, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Barcelone. — M. le docteur Hans Hensen, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Lesslie M. Sweetnam, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toronto.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Brower (D. R.) et **Wells** (H. G.). A periendothelioma of the dura mater involving the cranial nerves. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Hektoen (L.). The extension of aortic aneurisms into and between the walls of the heart, and dissecting aneurisms of the heart. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Envahissement des parois du cœur en cas d'anévrysme de l'aorte, et anévrysmes disséquants du cœur.

Heyn (A.). Ueber disseminirte Nephritis bacillaris Tuberculöser ohne Nieren - Tuberkel. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 1.) — De la néphrite bacillaire disséminée des phtisiques sans tubercules dans les reins.

Martin (Ch. F.). On some undescribed lesions in lymphosarcomatosis. (Hodgkin's disease). (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.)

Oppel (W. von). Ueber die Regeneration der Deckzellen am Epicard und Endocard. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 1.) — De la régénération des cellules de revêtement de l'épicarde et de l'endocarde.

Pollack (K.). Ueber Knochenbildungen in der Lunge. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 1.) — Des formations osseuses dans le poumon.

Scudder (Ch. L.). Double ureter of the right kidney, one ureter ending blindly; acute symptoms; operation; death; autopsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Uretère double du rein droit, avec terminaison en cul-de-sac de l'un des deux conduits.

Spitz (R.). Zur Kenntniss der leukämischen Erkrankung des Centralnervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.) — Lésions leucémiques des centres nerveux.

Thomas (J.). Cholesteatomata of the brain. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.) — Cholestéatomes du cerveau.

Ware (M. W.). Gonorrhœal myositis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Watanabe (R.). Ueber die Erkrankungen der Lymphbahnen der Lunge bei chronischer Bronchitis. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 1.) — Des lésions des vaisseaux lymphatiques des poumons dans la bronchite chronique.

Ziegler. Ueber das mikroskopische Verhalten subcutaner Brüche langer Röhrenknochen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.) — Recherches microscopiques sur les fractures fermées des os longs.

MÉDECINE

Abadie (J.). La ponction lombaire (sa technique, sa valeur thérapeutique et diagnostique). (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14, 21 et 28 juillet.)

Barbé (H.). Un cas de purpura apyrétique à ecchymoses géantes (maladie de Werlhof). (*Bull. méd. de l'Algérie*, juillet.)

Bard (L.). Recherches expérimentales et cliniques sur la pression intrapleurale dans le pneumothorax. (*Rev. de méd.*, juin et juillet.)

Barjon et **Cade**. Formule cytologique spéciale des pleurésies par infarctus chez les cardiaques. (*Province méd.*, 6 juillet.)

Baudouin (F.). Un cas d'angine de Vincent évoluant au cours d'une syphilis primaire; difficultés du diagnostic différentiel. (*Touraine méd.*, juillet.)

Bernard (R.). Sur une forme de pleurésie adhésive d'emblée au début de la tuberculose pulmonaire. (*Lyon méd.*, 30 juin et 14 juillet.)

Bonnet (L. M.). Dermatomyosite. (*Lyon méd.*, 7 juillet.)

Bouveret (L.). Sur l'hypertrophie du cœur dans la néphrite aplasique. (*Lyon méd.*, 7 juillet.)

Bradshaw (T. R.). On the evolution of myelopathic albumosuria. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet.)

Buchanan (W. J.). Three unusual cases of cerebrospinal fever. (*Lancet*, 13 juillet.)

Casella (P.). Kyste hydatique du foie ouvert dans un abcès sous-phrénique, dans le poumon et les voies biliaires. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Ceconi (A.). Sulle modificazioni di volume del fegato nella polmonite, rilevabili con l'esame fisico. (*Clinica moderna*, 10 juillet.)

Charvet (J.). Des hémoptysies non tuberculeuses. (*Province méd.*, 20 et 27 avril, 4, 18 et 25 mai, 1er, 8, 15, 22 et 29 juin, 6, 13 et 20 juillet.)

Chastang. Quelques considérations sur la nature de la fièvre climatique, à propos de cas observés à bord. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Copeman (A. H.). Headache. (*Lancet*, 20 juillet.) — La céphalalgie.

Cséri (J.). Der gegenwärtige Stand der Enteroptose-Frage. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 et 13 juillet.) — L'état actuel de nos connaissances sur l'entéroptose.

De Luca (B.). Studio clinico sulla cardioptosi (morbo del Rummo). (*Riforma med.*, 8 et 9 juillet.)

Edsall (D. L.). A critique of certain methods of gastric analysis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

Ferrannini (L.). Ancora sulle cardiopatie eredofamiliari e congenite. (*Riforma med.*, 23 et 24 juillet.)

Filippi (E.). Un nuovo ureometro clinico del prof. G. Bufalini. (*Clinica moderna*, 24 juillet.)

Freund (O.). Zur Methodik des Peptonnachweises im Harn und in Fäces. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 6 juillet.) — Technique de la recherche des peptones dans les urines et dans les fèces.

Frisch (E.). Dysphagie durch Oesophagus-Dilatation als Folge eines Carcinoma ventriculi bei offener Cardia. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 13 juillet.)

Germani (A.). Intorno ad un caso di poliorromenite decorrente sull'inizio col quadro della febbre tifoidea. (*Policlinico*, 27 juillet.)

Haig (A.). The capillary reflux and what we learn by observing it. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Hartwell (J. A.). Empyema. (*Med. News*, 13 juillet.)

Hawthorn (E.). Méningite cérébro-spinale métapneumonique à pneumocoques. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Ingelrans. Le poumon chez les cardiaques. (*Echo méd. du Nord*, 28 juillet.)

Jancsó (O.). Ueber den Werth der Diazoreaktion. (*Pest. med.-chir. Presse*, 30 juin, 7 et 14 juillet.) — La valeur de la diazoréaction.

Jolles (A.). Ersatz für die Kjeldahl-Bestimmung im Harn für klinische Zwecke. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 27 juillet.) — Un procédé de détermination du taux de l'azote dans les urines, destiné à remplacer le procédé de Kjeldahl.

Jones (T.). Arterio-sclerosis. (*Gaillard's Med. Journ.*, juillet.)

Karfunkel. Bestimmungen der wahren Lage und Grösse des Herzens und der grossen Gefässe durch Röntgenstrahlen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 3-4.) — Détermination de la position et des dimensions du cœur et des gros vaisseaux au moyen des rayons de Röntgen.

Krokiewicz (A.). Przyczynek do nauki o tetniaku aorty. (*Gaz. lekarska*, 11 et 18 mai.) — Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte.

Lépine (R.) et **Boulud**. Note sur la détermination des divers principes sucrés qui peuvent exister dans l'urine diabétique. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Lüthje (H.). Casuistisches zur Klinik und zum Stoffwechsel des Diabetes mellitus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 3-4.) — Le diabète sucré au point de vue de la clinique et des échanges organiques.

Moraczewski (W. von). Indikanurie, Oxalurie und Diabetes. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 juillet.)

Poliakov (V.). Un cas d'appendicite accompagné de pneumonie à staphylocoques (en russe). (*Méd. Obozr.*, juillet.)

Riesman (D.). Primary tuberculosis of the pericardium. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bechterev (V. von). Ueber die psychischen Schluckstörungen (Dysphagia psychica). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.)

Binet-Sanglé (Ch.). De l'état des réflexes chez les syphilitiques [deuxième mémoire]. (*Journ. de neurol.*, 5 juillet.)

Binetti (G.). Contributo allo studio delle nevrosi professionali. (*Gazz. degli Osped.*, 7 juillet.)

Bruns (L.). Zur Casuistik der infantilen progressiven spinalen Muskelatrophie von familialem resp. hereditärem Charakter. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.)

Crocq (J.). Les effets de la ligature de la moelle cervico-dorsale chez les animaux. (*Journ. de neurol.*, 5 juillet.)

Guidi (G.). La nevrastenia autosuggestiva. (*Riv. mens. di neuropatol. e psichiatr.*, juillet.)

Guiteras (R.). Sexual neurasthenia in the male; a plea for a more accurate use of the term; treatment of the true form with citation of cases. (*Med. News*, 13 juillet.) — La neurasthénie sexuelle vraie chez l'homme et son traitement.

Krauss (W. C.). Masturbational neuroses. (*Med. News*, 13 juillet.)

Lannois (M.) et **Carrier** (H.). Délire mélancolique chez une dégénérée à malformations multiples (pince de homard, etc.). (*Lyon méd.*, 14 juillet.)

Long (E.) et **Wiki** (B.). Un cas de syndrome d'Erb (paralysie bulbaire asthénique) suivi d'autopsie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Minor (L.). Zur Pathologie der traumatischen Affectionen des unteren Rückenmarksabschnittes: das Gebiet des Epiconus. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.) — Les lésions traumatiques du segment inférieur de la moelle épinière.

Müller (L. R.). Weitere Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des unteren Rückenmarksabschnittes. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.) — Nouvelles recherches sur la pathologie et l'anatomie pathologique du segment inférieur de la moelle épinière.

Näcke (P.). Ein Beitrag zur gegenseitigen Beeinflussung der Geisteskranken (Fall von « musikalischer Infection »). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.) — Contribution à l'influence qu'exercent les psychopathes les uns sur les autres : un cas d' « infection musicale ».

Ossipow (V.). Ein Fall von angeborenem partiellem Haarmangel in Beziehung zur Haarempfindlichkeit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.) — Un cas d'alopécie congénitale partielle considéré au point de vue de la sensibilité des cheveux.

Roux. Contribution à l'étude étiologique de la méralgie paresthésique; un cas de méralgie se reproduisant périodiquement et coïncidant chez le même malade avec une crise d'asthme des foins. (*Centre méd. et pharmaceut.*, juillet et août.)

Rybalkin. Ueber einen Fall von Jackson'scher Epilepsie auf syphilitischer Basis mit operativem Eingriff. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.) — Un cas d'épilepsie jacksonienne d'origine syphilitique, traité par la trépanation.

Steinhausen. Ueber die physiologische Grundlage der hysterischen Ovarie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.) — Du mécanisme physiologique de l'ovarialgie hystérique.

Stursberg (H.). Ueber die Ursache meningitisähnlicher Krankheitserscheinungen bei Ileotyphus. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.) — Sur les causes du méningitisme dans la fièvre typhoïde.

Warda (W.). Ueber Akromegalie; casuistische Mitteilungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Arkine (E.). Un cas de dermatite diffuse à la suite d'une friction mercurielle (scarlatine médicamenteuse de Behrend) (en russe). (*Vratch*, 14 juillet.)

Ashihara (N.). Ueber das Lupus-Carcinom. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.)

Baurowicz (A.). Ein Beitrag zur Wiederansteckung mit Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.) — Un cas de réinfection syphilitique.

Bernhardt (R.). Zur Pathogenese der Prurigo. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.)

Bukovsky (J.). Ueber Lichen ruber moniliformis (Kaposi). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.)

Cavazzani (G.). Sulla curabilità dell'endoarterite obliterante sifilitica giunta alle ultime fasi. (*Riforma med.*, 20 juillet.)

Dalton (W. R. Inge). Remarks on the treatment of eczema. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 juillet.)

Franceschini (G.). Le iniezioni di siero artificiale mercurializzato nelle sifilidi gravi. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juillet.)

Glück (L.). Ueber zwei weitere Leprafälle aus Dalmatien. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.) — Deux nouveaux cas de lèpre en Dalmatie.

Ioudine (P.). Un cas de fièvre syphilitique (en russe). (*Roussk. journ. kojn. i vénéritch. boliézn.*, juillet.)

Kopytowski (W.) et **Wielowieyski**. Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra Hebrae. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.)

Kreibich (K.). Ueber Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum Kaposi, als Beitrag zur Kenntniss des Medularkrebses der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.) — Des tumeurs dans les cas de xeroderma pigmentosum; contribution à l'étude de l'encéphaloïde de la peau.

Soukov (N.). Un cas de réinfection syphilitique (en russe). (*Roussk. journ. kojn. i vénéritch. boliézn.*, juillet.)

Vollmer (E.). Zur Histologie der Pellagrahaut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.) — Histologie de la peau dans la pellagre.

Weisz (F.). Ein Fall von Purpura in Folge gonorrhoischer Allgemeininfection. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.) — Un cas de purpura consécutif à une infection blennorrhagique généralisée.

Wieting (J.). Zur Säbelscheidenform der Tibia bei Syphilis hereditaria tarda. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.) — De la déformation des tibias en lame de sabre dans la syphilis héréditaire tardive.

CHIRURGIE

Ahrens. Ueber einen Fall von fötaler Inclusion im Mesocolon ascendens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.)

Albertin. Corps étrangers de l'œsophage et œsophagotomie externe. (*Province méd.*, 27 juillet.)

Amburger (N.). Zur operativen Behandlung der Brustwand- und Mediastinalgeschwülste. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.) — Traitement opératoire des tumeurs de la paroi thoracique et du médiastin.

Amyx (R. F.). Observations and remarks on removal of the Gasserian ganglion in the cadaver. (*Med. Record*, 6 juillet.)

Antal (J.). Beiträge zur Behandlung der Zahncaries. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 juillet.) — Traitement de la carie dentaire.

Barker (A. E.). A case of extensive enterectomy. (*Lancet*, 6 juillet.)

Beck (C.). Ueber deform geheilte Frakturen und ihre Behandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 avril.) — Des fractures consolidées en position vicieuse et de leur traitement.

Bell (J. H.). On œdematous and erysipelatous anthrax. (*Brit. Med. Journ.*, 20 juillet.)

Blecher. Ueber den Einfluss der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.) — De l'influence exercée par l'hyperémie artificielle sur les raideurs articulaires, consécutives aux traumatismes et à l'immobilisation prolongée.

Borchard. Zur Frage der Gastrostomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.)

Burckhardt (H. von). Ueber acute fortschreitende Peritonitis bei Epityphlitis und ihre chirurgische Behandlung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.) — De la péritonite aiguë progressive dans l'appendicite et de son traitement chirurgical.

Bureau (M.). Anévrysme de l'aorte avec usure du squelette et saillie extérieure de la tumeur; autopsie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 13 juillet.)

Coley (W. B.). Radical cure of inguinal and femoral hernia, with a report of eight hundred and forty-five cases. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — 845 cas de cure radicale de hernies inguinales et fémorales.

Coover (E. H.). Coxalgia; a new form of treatment, with report of cases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 juillet.)

Cordier (A. H.). Post-operative hemorrhage. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juillet.)

Cott (G. F.). Total extirpation of the thyroid gland. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.)

Deaver (J. B.). Appendicitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juillet.)

De Forest Willard. Aneurism of the thoracic aorta of traumatic origin; treatment by introduction of wire and electricity. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Delagenière. Ostéomyélite aiguë et chronique. (*Touraine méd.*, juillet.)

Eigenbrodt. Ueber isolierte Luxationen der Carpalknochen, speziell des Mondbeins. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.) — Des luxations isolées des os du carpe, en particulier de l'os lunaire.

Elter (J.). Zur retroperitonealen Cystenbildung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.)

Fabrini (F.). La legatura intraepatica ed i principali metodi di emostasi nelle ferite e nelle resezioni del fegato. (*Clinica moderna*, 5, 12 et 26 juin, 3, 10 et 17 juillet.)

Fradà (A.). La gastro-enterostomia nello stomaco a clepsidra. (*Riforma med.*, 10, 11 et 12 juillet.)

Franke (F.). Ueber die Exstirpation der krebsigen Bauchspeicheldrüse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.) — De l'extirpation du pancréas pour cancer.

Gangolphe. Ostéo-arthropathie d'origine médullaire et tuberculose; notes sur les ostéo-arthropathies syringomyéliques. (*Province méd.*, 11 mai.)

Gibbon (J. H.). Left cæcal hernia, with a report of two cases. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Deux cas de présence du cæcum dans une hernie [inguinale] gauche.

Gourdet (J.). Suture du canal crural. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 juillet.)

Guentcheff (H.-D.). Etude sur les souris articulaires. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin et juillet.)

Hacker (von). Zur operativen Behandlung der periœsophagealen und mediastinalen Phlegmone nebst Bemerkungen zur Technik der collaren und dorsalen Mediastinotomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.)

Hägler (C. S.). Ueber Ligatureiterungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.) — Des suppurations provoquées par des fils de ligature.

Halstead (A. E.). The suture of wounds of large blood vessels, with report of a case of recovery after suture of a wound of the axillary artery. (*Med. Record*, 20 juillet.) — La suture des plaies des gros vaisseaux sanguins; un cas de guérison après suture d'une plaie de l'artère axillaire.

Harris (M. L.) et **Herzog** (M.). Splenectomy in splenic anæmia or primary splenomegaly. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Hartley (F.). The operative treatment for exstrophy of the bladder. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie.

Morestin (H.). Cancer de la verge. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Albert (W.). Latente Mikroben-Endometritis in der Schwangerschaft, Puerperalfieber und dessen Prophylaxe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 3.) — De l'endométrite microbienne latente pendant la grossesse, dans ses rapports avec la fièvre puerpérale et avec la prophylaxie de cette dernière.

Amann (J. A.). Das polypöse Kystom des Ovarium. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Benjamin (M.). The tampon in gynecological therapy. (*Med. Record*, 20 juillet.)

Blanc et **Cornillon**. Kyste hydatique du ligament large; excision d'une partie de la poche et marsupialisation; guérison. (*Loire méd.*, juillet.)

Butlin (H. T.). Leucoma or leucoplakia of the vulva and cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet.)

Butz. Beitrag zur Kenntniss der « bösartigen Blasenmole » und deren Behandlung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 1.) — Des « môles hydatiformes malignes » et de leur traitement.

Deaver (J. B.). The accidents and complications of pelvic surgery and their treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juillet.)

Dührssen (A.). Ueber eine einfache und sichere Prolapsoperation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 juillet.) — Un procédé opératoire simple et sûr de traitement des prolapsus génitaux.

Gangitano (F.). Contributo alla tecnica operativa conservatrice dei miofibromi dell'utero. (*Riforma med.*, 26 et 27 juillet.)

Gillespie (W.). Occipito-posterior positions of the vertex. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Gönner (A.). Experimentelle Untersuchungen über die Giftigkeit des Urins. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 juillet.) — Recherches expérimentales sur la toxicité des urines [dans l'éclampsie].

Hallowes (W. B.). Puerperal eclampsia: four cases successfully treated by rectal injections of chloral hydrate. (*Lancet*, 13 juillet.)

Herz (E.). Ueber Placenta praevia und den heutigen Stand ihrer Behandlung. (*Wien. med. Wochensch.*, 13, 20 et 27 juillet, 3, 10, 17, 24 et 31 août, 7, 14, 21 et 28 sept., 5, 12 et 19 oct.) — Du placenta prævia et de l'état actuel de son traitement.

Jessett (F. B.). The surgical treatment of prolapse of the uterus. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Kleinertz (F.). Ein Fall von abnorm langer Retention des gegen Ende der Schwangerschaft abgestorbenen Fötus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 juillet.) — Un cas de rétention prolongée du fœtus mort vers la fin de la grossesse.

Knapp (L.). Beiträge zur Geschichte der Eklampsie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Contribution à l'histoire de l'éclampsie.

Monari (U.). Contributo alla cura della retrodeviazione uterina. In-8°, 35 p. avec fig. Bologne.

PÉDIATRIE

Ausset (E.). Perte de substance des os frontaux chez un enfant de deux ans rachitique (crâniotabes antérieur). (*Echo méd. du Nord*, 7 juillet.)

Basan (C.). Observations upon 40 consecutive cases of intubation of the larynx in diphtheria. (*Lancet*, 13 juillet.)

Carrière (G.). Le tubage et la trachéotomie. (*Nord méd.*, 15 juillet.)

Cautley (E.). Infantile scurvy. (*Lancet*, 20 juillet.) — Du scorbut infantile.

Chapin (H. D.). The place of cereals in infant feeding. (*Med. Record*, 6 juillet.) — La place que doivent occuper les céréales dans l'alimentation des petits enfants.

Collet. Détubation sans contrôle au moyen de l'électro-aimant. (*Lyon méd.*, 28 juillet.)

Fisher (Th.). Four cases of primary thrombosis of cerebral veins and sinuses in children. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juillet.) — Quatre cas de thrombose primitive des veines et des sinus cérébraux chez les enfants.

Jemma. Sulle turbe di ricambio nell'amiloidosi infantile. (*Gazz. degli Osped.*, 28 juillet.)

Kaeppelin (Ch.). Ostéites multiples chez un nourrisson; ostéite perforante de la voûte crânienne; intervention; guérison. (*Province méd.*, 13 juillet.)

O'Donovan (Ch.). The clinical features and treatment of acute bronchitis in children. (*Med. News*, 13 juillet.) — Symptomatologie et traitement de la bronchite aiguë chez les enfants.

Raczynski (J.). Ueber Tuberculose bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 1.) — De la tuberculose chez les enfants.

Southworth (Th. S.). The medicinal treatment of summer diarrhea. (*Med. News*, 13 juillet.)

Tresilian (F.). Tetany. (*Lancet*, 6 juillet.)

22e ANNÉE. — N° 2. Vingt centimes le numéro. 8 JANVIER 1902.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Thérapeutique chirurgicale. — Chirurgie du testicule tuberculeux, par M. le docteur F. Lejars 9
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — De l'emploi de la gélatine contre les troubles résultant du défaut de plasticité du sang 14
Académie des sciences. — Action des courants de haute fréquence en application directe sur les animaux 14
Sur les causes déterminantes de la formation des organes visuels 14
Littérature médicale : *Publications françaises.* — Dermographisme chez des épileptiques atteints d'helminthiase intestinale 14
Essai de traitement du croup par la paracentèse de la trachée 14
Publications anglaises. — De l'étiologie de l'alopécie 15
Deux cas de grossesse après ventrofixation; rupture de l'utérus dans l'un, opération césarienne dans l'autre 15
Le traitement opératoire de la cirrhose du foie 15
Publications hollandaises. — Pathogénie de l'ulcère chronique de l'estomac 15
Ouraques demeurés ou redevenus perméables 16
Notes thérapeutiques. — Valeur thérapeutique des rayons de Röntgen dans les dermatoses 16
Traitement des sténoses des voies lacrymales chez les petits enfants 16
Un procédé simple de cure radicale des hémorrhoïdes 16
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Alopécie et son étiologie ..... 15[1]
Castration pour tuberculose testiculaire ..... 9[1]
Cirrhose du foie ..... 15[3]
Courants de haute fréquence et leurs effets sur les animaux ..... 14[2]
Croup ..... 14[3]
Défaut de plasticité du sang ..... 14[2]
Dermatoses ..... 16[2]
Dermographisme chez les épileptiques atteints d'helminthiase ..... 14[3]
Epilepsie avec helminthiase et dermographisme ..... 14[3]
Gélatine contre les troubles résultant du défaut de plasticité du sang ..... 14[2]
Grossesses après ventrofixation, ayant entraîné la mort ..... 15[2]
Helminthiase chez des épileptiques et dermographisme ..... 14[3]
Hémorrhoïdes ..... 16[3]
Orchidotomie exploratrice ..... 9[1]
Organes visuels et leur formation ..... 14[3]
Ouraques demeurés ou redevenus perméables ..... 16[1]
Paracentèse de la trachée ..... 14[3]
Radiothérapie des dermatoses ..... 16[2]
Rétrécissement des voies lacrymales chez les petits enfants ..... 16[2]
Traitement chirurgical de la cirrhose du foie ..... 15[3]
— de la tuberculose testiculaire ..... 9[1]
— des dermatoses ..... 16[2]
— des hémorrhoïdes ..... 16[3]
— des troubles résultant du défaut de plasticité du sang ..... 14[2]
— du croup ..... 14[3]
— du rétrécissement des voies lacrymales chez les petits enfants ..... 16[2]
Tuberculose testiculaire ..... 9[1]
Ulcère chronique de l'estomac et sa pathogénie ..... 15[3]
Ventrofixation de l'utérus et mort à l'occasion d'une grossesse ..... 15[2]

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité des médecins dans l'application thérapeutique des rayons de Röntgen.

L'année dernière, à pareille époque, nous avons publié le texte du jugement rendu par le tribunal civil de la Seine dans une instance introduite contre un médecin de Paris pour accidents consécutifs à des applications thérapeutiques des rayons de Röntgen (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. VI).

L'expert commis par les juges a conclu que, si aucune des neuf premières séances n'avait été nuisible, cela tenait à ce que le médecin lui-même avait opéré chaque fois, tandis qu'à la dixième séance, laquelle eut des effets fâcheux, il s'était fait remplacer par un aide qui avait opéré maladroitement et sans prendre les précautions nécessaires.

En conséquence, le tribunal, s'appuyant sur l'avis formulé par l'expert en réponse aux deux questions qui avaient été posées, vient de condamner le docteur Z... à payer à la dame Y... une somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts.

VARIA

Les diplômes universitaires qui, depuis 1815, ont donné accès, en France, à la carrière médicale.

La *Semaine Médicale* a eu l'occasion d'affirmer à diverses reprises l'utilité, pour le futur médecin, de la culture générale que donnent seules les études classiques, et nous avons eu la satisfaction d'annoncer à nos lecteurs, l'année dernière, que la question de l'admission des bacheliers de l'enseignement moderne dans les Facultés de médecine était tranchée, pour la France du moins, dans un sens favorable aux idées que notre journal a toujours défendues.

Il nous paraît intéressant de faire connaître aujourd'hui, d'après des documents recueillis par M. A. Prévost, rédacteur au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, et consignés par M. le docteur Sayol dans sa thèse inaugurale sur *L'enseignement secondaire classique dans ses rapports avec la médecine*, quels ont été les diplômes universitaires successivement exigés, dans notre pays et durant le siècle dernier, des aspirants au doctorat en médecine.

Jusqu'en 1815, on pouvait se faire inscrire dans une Faculté de médecine sans justifier d'aucune étude préalable. La période de réglementation commença en 1815, et, pendant huit ans, le baccalauréat ès lettres fut nécessaire; mais, alors que jusqu'en 1821 il suffisait de produire le diplôme de bachelier au moment de subir le premier examen de médecine, ce diplôme dut être présenté dès la prise de la première inscription dans les deux années qui suivirent. C'est en 1823 que les deux baccalauréats sont exigés pour la première fois; il fallait être bachelier ès lettres avant la deuxième inscription et bachelier ès sciences avant la troisième. Ce système dura jusqu'en 1831; puis, pendant cinq ans, liberté complète des études médicales: tout le monde peut se faire inscrire sans le moindre diplôme. De 1836 à 1852, les deux baccalauréats sont de nouveau exigés; mais, vers 1852, le baccalauréat ès sciences ayant été modifié, on admit soit le nouveau diplôme, soit le baccalauréat ès lettres et un « baccalauréat ès sciences physiques » dont l'existence paraît avoir été éphémère Après une courte période — de 1854 à 1858 — où triomphent les mathématiciens, le baccalauréat ès sciences donnant alors seul accès aux études médicales, on en revint au système des deux examens exigibles à dates différentes, à savoir le baccalauréat ès lettres avant la première inscription, et le baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique — nouvelle création — avant la troisième. Ce système fut en vigueur jusqu'en 1878, et alors intervint une réglementation qui est encore présente à tous les esprits: les deux baccalauréats, ès lettres et ès sciences restreint, étaient nécessaires avant toute inscription.

Enfin, comme on sait, la réglementation actuelle a été établie en 1893, deux années après la réforme du baccalauréat : seuls sont admis à se faire inscrire dans une Faculté de médecine les jeunes gens pourvus du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, mention lettres-philosophie, ainsi que du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles délivré par les Facultés des sciences et que par abréviation on désigne sous le nom de P. C. N.

De cet aperçu historique il résulte, en somme, que, à part deux courtes périodes, une culture littéraire et philosophique a toujours été considérée, en France, comme indispensable au médecin, et il est à souhaiter qu'il en soit ainsi pendant longtemps.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le professeur R. von Leuthold, médecin inspecteur général du service de santé militaire de la Prusse, est nommé professeur honoraire ordinaire.

Western Reserve University Medical Department de Cleveland. — Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs L. W. Ladd (*microscopie clinique*); R. G. Perkins (*bactériologie*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Blanchet (R.). Contribution à l'étude des névroses intestinales.

Bousseau (A.). Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale.

Cadet (E.-J.). Contribution à l'étude clinique de l' « ostéite déformante de Paget ».

Candegabe (O.). Des néoplasmes prérotuliens.

Caraës (M.). La phlébite des membres, complication de l'infection blennorrhagique.

Chardin (A.). Des éventrations consécutives aux contusions de l'abdomen.

Chomet (J.). Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu.

Coulloch (P.). De l'emploi du tannigène dans les diarrhées.

Coussieu (H.). Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës.

Croixmarie (G.). Contribution à l'étude des phlébites; leur traitement par la mobilisation précoce.

Degrais (P.). Des rayons chimiques et de leur emploi dans la thérapeutique des affections cutanées (traitement du lupus par l'appareil de Finsen).

Delahousse (J.). De la rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement.

Delporte (Mlle). Etude médico-psychologique sur les altérations du caractère chez l'enfant.

Dionis du Séjour (P.). Contribution à l'étude des contusions profondes du thorax; les déchirures pulmonaires en dehors des fractures de côtes.

Dousset (G.). Le dispensaire antituberculeux.

Farcy (L.). Etude sur le purpura secondaire.

Forestier (J.). Contribution à l'étude de l'antéflexion congénitale de l'utérus; son traitement par la dilatation et le curettage.

Gauthier. Fractures du calcanéum par écrasement.

Hervy (P.). Contribution à l'étude des foyers inflammatoires juxta-articulaires du genou.

Houdeville (L.). Contribution à l'étude des accidents du travail dans l'air comprimé; observations et enquête faites au Havre (juillet-octobre 1901).

Lassallas (F.). Contribution à l'étude de l'amputation sus-condylienne de la cuisse par la méthode ostéoplastique fémoro-rotulienne de Gritti.

Lejeune (M.). L'enseignement de l'hygiène dans les écoles et les lycées.

Lelong (A.). De l'hémorrhagie rétro-placentaire d'origine traumatique.

Lépinay (F.). Essai anatomo-pathologique sur l'étude du lobe frontal en dehors de la région motrice.

Léquyer (J.). De l'évolution de la pneumonie franche chez les tuberculeux.

Ménard (L.). Traitement des inflammations pelviennes.

Méret (H.). Opération césarienne conservatrice et opérations mutilatrices complémentaires de la gastro-hystérotomie; étude comparée des différentes méthodes; leurs indications.

Montille (L. de). Contribution à l'étude des hernies adhérentes inflammatoires et de leur traitement.

Picard (L.-Ch.). Ictère émotif.

Pied (H.). La Sicile; études climatologiques et médicales.

Pitois (A.). Essai de classification étiogénique des balano-posthites et opportunité opératoire du phimosis dans le traitement des diabétides génitales chez certains neurasthéniques.

Radafiné. Etude sur l'alcoolisme à Madagascar avant la conquête française.

Renouard (P.). Contribution à l'étude de l'hallux valgus.

Saison (G.). Les dermatoses considérées dans leurs rapports avec les dyspepsies.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Giuffrida-Ruggeri (V.). Variations morphologiques du crâne humain. (*Arch. d'anthropol. crim.*, juillet.)

Raimann (E.). Zur Technik der Marchi-Methode. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.)

Sperino (G.). L'encefalo dell'anatomico Carlo Giacomini. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1 et 2.)

Van Tussenbroek (Catharine). Fragmente aus dem zweiten Stadium der menschlichen Placentation. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 3.) — Remarques sur la deuxième période du développement du placenta humain.

Waldeyer. Topographie des Gehirns. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juin, 4, 11 et 18 juillet.) — Topographie du cerveau.

PHYSIOLOGIE

Hensay. Ueber die Speichelverdauung der Kohlehydrate im Magen. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juillet.) — De la digestion salivaire des hydrocarbonés dans l'estomac.

Herzen (A.). Succagogues et pepsinogènes. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Kowarski (A.). Ueber den Nachweis von pflanzlichem Eiweiss auf biologischem Wege. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juillet.) — La recherche de l'albumine végétale au moyen de la réaction biologique.

Lo Monaco (D.) et **Tomassi** (F.). Sulla fisiologia della superficie interna del cervello; ricerche sperimentali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1 et 2.)

Neumann (R. O.). Ueber die eiweisssparende Kraft des Alkohols; neue Stoffwechselversuche am Menschen; vorlaufige Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juillet.) — L'alcool comme aliment d'épargne de l'albumine; nouvelles recherches sur les échanges organiques chez l'homme.

Spineanu (G.-D.). Sur la gastro-acidimétrie; appareil pour le dosage de l'acidité totale du suc gastrique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Zunz (E.). De la précipitation fractionnée des substances albuminoïdes au moyen des sels. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 7 nov.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ascoli (M.). Isoagglutinine und Isolysine menschlicher Blutsera. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juillet.) — Isoagglutinines et isolysines du sérum sanguin humain.

Buchner (H.) et **Geret** (L.). Ueber ein krystallinisches Immunisirungsproduct. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juillet.)

Donath (J.) et **Landsteiner** (K.). Ueber antilytische Sera. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 juillet.)

Dzierzgowski (S.). De la transmission de l'immunité artificielle vis-à-vis de la diphtérie des parents aux enfants. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 3.)

Kraus (R.). Ueber diagnostische Verwertbarkeit der specifischen Niederschläge. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 juillet.) — Des précipitations spécifiques comme moyen de diagnostic.

London (E.). Contribution à l'étude des hémolysines. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 3 et 4.)

MÉDECINE

Cipollina (A.). Ueber den Einfluss einiger Substanzen auf die Trommer'sche Probe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juillet.) — De l'influence de quelques substances sur la réaction de Trommer.

Dana (Ch. L.). Inebriety; a study of its causes, duration, prophylaxis and management. (*Med. Record*, 27 juillet.)

Ebstein (W.). Die Untersuchung des Mastdarms von aussen und deren therapeutische Verwendung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juillet.)

Einhorn (M.). A new method of determining approximately the amount of hydrochloric acid in the gastric contents. (*Med. News*, 20 juillet.)

Gurrieri (R.). Influenza della pellagra sul peso del cranio. In-8°, 12 p. Bologne.

Jellinek (S.). Blitzschlag und elektrische Hochspannung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 et 18 juillet.) — Fulguration et courants électriques à haute tension.

Köppe (H.). Zur Kryoscopie des Harns. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 juillet.) — De la cryoscopie des urines.

Lenhartz. Ueber die septische Endocarditis. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 et 16 juillet.)

Messedaglia (L.). Contributo allo studio della sigmoidite. (*Morgagni*, juin.)

Meyer (F.). Ueber chronische Pentosurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 juillet.)

Mikhaïlov (N.). Du diagnostic des maladies du rein (en russe). (*Vratch*, 14 juillet.)

Mlodzéievsky (V.). Un cas de carcinomatose de l'estomac, du péritoine et des plèvres chez une femme de vingt-trois ans (en russe). (*Méd. Obozr.*, juillet.)

Nothnagel (H.). Ueber idiopathische Peritonitis. (*Wien. med. Presse*, 14 juillet.)

Ostermaier (P.). Eine 35 tägige Obstipation mit « glattem » Darmverschluss. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juillet.) — Un cas de constipation ayant duré trente-cinq jours, avec occlusion « simple » de l'intestin.

Rose (U.). Ueber paroxysmale Tachykardie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 et 15 juillet.)

Rothenpieler (K.). Ein verschwundener Tumor des Magens. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 et 27 juillet.) — Disparition spontanée d'une tumeur de l'estomac.

Schenk (P.). Ueber die Beeinflussung der Impfergebnisse durch Impfstoff und Impftechnik. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 3 juillet.) — Du rôle du vaccin et de la technique opératoire dans les résultats de la vaccination.

Schupfer (F.). Sulla lombricosi a forma tifoidea. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mai.)

Schwarz (L.). Zur Behandlung des Coma diabeticum. (*Prag. med. Wochensch.*, 25 juillet et 1er août.) — Traitement du coma diabétique.

Strebel (H.). Die Magerkeit als gesundheitlicher und kosmetischer Fehler und die Mittel zu ihrer Beseitigung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 25 et 29 juillet.) — La maigreur au point de vue de la santé et de l'esthétique et les moyens de la combattre.

Strubell (A.). Ueber den Einfluss der Nahrung auf den zeitlichen Verlauf der experimentellen Urämie nebst einigen Bemerkungen über die Ernährungstherapie der Urämie beim Menschen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 juillet.) — Influence de l'alimentation sur la durée de l'urémie expérimentale; quelques remarques sur le traitement diététique de l'urémie chez l'homme.

Syllaba (L.). Ucast pobrisnice a pohrudnice pri chorobach jaternich. (*Sbornik klinicky*, III, 1.) — Participation du péritoine et de la plèvre aux maladies du foie.

Thurnwald (A.). Ein Fall von acuter rother (gelber) Leberatrophie im Frühstadium der Lues. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 juillet.) — Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie à la période précoce de la syphilis.

Upson (Ch. R.). Latent pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 20 juillet.)

Van Yzeren (W.). Die Pathogenesis des chronischen Magengeschwüres. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 3-4.) — La pathogénie de l'ulcère chronique de l'estomac.

Walsham (H.). On the diagnosis of pleural effusion by the Rœntgen rays. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juillet.)

Whitney (E. W.). Mediate palpation. (*Med. Record*, 20 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Hahn (M.). Ueber einige Beobachtungen während der diesjährigen Pestepidemie in Bombay. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 juillet.)

Kleine. Ueber die Berliner Pockenerkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 juillet.) — La variole à Berlin.

Kodym (O.). O prognose tuberkulosy. (*Sbornik klinicky*, III, 1.)

Lewine (A.). Recherches sur l'étiologie du scorbut. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 3.)

Leyden (E. von). Ein geheilter Fall von Tetanus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 juillet.) — Un cas de tétanos guéri.

Lommel (F.). Zur Kenntniss der Tenacität des Scharlachgiftes. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juillet.) — De la ténacité du virus scarlatineux.

Wilson (R. J.). A study of sixteen hundred and fifty blood examinations for the Widal reaction with special reference to so-called partial reactions. (*Med. News*, 20 juillet.) — Etude sur 1,650 examens du sang au point de vue de la réaction de Widal et, en particulier, des réactions dites partielles.

Zabolotny (D.). Recherches sur la peste : expériences d'inoculation, d'immunisation et de traitement des animaux. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 4.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aldrich (Ch. J.). A case of embolism of one of the right lenticulo-optic arteries complicating pneumonia, with autopsy. (*Med. News*, 27 juillet.)

Ceni (C.). Sulla patogenesi dell'oto-ematoma negli alienati. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 2.)

Fehre (P.). Beitrag zur Lehre über die Tabes bei den Weibern. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 et 29 juillet.) — Du tabes chez les femmes.

Ferrai (C.). Sul compenso sensoriale nei sordomuti. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 2.)

Guizzetti (P.). Nuovo caso di corea mortale con setticopioemia da stafilococco piogene aureo. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 2.)

Gutzmann (H.). Ueber die Behandlung der Aphasie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 juillet.) — Traitement de l'aphasie.

Infeld (M.). Zur Kenntniss der bleibenden Folgen des Migräne-Anfalles. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 juillet.) — Des suites durables de l'accès de migraine.

Moeli (C.). Ueber die Familienpflege Geisteskranker. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er juillet.) — De l'assistance familiale des aliénés.

Pastrovich (G. de). Paralisi dell'ipoglosso da probabile causa alcoolica. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 2.)

Rossi (C.). Sulla durata del processo psichico elementare e discriminativo nei sordomuti. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 2.)

Sander (M.). Ueber transitorische Geistesstörungen auf hysterischer Basis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Des troubles psychiques transitoires d'origine hystérique.

Schilling. Behandlung chronischer Chorea durch hypnotische Beeinflussung. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juillet.)

Schupfer. Sul tetano cefalico. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1 et 2.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Behrend (M.). Ueber rheumatische Ex- und Enantheme. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juillet.)

Bettmann. « Chlor-Akne », eine besondere Form von professioneller Hauterkrankung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juillet.)

Calandra (A.). Jodismo e jodoformismo; contributo allo studio e alla conoscenza degli esantemi medicamentosi. (*Morgagni*, juin.)

Freund (L.). Ueber die Behandlung von Dermatosen mit Spannungselektricität. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.) — Traitement des dermatoses par les courants de haute tension.

Mendel (F.). Ueber Ischias syphilitica und ihre Behandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juillet.) — De la sciatique syphilitique et de son traitement.

Stern (M.). Ueber Injektionskuren bei Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juillet.)

PARASITOLOGIE

Rizzo (A.). Un caso di cisticercosi cerebrale multipla. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juillet.)

Silberschmidt. Ueber Aktinomykose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 3.)

Völcker (F.). Das Wesen der Schüller'schen Krebsparasiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Sur la nature des parasites du cancer décrits par Schüller.

Williams (H. U.). The frequency of trichinosis in the United States. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.)

CHIRURGIE

Benassi (G.). Diazoreazione e cloronarcosi; ricerche sperimentali. (*Clinica chirurgica*, juillet.)

Braunschweig (P.). Ueber combinirtes Empyem der Gesichtshöhlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juillet.) — De l'empyème associé des sinus de la face.

Breitung (M.). Zur Technik der Entfernung von Fischgräten aus dem Halse. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juillet.) — Technique de l'extraction des arêtes de poissons implantées dans la gorge.

Codivilla (A.). L'adattamento funzionale in ortopedia. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 8.)

Fiori (P.). L'ipertrofia anatomica e funzionale del rene e la tolleranza dell'organismo nelle demolizioni estese dell'organo. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 8 et 9.)

Ghillini (C.) et **Canevazzi** (S.). Considerazioni sulle condizioni statiche dello scheletro umano. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 8.)

Hayward (T. E.) et **Henderson** (R. G.). Case of multiple epithelioma of the tongue in a woman, aged twenty-five years, resulting in spontaneous amputation of the greater part of the organ. (*Lancet*, 6 juillet.) — Cancer de la langue à localisations multiples chez une femme de vingt-cinq ans, suivi d'amputation spontanée de la plus grosse partie de l'organe.

Henle. Ueber Pneumonie und Laparotomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.)

Hofmann (C.). Die Beleuchtung und Besichtigung der Speiseröhre mittels Oesophagoskops von der Cardia aus; retrograde Oesophagoscopie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 20 juillet.)

Holmes (B.). Two cases of disease of the kidney simulating gall-stones. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.) — Deux cas de lésions rénales simulant la cholélithiase.

Karajan (E. von). Drei Beiträge zur Pathologie des Ductus omphalomesentericus und des Meckel'schen Divertikels. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 juillet.)

Katounsky (E.). Des adhérences péritonéales (en russe). (*Vratch*, 21 juillet.)

Keen (W.). Two cases of ligation of the external carotid for severe hæmorrhage, one after tonsillotomy, the other after a slight intranasal operation. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Ligature de la carotide externe pour hémorrhagie grave après une amygdalotomie, et à la suite d'une opération intranasale.

Kelling (G.). Ueber den Mechanismus der acuten Magendilatation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.) — Du mécanisme de la dilatation aiguë de l'estomac.

Kienböck (R.). Ueber acute Knochenatrophie bei Entzündungsprocessen an den Extremitäten (fälschlich sogenannte Inactivitätsatrophie der Knochen) und ihre Diagnose nach dem Röntgen-Bilde. (*Wien. med. Wochensch.*, 13, 20 et 27 juillet, 3, 10 et 24 août.) — De l'atrophie aiguë des os dans les phlegmasies des extrémités et de son diagnostic au moyen de la radiographie.

Köhler (A.). Ueber einige seltenere Knochengeschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — Quelques cas rares de tumeurs des os.

Krönlein. Totale Oberkieferresection und Inhalationsnarkose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.) — Résection totale du maxillaire supérieur et anesthésie générale par inhalation.

Lafond-Grellety. Section nette du cinquième orteil et application du procédé de greffage par le sérum gélatiné. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 juillet.)

Lanz (O.). Die Quetschmethoden im Dienste der Magenchirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.) — Emploi des procédés d'écrasement en chirurgie gastrique.

Le Clerc (R.). Amputations congénitales des doigts. (*Année méd. de Caen*, juillet.)

Le Fort (R.). Un sou dans l'œsophage; œsophagotomie externe; guérison. (*Echo méd. du Nord*, 7 juillet.)

Lewenstern (E.). Przypadek tetniaka urazowego tetnicy szyjowej wewnetrznej. (*Gaz. lekarska*, 6 juillet.) — Anévrysme traumatique de la carotide interne.

Lieffring (E.). Résection de l'épaule pour luxation irréductible. (*Touraine méd.*, juillet.)

Linser (P.). Ein Fall von Dystopia testiculi transversa. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.)

Lotheissen (G.). Zur Technik der Nerven- und Sehnennaht. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.) — Sur la technique de la suture des nerfs et des tendons.

Machenaud. Plaie pénétrante de la poitrine par balle de revolver. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Magnan. Sur un cas de trachéocèle. (*Touraine méd.*, juillet.)

Manley (Th. H.). Primary resection of the intestine for gangrenous hernia; report of two cases of successful joining by lateral anastomosis, with the Connel suture. (*Med. Record*, 27 juillet.)

Mann (M. D.). A new operation for removal of cancer of the rectum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juillet.)

Mariani (C.). Un caso di mal perforante del piede curato collo stiramento del nervo plantare. (*Policlinico*, 6 juillet.)

McCardie (W. J.). Some further cases of ethyl chloride narcosis. (*Lancet*, 20 juillet.)

McLean (A.). Spinal anesthesia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 juillet.)

Michel (L.). Considérations sur les hernies chez le vieillard. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 juin et 1er juillet.)

Mirallié (Ch.). Cancer de l'ombilic secondaire à un cancer du rectum. (*Gaz. méd. de Nantes*, 13 juillet.)

Mongour (Ch.). Du traitement chirurgical de l'ascite dans les cirrhoses veineuses du foie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 juillet.)

Moty. Pseudo-actinomycose du bras droit. (*Echo méd. du Nord*, 5 mai.)

Müller (P.). Zur Topographie des Processus vermiformis. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 juillet.)

Nardi (A.). Sulla cura chirurgica delle varici ed ulceri varicose degli arti inferiori. (*Riforma med.*, 25 juillet.)

Oehler (R.). Bemerkungen zur Appendicitis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 24 juillet.)

Oliver (J. H.). Pneumotomia en las cavernas tuberculosas pulmonares, en comunicación con un absceso de la pared costal. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Owens (J. E.). Complications in fractures involving the hip-joint. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Complications dans les cas de fractures intéressant l'articulation de la hanche.

Parona (F.). Di un'ernia epigastrica con entro il ventricolo aderente e del metodo operativo impiegato per guarirla. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 7.)

Patterson (F. D.). A statistical digest of epithelioma of the penis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet.)

Pauchet (V.). Les indications opératoires dans la lithiase biliaire. (*Gaz. méd. de Picardie*, juillet.)

Paul (Th. M.). Fracture of the pelvis; a report of fifty-four cases. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Payr (E.). Beiträge zur Technik einiger Operationen am Dickdarme. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.) — La technique de quelques opérations sur le gros intestin.

Pechkrano (S.). Przyczynek do nauki o kostniejacem zapaleniu miesni (*Myositis ossificans*). (*Gaz. lekarska*, 20 juillet.)

Pförringer (S.). Bimsteinalkoholseife in fester Form als Desinficiens für Haut und Hände. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Un savon dur à la pierre ponce et à l'alcool pour la désinfection de la peau et des mains.

Quadflieg. Ueber einen Fall von chronischer ileocoecaler Invagination. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juillet.)

Quintard (E.). Spastic ileus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 et 27 juillet.)

Rheinwald (M.). Ueber das Sarkom des Dünndarms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.) — Du sarcome de l'intestin grêle.

Ridlon (J.). The treatment of fracture of the neck of the femur. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Traitement des fractures du col du fémur.

Rodman (W. L.). The best incision in operations for mammary carcinoma. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — L'incision de choix dans l'opération du cancer du sein.

OPHTALMOLOGIE

Bondi (M.). Ueber die Indicationen zur Operation des Altersstaares. (*Wien. med. Presse*, 28 juillet.) — Des indications de l'opération de la cataracte sénile.

Claiborne (J. H.). The use of sulphate of copper in affections of the cornea and in affections of the lid other than trachoma. (*Med. Record*, 27 juillet.) — Le sulfate de cuivre contre les affections de la cornée et des paupières, autres que le trachome.

Eeckman. Deux cas de tumeurs érectiles des paupières enlevées par la galvanocaustie chimique. (*Ann. de la policlinique centrale de Bruxelles*, juillet.)

Fürstner (C.). Ueber Schlängelung und Erweiterung der Retinalgefässe. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juillet.) — De la flexuosité et de la dilatation des vaisseaux rétiniens.

Hoppe. Ueber multiple Gesichts- und Bindehautblutungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Des hémorrhagies multiples de la face et de la conjonctive.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Beahan (A. L.). Local treatment of female diseases; its abuses. (*Med. News*, 20 juillet.)

Horn (F.). Urininfiltration in der Geburtshilfe. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juillet.) — L'infiltration d'urine en obstétrique.

Krönig. Zur operativen Behandlung des primären Scheidenkrebses. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Traitement opératoire du cancer primitif du vagin.

Landau (L.) et **Pick** (L.). Ueber die mesonephrische Atresie der Müller'schen Gänge, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den mesonephrischen Adenomyomen des Weibes und zur Klinik der Gynatresieen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 1.)

Latzko (W.). Beitrag zur Therapie verschleppter Querlagen. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 juillet.) — De la conduite à tenir dans les cas d'accouchement traînant en longueur avec présentation transversale.

Lewers (A. H.). On fibroids of the cervix uteri. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet.)

Malcolm (J. D.). Extrauterine fœtation. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet.)

Mandl (L.) et **Bürger** (O.). Beitrag zur operativen Behandlung von Eiteransammlungen in den Anhängen der Gebärmutter. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 1.) — Traitement chirurgical des collections purulentes dans les annexes de l'utérus.

McCann (F. J.). The diagnosis of cancer of the womb. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet.) — Le diagnostic du cancer de l'utérus.

Montagnon. Allaitement et mal de Bright. (*Loire méd.*, juillet.)

Montgomery (E.). How shall we deal with uterine myomata? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.) — Conduite à tenir dans les cas de fibrome de l'utérus.

Nagel (W.). Zur Entwickelung und Perforation des nachfolgenden Kopfes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 juillet.) — Dégagement et perforation de la tête dernière.

Neugebauer (F.). Thrombus vaginae et vulvae. (*Gaz. lekarska*, 29 juin, 6 et 13 juillet.)

Pirolli (G.). Sopra un caso di infezione puerperale con grave complicazione polmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 21 juillet.)

Rieck (A.). Vaginifixur und Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet et août.) — Vaginofixation de l'utérus et accouchement.

Schäffer (R.). Ueber einen Fall von Impfrecidiv in der vorderen Bauchwand. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 3.) — Récidive d'un cancer, par inoculation, au niveau de la paroi abdominale antérieure.

Schödel (J.). Erfahrungen über künstliche Frühgeburten, eingeleitet wegen Beckenenge in den Jahren 1893 bis 1900 an der Frauenklinik zu Dresden. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 1.) — Les accouchements prématurés artificiels pratiqués pour rétrécissements pelviens à la maternité de Dresde (1893-1900).

Seigneux (R. de). Du chevauchement des os pariétaux au niveau de la suture sagittale. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Sticher. Händesterilisation und Wochenbettsmorbidität; ein Beitrag zur Aetiologie der Puerperalinfection. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 3.) — La désinfection des mains et la morbidité puerpérale.

Stolper (L.). Ueber Entbindungslähmungen; eine kritisch-experimentelle Studie (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Des paralysies obstétricales.

Torggler (F.). Beitrag zur palliativen Behandlung inoperablen Gebärmutterkrebses. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juillet.) — Traitement palliatif du cancer inopérable de l'utérus.

Vassmer (W.). Ueber Adenom- und Cystadenombildung mesonephrischer Herkunft im Ovarium und Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 1.)

Verdelet (L.). Hystérectomie supravaginale et phlébite. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 juillet.)

Wrangham (W.). Acute lead poisoning in women resulting from the use of diachylon as an abortifacient. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Casselberry (W. E.). Types of membranous pharyngitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.)

Cobb (C. M.). The effect which the so-called catarrhal diseases of the nose and throat may have upon the general health. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juillet.) – L'influence que les affections dites catarrhales du nez et de la gorge peuvent exercer sur la santé générale.

Dench (E. B.). The diagnosis and treatment of mastoiditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juillet.)

Eitelberg (A.). Die psychische Beeinflussung als unterstützendes Moment bei der Behandlung Ohrkranker. (*Wien. med. Presse*, 21 juillet.) — La psychothérapie comme moyen adjuvant du traitement des affections de l'oreille.

Freer (O. T.). The treatment of laryngitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.)

Gibb (J. S.). Edematous laryngitis, with report of cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.)

Grünwald (L.). Zur Entstehung und Behandlung der Phlegmonen im Rachen. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juillet.) — Pathogénie et traitement des phlegmons du pharynx.

Hoople (H. N.). A nasal condition affecting the ocular muscles. (*Med. News*, 27 juillet.)

Langwill (H. G.). The treatment of stammering (and « lalling »). (*Brit. Med. Journ.*, 20 juillet.) — Traitement du bégaiement (et du « babillement »).

Mitchell (A. T.). Changes in the facial bones due to adenoids. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juillet.) — Modifications dans les os de la face, déterminées par les végétations adénoïdes.

Sturmann. Doppelbildung der unteren Nasenmuschel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 juillet.) — Cornet inférieur double.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Alessi (U.) et **Pieri** (A.). Le alterazioni nervose nell'avvelenamento acuto e cronico per caffeina, stricnina e morfina. (*Morgagni*, juin.)

Baeyer (H. von). Ueber einen Fall von Chromsäure-Vergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juillet.) — Un cas d'intoxication par l'acide chromique.

Mendel (E.). Zur Lehre von der Schwefelkohlenstoffvergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 juillet.) — De l'intoxication par le sulfure de carbone.

Schram (Ch.). Cerebral apoplexy; its relation to testamentary capacity. (*Med. News*, 20 juillet.)

Uhlenhuth. Weitere Mitteilungen über die praktische Anwendung meiner forensischen Methode zum Nachweis von Menschen- und Thierblut. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Nouvelles recherches sur l'application pratique de mon procédé de différenciation du sang humain d'avec celui des animaux.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Ambrosini (U.). L'areotermia nelle affezioni delle prime vie del respiro; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 21 juillet.)

Bommier. Thérapeutique générale des maladies du foie. (*Nord méd.*, 15 juillet.)

Bourget (L.). Die medicinale Behandlung der Perityphlitis. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Traitement médical de la pérityphlite.

Colombo (Ch.). Le thermomassage dans le traitement de l'ankylose temporo-maxillaire, suite d'arthrite infectieuse. (*Rev. internation. de thérapie physique*, 15 juillet.)

Drucbert (J.). Quelques essais d'analgésie par injection épidurale de cocaïne. (*Echo méd. du Nord*, 14 juillet.)

Fränkel (C.) et **Sobernheim** (G.). Zur Frage der Zomotherapie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 juillet.)

Gérard (E.). La nucléine au point de vue pharmacologique et thérapeutique. (*Echo méd. du Nord*, 14 juillet.)

Giordano (E.). Ricerche sperimentali intorno all'utilità di aggiungere un antisettico al siero-gelatina adoperato a scopo emostatico. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juillet.)

Goldman (H.). Die Behandlung der Lungentuberculose mit Ammonium-sulfo-ichthyolicum, combinirt mit Creosotum carbonicum. (*Wien. med. Presse*, 21 et 28 juillet.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sulfo-ichtyolate d'ammonium associé au carbonate de créosote.

Hammerschlag (R.). Ueber Therapie der Lymphadenitis tuberculosa. (*Prag. med. Wochensch.*, 4, 11 et 18 juillet.)

Jaquet (A.). Ueber die Resorbirbarkeit der anorganischen Eisenverbindungen im Organismus. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — De la résorption des composés inorganiques du fer dans l'organisme.

Molon (C.). Sull'azione del trattamento cacodilico. (*Gazz. degli Osped.*, 21 juillet.)

Mori (A.). Sulla cura della ipertrofia splenica da malaria col siero-jodato Sclavo. (*Riforma med.*, 18 juillet.)

Mosella (A.) Sul trattamento delle osteiti ed osteo-artriti tubercolari colle iniezioni medicamentose, ed in particolar modo coll'iodoformio. (*Gazz. degli Osped.*, 7 juillet.)

Paramucchi (G.). Il salasso nelle malattie infettive; casistica per l'eresipela. (*Policlinico*, 6 juillet.) — La saignée dans le traitement de l'érysipèle.

Payne (E. M.). Two cases of carcinoma treated with cacodylate of soda. (*Lancet*, 25 mai.)

Plessi (A.). Dei disturbi che succedono alle iniezioni sottocutanee dei preparati ferruginosi, e dell'influenza che su di essi può avere la scelta del luogo dell'iniezione. (*Gazz. degli Osped.*, 7 juillet.)

Sänger (M.). Zur symptomatischen Behandlung des Hustens. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Traitement symptomatique de la toux.

Schmidt (R.). Ueber diaphoretisches Heilverfahren bei Osteomalacie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 juillet.) — La diaphorèse dans le traitement de l'ostéomalacie.

Schüle. Ueber die diätetische Behandlung der chronischen Magenkrankheiten. (*Deutsche Praxis*, 25 juillet.) — Traitement diététique des affections chroniques de l'estomac.

Spolverini (L. M.). Sull'azione terapeutica delle iniezioni endo-venose di iodio metallico [2a memoria]. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 7 et 8.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Dejace (L.). Voyage d'études médicales aux stations minérales et climatériques du Dauphiné et de la Savoie (1901). In-8°, 60 p. avec fig. Liège.

Lahusen. Indikation und Gebrauchsweise der Arseneisenquellen in den Kurorten und in der Heimat. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 juillet.) — Indications et mode d'emploi des eaux arsenicales ferrugineuses dans les stations thermales et à domicile.

Römisch (W.). Die Wirkung des Hochgebirgs-Klimas auf den Organismus des Menschen. In-8°, 37 p. Essen. — L'influence du climat d'altitude sur l'organisme.

22e ANNÉE. — N° 3. Vingt centimes le numéro. 15 JANVIER 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Expériences comparatives sur l'action pathogène pour les animaux, notamment pour ceux de l'espèce bovine, des bacilles tuberculeux provenant du bœuf et de l'homme, par M. le docteur D. A. de Jong 17

REVUE CRITIQUE. — Sur une nouvelle théorie soi-disant dualiste des chancres et sur son application au traitement abortif de la syphilis, par M. le docteur L. Cheinisse.... 19

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Relation de cinq épidémies de diphtérie à la Maison d'éducation de Saint-Denis........ 21

Académie des sciences. — L'utilisation des hexoses par l'organisme........ 21
Sur une tumeur du tendon d'Achille........ 21
De la présence d'un parasite dans le sang des épileptiques........ 21

Société de chirurgie. — Thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure, avec gangrène de l'intestin........ 21
Sur la prétendue « subluxation par élongation du radius » chez l'enfant........ 22
Hernie étranglée compliquée de gangrène consécutive à un taxis prolongé........ 22

Société médicale des hôpitaux. — Adénite suppurée tardive à la suite d'une attaque de dengue........ 22
Aortite syphilitique latente et névralgies viscérales........ 22
Hypertrophie simple du cerveau........ 22
Myopathie atrophique progressive consécutive à un traumatisme........ 22

Société de dermatologie et syphiligraphie. — Diagnostic précoce de l'érythème prémycosique........ 22
Télangiectasie généralisée et castration........ 22
Lupus de la jambe guéri par le permanganate de potasse........ 23
Malformations hérédo-syphilitiques portant sur la première dentition........ 23
Conditions dans lesquelles une femme lépreuse peut allaiter son enfant........ 23

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Un cas de varices très étendues, consécutives à une pneumonie........ 23
Présence des leucocytes iodophiles dans les états infectieux........ 23
Anévrysme de l'aorte, ouvert dans la veine cave........ 23

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les lavements de sérum artificiel contre les vomissements incoercibles de la grossesse........ 23
Emploi de la stase artificielle contre les raideurs articulaires consécutives à un traumatisme ou à l'immobilisation prolongée........ 23
Emploi du lait cru dans l'allaitement des nourrissons atteints d'athrepsie ou de gastro-entérite chronique........ 24
Traitement de la sciatique rebelle par l'application d'une solution d'acide phénique sur le nerf mis à nu........ 24
Inconvénients de l'emploi des comprimés et moyens d'y remédier........ 24
Un procédé de suture pour éviter les éventrations post-laparotomiques........ 24

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide phénique en application directe contre la sciatique rebelle........ 24[2]
Adénites tardives de la dengue........ 22[1]
Allaitement et lèpre........ 23[1]
Anévrysme aortique communiquant avec la veine cave........ 23[2]
Aortite syphilitique avec crises douloureuses........ 22[2]
Castration et télangiectasie généralisée........ 22[3]
Chancres et leur dualité........ 19[3]
Comprimés et leurs inconvénients........ 24[2]
Dengue et adénites tardives........ 22[1]
Diphtérie à la Maison d'éducation de Saint-Denis........ 21[1]
Epilepsie et son parasite........ 21[3]
Erythème prémycosique........ 22[3]
Eventrations post-laparotomiques et moyen de les prévenir........ 24[3]
Gangrène intestinale par thrombo-phlébite de la mésaraïque........ 21[3]
Hernie étranglée avec perforation intestinale........ 22[1]
Hexoses et leur utilisation par l'organisme........ 21[2]
Hypertrophie simple du cerveau........ 22[2]
Infections et leucocytes iodophiles........ 23[2]
Kyste hydatique du tendon d'Achille........ 21[3]
Lait cru dans l'allaitement des nourrissons........ 24[1]
Lèpre et allaitement........ 23[1]
Leucocytes iodophiles dans les états infectieux........ 23[2]
Lupus de la jambe........ 23[1]
Malformations hérédo-syphilitiques de la première dentition........ 23[1]
Myopathie atrophique progressive post-traumatique........ 22[2]
Nævus à distribution zoniforme et métamérique........ 23[1]
Permanganate de potasse contre le lupus........ 23[1]
Pneumonie et varices multiples........ 23[1]
Raideurs articulaires consécutives aux traumatismes ou à l'immobilisation........ 23[3]
Sciatique rebelle........ 24[2]
Sérum artificiel en lavements contre les vomissements incoercibles de la grossesse........ 23[3]
Stase artificielle contre les raideurs articulaires........ 23[3]
Streptocoque du sang des épileptiques........ 21[3]
« Subluxation par élongation du radius » chez l'enfant et sa pathogénie........ 22[1]
Suture destinée à prévenir les éventrations post-laparotomiques........ 24[3]
Syphilis et ses rapports avec la chancrelle........ 19[3]
Télangiectasie généralisée et castration........ 22[3]
Thrombo-phlébite de la mésaraïque avec gangrène de l'intestin........ 21[3]
Traitement de la sciatique rebelle........ 24[3]
— des raideurs articulaires........ 23[3]
— des vomissements incoercibles de la grossesse........ 23[3]
— du lupus........ 23[1]
— du tabes........ 23[3]
Tuberculose des bovidés et sa transmissibilité à l'homme........ 17[1]
— humaine et sa transmissibilité aux animaux........ 17[1]
Varices multiples après une pneumonie........ 23[1]
Vomissements incoercibles de la grossesse........ 23[3]

VARIA

Le total de la population française en 1901.

D'après les opérations du recensement effectué le 24 mars 1901, le chiffre total de la population française (87 départements métropolitains, y compris la Corse) s'élève à 38,961,945 habitants. En 1896, il avait été évalué, après rectifications, à 38,517,332 (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 16). Il s'est donc produit, de 1896 à 1901, un accroissement de 444,613 habitants, soit une augmentation de plus de deux fois et demie supérieure à celle qui fut constatée lors du précédent recensement. Au nombre ci-dessus donné, il faut ajouter les résultats des recensements spéciaux effectués par les soins des ministères de la guerre et de la marine, comprenant 69,168 individus, ce qui porte le total de la population française à 39,031,113 habitants, en laissant à part la population fixée en Algérie, aux colonies, dans les pays de protectorat et à l'étranger.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur G. de Ruyter, privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Bonn. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur M. Bleibtreu, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur E. Storch est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Max von Kryger, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Heinrich Jäger, privatdocent d'hygiène.

University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur M. Howard Fussell est nommé professeur adjoint de médecine.

NÉCROLOGIE

M. le docteur E. Destrée, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Bruxelles. — MM. les docteurs F. Soupart et Burggraeve, professeurs émérites à la Faculté de médecine de Gand. — M. le docteur H. Pernice, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Axel Key, ancien professeur d'anatomie pathologique à l'Institut médico-chirurgical Caroline de Stockholm.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Anthony (R.). Le muscle présternal; ses formes fibreuses rudimentaires; leur fréquence chez l'homme et leur présence chez certains animaux. In-8°, 29 p. avec fig.

Dall'Acqua (U.). Morfologia delle aponevrosi addominali dell'uomo. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 9 et 10.)

Deetjen (H.). Die Hülle der rothen Blutzellen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 2.) — La membrane d'enveloppe des globules rouges du sang.

Henle (J.) et **Merkel** (F.). Grundriss der Anatomie des Menschen. 4e éd. In-8°, 802 p. avec fig. et atlas. Brunswick. — Précis d'anatomie humaine.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Anatomie und Physiologie (Jahrgang 1900). In-8°, 250 p. Berlin. — Revue annuelle des travaux d'anatomie et de physiologie (année 1900).

Kolster (R.). Ueber Centrosomen und Sphären in menschlichen Vorderhornzellen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 1-2.) — Des centrosomes et des corpuscules sphériques dans les cellules des cornes antérieures de la moelle chez l'homme.

Mangakis (M.). L'organe de Jacobson chez l'homme accompli. (*Grèce méd.*, juillet-août.)

Toulouse (E.) et **Marchand** (L.). Le cerveau. In-18, 154 p. avec fig. Schleicher frères.

Zander (P.). Ueber Talgdrüsen in der Mund- und Lippenschleimhaut. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.) — Des glandes sébacées dans la muqueuse de la bouche et des lèvres.

PHYSIOLOGIE

Buffa (E.). Resistenza dei globuli rossi del sangue; un nuovo metodo di determinarla. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 2.)

Clemm (W. N.). Ueber die Beeinflussung der Magensaftabscheidung durch Zucker. (*Therap. Monatsh.*, août.) — L'influence du sucre sur la sécrétion du suc gastrique.

Deutsch (W.). Ueber die Unhaltbarkeit der Theorie der Hirnblutleere im Schlafe. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 et 17 août.) — Sur la fausseté de la théorie de l'anémie cérébrale pendant le sommeil.

Du Bois-Reymond (R.). Ueber die Wirkung der Wadenmuskeln beim Stehen und beim Erheben auf die Fussspitzen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 août.) — De l'action des muscles jumeaux dans la station verticale et dans le soulèvement du corps sur la pointe du pied.

Espezel (F.). Contribution à l'étude de l'innervation de l'œsophage. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Hédon (E.). Physiologie normale et pathologique du pancréas. In-16, 192 p.

Massart (J.). Essai de classification des réflexes non nerveux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Anton (W.). Studien über das Verhalten des lymphatischen Gewebes in der Tuba Eustachii und in der Paukenhöhle beim Fötus, beim Neugeborenen und beim Kinde. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 7.) — Recherches sur l'état du tissu lymphatique dans la trompe d'Eustache et dans la caisse du tympan chez le fœtus, le nouveau-né et l'enfant.

Bonome (A.). Sulla fine struttura ed istogenesi della neuroglia patologica. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 2.)

Bruneau. Un cas d'orifice aortique avec deux valvules sigmoïdes. (*Marseille méd.*, 1er août.)

Chilesotti (E.). Ricerche anatomiche sopra certe particolari produzioni di tessuto alla superficie delle ovaie e del peritoneo pelvico in un caso di eclampsia puerperale. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 9.)

Collina (M.). Le fibre elastiche nei tumori. (*Morgagni*, juin.)

De Buck (D.). Altérations nerveuses dans la carcinose. (*Journ. de neurol.*, 20 juin.)

Deetz (E.). Vier weitere Fälle von Plattenepithel-Krebs der Gallenblase; ein Beitrag zur Frage der Epithel-Metaplasie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 3.) — 4 nouveaux cas d'épithélioma pavimenteux de la vésicule biliaire; contribution à l'étude de la métaplasie épithéliale.

Dohrn (K.). Zur pathologischen Anatomie des Frühtodes nach Hautverbrennungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — Anatomie pathologique de la mort précoce à la suite de brûlures cutanées.

Ercklentz. Zur pathologischen Anatomie des « pulsirenden Exophthalmus ». (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 3 août.)

Frattin (G.). Contributo alla nozione istologica degli endoteliomi dei vasi sanguigni. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 2.)

Gandy (C.) et **Griffon** (V.). Lésions gastriques au cours d'une infection expérimentale par le méningocoque de Weichselbaum. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Herxheimer (G.). Ueber supravasale Pericard-Knötchen und Sehnenflecke. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 2.) — Des nodules péricardiques supravasculaires et des plaques laiteuses.

Hirschfeld (H.). Ueber Veränderungen der multinucleären Leukocyten bei einigen Infectionskrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 juillet.) — Des altérations des leucocytes polynucléaires dans quelques maladies infectieuses.

Iwanoff (I.). Ueber die Bedingungen des Erscheinens und die Bedeutung der Varicosität der Protoplasmafortsätze der motorischen Zellen der Hirnrinde; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — Genèse et signification des varicosités dans les prolongements protoplasmiques des cellules motrices de l'écorce cérébrale.

Omeltchenko (Th.). Les diverticules de la vessie et leurs conséquences (en russe). (*Méd. sbornik Varchavsk. Ouyazd. voyén. gospitalia*, XIV, 1-2.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Anzilotti (G.). Contributo alla conoscenza della diffusione ai tronchi nervosi del processo infiammatorio da focolai suppurativi. (*Riforma med.*, 1er, 2 et 3 août.)

Boccardi (G.) et **Zinno** (A.). Lezioni di patologia generale. 2e éd. In-8°, 48 p. Naples.

Borrmann (R.). Das Wachstum und die Verbreitungswege des Magencarcinoms vom anatomischen und klinischen Standpunkt. In-8°, 376 p. avec fig. Iéna. — Le développement et les voies de propagation du cancer de l'estomac au point de vue anatomique et clinique.

Bruno (S.). I rapporti dell'urologia con la fisiopatologia nella clorosi. In-8°, 39 p. Ascoli Piceno.

Buchner (H.). Sind die Alexine einfache oder complexe Körper? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 août.) — Les alexines sont-elles des corps simples ou complexes?

Chantemesse (A.) et **Podwyssotsky** (W.). Les processus généraux. T. Ier : histoire naturelle de la maladie; hérédité; atrophies; dégénérescences; concrétions; gangrènes. In-8°, 428 p. avec fig.

Dieudonné (A.). Ueber Immunität und Immunisierung. (*Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Med.*, I, 8.)

Ebstein (W.). Einige Bemerkungen über die Beziehungen zwischen der Gicht und den Steinkrankheiten. In-8°, 16 p. Berlin. — Quelques remarques sur les rapports entre la goutte et les lithiases.

MÉDECINE

Barjon (F.) et **Cade** (A.). Un cas de tétanie d'origine gastrique. (*Lyon méd.*, 21 juillet.)

Bizzozero (G.). Manuale di microscopia clinica, con aggiunte riguardanti l'uso del microscopio nella medicina legale. 5e éd. In-8°, 430 p. avec fig. Milan.

Boas (I.). Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. II. Teil : Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 4e éd. In-8°, 328 p. avec fig. Leipzig. — Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.

Bolli (V.). Alcune osservazioni sul valore diagnostico e prognostico della diazoreazione. (*Riforma med.*, 8, 9 et 10 août.)

Camus (J.) et **Pagniez** (P.). Action globulicide des urines; hémoglobinurie d'origine urinaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Ceconi (A.) et **Micheli** (F.). Note di crioscopia clinica. (*Riforma med.*, 17, 19 et 20 août.)

Faber (K.). Om tarmdyspepsi. (*Hospitalstidende*, 10, 17 et 24 juillet.) — De la dyspepsie intestinale.

Fuhrmann (E.). Ein Fall von Bradycardie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 10 août.)

Gibbes (C.). Reduplication of the second sound of the heart. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.) — Dédoublement du second bruit cardiaque.

Groddeck. Einiges über die Bedeutung mechanischer Vorgänge im Bauche. (*Wien. med. Presse*, 4, 11 et 18 août.) — Quelques réflexions sur la signification des phénomènes mécaniques qui se produisent dans l'abdomen.

Hall (J. N.). The cardio-vascular changes of renal disease. (*Med. News*, 10 août.)

Hannes (W.). Schweissausbruch und Leukocytose. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 24 août.) — Transpiration et leucocytose.

Hopkins (S. D.). Uremia and its differential diagnosis. (*Med. News*, 10 août.)

Jamin. Ein Fall von multiplen Dermatomyomen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.)

MALADIES INFECTIEUSES

Arbaud (A.). Rapport sur l'épidémie de peste à Port-Saïd (avril-juillet 1900). (*Arch. de méd. navale*, août.)

Billet (A.). Contribution à l'étude de la fièvre intermittente de type quarte. (*Bull. méd. de l'Algérie*, juillet et août.)

Bracken (H. M.). Variola. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 août.)

Brownlee (J.). The serotherapeutics of plague. (*Lancet*, 17 août.) — La sérothérapie de la peste.

Carpot (C.). La fièvre jaune; épidémie de l'année 1900 à Saint-Louis du Sénégal. In-8°, 91 p. Bordeaux.

Courmont (J.) et **Lesieur** (Ch.). La polynucléose de la rage. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Davies (D. S.). Plague and its prevention as a disease communicable from animal to man. (*Brit. Med. Journ.*, 10 août.) — De la peste en tant que maladie transmissible de l'animal à l'homme, et de sa prophylaxie.

Dueñas (J. L.). Diagnóstico de la fiebre amarilla. In-8°, 188 p. La Havane.

Ebbell (B.). Beri-beri's ætiologi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Eichhorst (H.). Ueber Brand an Armen und Beinen nach Scharlach und anderen Infectionskrankheiten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.) — De la gangrène des extrémités, consécutive à la scarlatine et aux autres maladies infectieuses.

Elgart (J.). Vyznam myalgii u akutnich chorob infekcnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 3 août.) — Sur la signification des myalgies dans les maladies infectieuses aiguës.

Flügge (C.). Weitere Beiträge zur Verbreitungsweise und Bekämpfung der Phthise. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 1.) — Nouvelles recherches sur le mode de propagation de la tuberculose et sur les moyens de la combattre.

Frenkel (L.) et **Bronstein** (O.). Experimentelle Beiträge zur Frage über tuberculöse Toxine und Antitoxine. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bechterev (V. von). Das antero-mediale Bündel im Seitenstrange des Rückenmarks. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.) — Le faisceau antéro-médian du cordon latéral de la moelle épinière.

Bernhardt (M.). Notiz über Mitbewegungen zwischen Lid- und Nasenmuskulatur. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 août.) — Note sur les mouvements conjugués de la musculature des paupières et de celle du nez.

Bonhöffer (K.). Zur Pathogenese des Delirium tremens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 août.)

Bruce (L. C.) et **Alexander** (H. de Maine). The treatment of melancholia. (*Lancet*, 24 août.)

Crocq (J.). Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture. (*Journ. de neurol.*, 5 et 20 août.)

Ehrnrooth (E.). Zur Kenntnis der Bedeutung des Traumas als ätiologisches Moment der Entstehung infectiöser Cerebralerkrankungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 1-2.) — Le traumatisme considéré comme facteur étiologique des affections cérébrales infectieuses.

Fickler (A.). Zur Frage der Regeneration des Rückenmarks. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — Sur la régénération de la moelle épinière.

Gowers (Sir W. R.). Epilepsy, and other chronic convulsive diseases; causes, symptoms, treatment. In-8°, 344 p. Londres.

Hagelstam (J.). Ueber intermittirendes Hinken — claudication intermittente (Charcot) — als Symptom von Arteriosklerose. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 1-2.)

Hirschfeld. Zur Therapie anämischer Leiden auf nervöser und hysterischer Basis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 10 août.) — Traitement des états anémiques d'origine nerveuse ou hystérique.

Homburger (A.). Erfahrungen über den Babinski'schen Reflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.)

Homén (E. A.). Zur Kenntnis der rhachitischen (?) Deformationen der Schädelbasis und der basalen Schädelhyperostosen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 1-2.) — Des déformations rachitiques et des hyperostoses de la base du crâne.

Huyghe. Du traitement de la chorée hystérique par l'immobilisation. (*Nord méd.*, 1er août.)

Kleefeld (A.). De l'action de l'alcool sur les neurones. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Löwenfeld (L.). Der Hypnotismus. In-8°, 522 p. Wiesbaden.

Merkens (W.). Ueber die beim otitischen Abscess des linken Schläfenlappens auftretenden Störungen der Sprache. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — Des troubles de la parole dans les cas d'abcès otitique du lobe temporal gauche.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bender (E.), **Bockhart** (M.) et **Gerlach** (V.). Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie des Ekzems. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 août.)

Besnier (E.), **Jacquet** (L.) et **Brocq** (L.). La pratique dermatologique; traité de dermatologie appliquée. T. II. In-8°, 1058 p. avec fig.

Beyer (A.). Ueber atypische Psoriasis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 et 29 août.)

Bureau (G.). Alopécie congénitale par aplasie moniliforme des cheveux. (*Gaz. méd. de Nantes*, 17 août.)

Dalton (G.). The modern treatment of gonorrhœa. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Dubreuilh (W.). De l'acné nécrotique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 août.)

Halle (A.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 et 15 août.)

Hyde (J. N.) et **Montgomery** (F. H.). Practical treatise on diseases of the skin. 6e éd. In-8°, 828 p. Londres. — Traité pratique des maladies de la peau.

Marshall (C. F.). Remarks on reinfection in syphilis. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, aout.)

CHIRURGIE

Robb (H.). The advantages and disadvantages of drainage after abdominal operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juillet.)

Schanz (A.). Das Redressement schwerer habitueller Kyphosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juillet.)

Schiassi. Nefroptosi e nefropessia. (*Riforma med.*, 22 juillet.)

Schilling (Th.). Ueber den schnellenden Finger. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.) — Du doigt à ressort.

Schloffer (H.). Ueber die operative Behandlung gutartiger Magenerkrankungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 et 18 juillet.) — Du traitement opératoire des affections bénignes de l'estomac.

Schmitt (A.). Ueber Bauchoperationen ohne Narkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juillet.) — Des opérations abdominales pratiquées sans anesthésie.

Schrötter (H. von). Zur Aetiologie und Therapie tiefsitzender Stenosen der Luftröhre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Etiologie et traitement des sténoses de la trachée profondément situées.

Schulz (J.). Ein weiterer Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der Basedowschen Krankheit. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.)

Secrétan (H.). Œdème dur et hyperplasie traumatique du métacarpe dorsal. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Sheild (A. M.). The experience of forty-two cases of goitre treated by operation. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.) — 42 opérations de goitre.

Sheldon (J. G.). Appendicitis with thrombosis and suppuration in the right iliac and femoral veins. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 juillet.)

Solieri (S.). Ricerche sperimentali sulle modificazioni della resistenza del peritoneo alla infezione da bacterium coli in seguito ad iniezioni endo-peritoneali di diverse sostanze e loro applicazioni alla chirurgia addominale nell'uomo. (*Riforma med.*, 4, 5 et 6 juillet.)

Spiridonov (I.). Blessures par armes à feu du crâne (en russe). (*Méd. sbornik Varchavsk. Ouyazd. voyén. gospitalia*, XIV, 1-2.)

Sprengel. Zur Methodik der Appendicitisoperation. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 13 juillet.)

Stempel (W.). Das Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur socialen Gesetzgebung (Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetz). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.) — La coxalgie sénile comme maladie professionnelle et dans ses rapports avec la législation sur l'assurance contre les accidents et contre la vieillesse.

Stieda (A.). Zur Geschichte der circulären Pylorectomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 5-6.)

Stierlin (R.). Ueber Darmocclusion; Kasuistisches und Kritisches. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 juillet.) — De l'occlusion intestinale.

Thomson (H. C.). The prognosis and treatment of cases of ascites occurring in the course of alcoholic cirrhosis of the liver, with special reference to the treatment by operation. (*Lancet*, 20 juillet.)

Torrance (G.). Skin grafting by means of freezing, with reports of some cases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 juillet.) — Greffes cutanées avec anesthésie par réfrigération.

Vaccari (L.). La cura radicale delle ernie. (*Policlinico*, 13 juillet.)

Weber (F.). Ueber Peritonitis pseudomyxomatosa. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 27 juillet.)

Weir (R. F.). An improved method of treating high-seated cancers of the rectum. (*Med. News*, 27 juillet.) — Un procédé perfectionné de traitement du cancer haut situé du rectum.

Wharton (H. R.). Wounds of the venous sinuses of the brain; an analysis of 70 cases. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Blessures des sinus veineux du cerveau.

Wilms. Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem unteren Teil des Oesophagus vom Magen aus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.) — L'extraction des corps étrangers de la portion inférieure de l'œsophage par la voie gastrique.

OPHTALMOLOGIE

Badal. Traitement des cataractes commençantes par les collyres et les bains oculaires iodurés. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 juillet.)

Besio (E.). La forme du cristallin humain. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet et sept.)

Blaskovics (F.). Zur Operation des juvenilen Stars. (*Pest. med.-chir. Presse*, 21 et 28 juillet et 4 août.) — Traitement opératoire de la cataracte juvénile.

Bull (Ch. S.). Metastatic chorioiditis occurring in the course of pneumonia, due to grippe, based on a study of six cases with two autopsies. (*Med. Record*, 31 août.)

Gallemaerts (E.). Amaurose hystérique double. (*Policlinique*, 1er août.)

Guende (Ch.). Les luxations spontanées du cristallin. (*Marseille méd.*, 15 août.)

Hartridge (G.). Ophthalmoscope. 4e éd. In-8°, 168 p. Londres.

Heymann (E.). Ophthalmologische Operationslehre. In-8°, 104 p. avec fig. Halle.

Hochheim (W.). Ueber Farbenblindheit in bahnärztlicher Beziehung und über den Wert des Blau als Signalfarbe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 août.) — De la dyschromatopsie chez les employés de chemins de fer et de la valeur de la couleur bleue pour les signaux.

Holmström (J.). Trettio fall af järnsplittra i ögat jämte anmärkningar om magnetoperationen. (*Hygiea*, mai.) — 30 cas de blessure de l'œil par éclat de fer; remarques sur l'emploi de l'aimant.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ansaloni. Une opération césarienne conservatrice. (*Touraine méd.*, août.)

Atlee (L. W.). Ovarian symptoms and their value as evidence of ovarian pathological conditions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Baldy (J. M.). Cancer of the uterine neck, with comments on the present-day teaching. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 août.) — Cancer du col de l'utérus; traitement moderne.

Currier (A. F.). Injuries of the head in the newborn. (*Med. News*, 3 août.) — Traumatismes du crâne chez le nouveau-né.

Davis (E. C.). Cesarean section, with report of a successful operation on patient with a rachitic pelvis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Deronde (E.). Un cas d'inondation péritonéale. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 août.)

Dirmoser (E.). Der Vomitus gravidarum perniciosus (Hyperemesis gravidarum). In-8°, 50 p. Vienne.

Doranth (K.). Eklampsie bei einer 16 jährigen Virgo. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 août.) — Eclampsie chez une vierge de seize ans.

Dueñas (J. L.). Tuberculosis of the female internal genital organs; secondary infection of the peritoneum and the intestine. (*Arch. of Pediatrics*, oct.)

Edebohls (G. M.). Is the Kraske operation justifiable in women? (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — L'opération de Kraske est-elle justifiée chez les femmes?

Ekstein. Ueber die Anwendung der Kopfzange bei Steisslagen. (*Prag. med. Wochensch.*, 20 juin.) — L'emploi du forceps dans les présentations du siège.

Engelmann (F.). Ueber vaginale Myomoperationen. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 305.)

Fehmers (Ch.). Parametritis actinomycotica. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 juin.)

Fellner (O.). Herz und Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept. et oct.) — Cœur et grossesse.

Franz (K.). Ueber vaginale Punktion und Incision. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juillet.)

Godart (J.). Opérations conservatrices sur les annexes de l'utérus. (*Policlinique*, 15 août.)

Hauffe (G.). Ein Beitrag zur Wehenerregung allein durch intra-uterine, wenig nachgiebige Gummiblasen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Provocation des contractions utérines exclusivement au moyen de ballons en caoutchouc à parois peu élastiques.

Hill (R. S.). Ovarian cysts. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Huppert (L.). Behandlung des Vaginismus mittels Kolpeurynters. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 août.)

Kraus (E.). Ueber das Zustandekommen der Krebsmetastasen im Ovarium bei primärem Krebs eines anderen Bauchorgans. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Des métastases cancéreuses dans l'ovaire, consécutives au cancer primitif d'un autre viscère abdominal.

Shoemaker (G. E.). The treatment of suppurating hæmatocele due to extra-uterine pregnancy. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

22e ANNÉE. — N° 4. Vingt centimes le numéro. 22 JANVIER 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Clinique médicale. — M. Ernest Barié : Les épanchements pleuraux chez les cardiaques ... 25

Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Prophylaxie et thérapeutique de la tuberculose, fondées sur la connaissance du terrain de cette affection ... 27

Académie des sciences. — Sur la fracture de l'avant-bras, dans la mise en marche des moteurs d'automobile ... 27
Sur l'aberration de sphéricité de l'œil ... 27

Société de chirurgie. — Sur les accidents mortels de la chloroformisation ... 28
Greffe des vésicules hydatiques ... 28
Jéjunostomie avec disposition verticale de l'anse intestinale ... 28

Société médicale des hôpitaux. — Du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans quelques affections nerveuses et mentales ... 28
Collections sous-cutanées purulentes et huileuses à bacilles typhiques, consécutives à des injections hypodermiques médicamenteuses chez une dothiénentérique ... 28
Action hémolytique du sérum et de quelques liquides pathologiques ... 28

Société de biologie. — Formule histologique de l'exsudat et état de la perméabilité de la plèvre au cours des pleurésies rhumatismales ... 28
De l'état du sang dans la syphilis, le tabes et la paralysie générale ... 29
Influence des toxones de la tuberculine sur le développement de la tuberculose expérimentale ... 29
Quelques faits relatifs à la sérothérapie du cancer ... 29
Modifications de la pression artérielle sous l'influence des solutions salines concentrées ... 29

Etranger : *Société de médecine interne de Berlin.* — De l'intervention chirurgicale dans les néphrites ... 29
Myiase intestinale chez l'homme ... 29

Lettres d'Autriche. — Localisations atypiques du chancre syphilitique ... 29
De la prétendue influence curative de la malaria sur le cancer ... 29
Hypertrophie et dégénérescence d'une glande thyroïde accessoire à la suite de l'extirpation d'un goitre ... 30
Sur un cas d'érythromélalgie ... 30

Littérature médicale : *Publications françaises.* — De l'emploi du siphon pour pratiquer et pour limiter la thoracentèse ... 30
Etude sur les résonances tympaniques dans la pneumonie aiguë ... 30

Publications allemandes. — Un nouveau signe précoce de la grossesse et de l'avortement imminent ... 30
Recherches expérimentales sur les causes de la mort dans la péritonite par perforation ... 31

Publications italiennes. — Rapports de l'érysipèle de la face avec les vents ... 31
Des effets, sur le testicule, de l'interruption des voies spermatiques ... 31

Notes thérapeutiques. — Lavements d'extrait de capsules surrénales comme hémostatique contre l'hématémèse ... 32
Du choix de la région pour la ligature de l'artère pédieuse ... 32
Traitement de la constipation opiniâtre d'origine nerveuse par le repos ... 32
L'électrolyse péri et supracornéenne dans le traitement du pannus granuleux et des kératites ... 32

Bulletin bibliographique international.

Varia. — Prix proposés par l'Académie de médecine de Paris pour l'année 1904.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Aberration de sphéricité de l'œil ... 27³
Affections cardiaques et épanchements pleuraux ... 25¹
— nerveuses et mentales et cytologie du liquide céphalo-rachidien ... 28²
Avortement imminent et érythrocytes colorables par l'iode ... 30³
Cancer ... 29¹
— et malaria ... 29³
Capsules surrénales en lavement contre l'hématémèse ... 32¹
Chancres extragénitaux ... 29³
Chloroformisation et accidents mortels ... 28¹
Collections huileuses chez une dothiénentérique ... 28³
Constipation d'origine nerveuse ... 32²
Electrolyse contre le pannus granuleux et les kératites ... 32³
Epanchements pleuraux chez les cardiaques ... 25¹
Erysipèle de la face et influence du vent ... 31³
Erythromélalgie ... 30¹
Ethylcarbonate de quinine pour éviter les bourdonnements d'oreille ... 29²
Fièvre typhoïde et collections huileuses ... 28³
Fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur ... 28²
Fractures de l'avant-bras chez les conducteurs d'automobile ... 27³
Glande thyroïde accessoire hypertrophiée à la suite de l'ablation d'un goitre ... 30¹
Globules rouges colorables par l'iode dans la grossesse et l'avortement imminent ... 30³
Grossesse et érythrocytes colorables par l'iode ... 30³
Hématémèse ... 32¹
Hyposulfite de soude et neutralisation des toxalbumines ... 29²
Ipéca et son mode d'action ... 29²
Jéjunostomie avec disposition verticale de l'anse intestinale ... 28²
Kératites ... 32³
Leucémie aiguë avec septicémie ... 30¹
Liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses et mentales ... 28²
Malaria et cancer ... 29³
Myiase intestinale ... 29³
Mort au cours de la chloroformisation ... 28¹
— dans la péritonite par perforation ... 31¹
Néphrites ... 29²
Pannus granuleux ... 32³
Paralysie générale et son hématologie ... 29¹
Pédieuse et sa ligature ... 32²
Péritonite par perforation et causes de la mort ... 31¹
Pleurésie rhumatismale et cytologie de son épanchement ... 28³
Pleurésies séro-fibrineuses ... 30¹
Plèvre et sa perméabilité dans la pleurésie rhumatismale ... 28³
Pneumonie et résonances tympaniques ... 30³
Repos au lit contre la constipation d'origine nerveuse ... 32²
Résonance tympanique dans la pneumonie ... 30³
Sang des syphilitiques, des tabétiques et des paralytiques généraux ... 29¹
Sérothérapie du cancer ... 29¹
Sérum et sérosités pleurale et péritonitique, et leur action hémolytique ... 28³
Solutions salines concentrées et leurs effets sur la pression artérielle ... 29²
Syphilis et son hématologie ... 29¹
Tabes et son hématologie ... 29¹
Testicule et effets de l'interruption des voies spermatiques ... 31³
Thoracentèse au moyen du siphon ... 30¹
Traitement chirurgical des néphrites ... 29²
— de la constipation d'origine nerveuse ... 32²
— de la tuberculose ... 27²
— de l'hématémèse ... 32¹
— des pleurésies séro-fibrineuses ... 30¹
— du pannus granuleux et des kératites ... 32³
Tuberculine et ses toxones ... 29¹
Tuberculose ... 27²
Vents et leur influence sur l'érysipèle de la face ... 31³
Vésicules hydatiques et leur greffe ... 28²

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Rouen. — M. le docteur A.-L. Longuet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Giovanni Colombo est nommé privat-docent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur P. S. Spéransky est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur H. von Ziemssen, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Giovanni Garibaldi, professeur d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Gênes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Kaufmann (E.). Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 2e éd. In-8°, 1154 p. avec fig. Berlin.

Léquyer (J.). Quelques cas de malformation cardiaque. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 et 17 août.)

Löwit (M.). Ueber extracelluläre Formen der Haemamoeba leukaemiae magna. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 7.)

Maas (O.). Ueber Veränderungen im Centralnervensystem nach Unterbindung der Schilddrüsengefässe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 août.) — Des altérations du système nerveux central, consécutives à la ligature des vaisseaux de la glande thyroïde.

Marx (H.). Ueber Fettgewebs-Nekrose und Degeneration der Leber bei Pankreatitis haemorrhagica. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 2.) — De la nécrose graisseuse et de la dégénérescence du foie dans la pancréatite hémorrhagique.

Polak Daniëls (L.). Ueber das Stroma in Sarcomen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 2.)

MÉDECINE

Bordoni (L.). Note di crioscopia clinica. (*Clinica moderna*, 31 juillet, 7 et 21 août.)

Jaksch (R. von). Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. 5e éd. In-8°, XXVIII-626 p. avec fig. Vienne. — Diagnostic clinique des maladies internes au moyen de procédés de recherches bactériologiques, chimiques et microscopiques.

Knotz (I.). Zwei Fälle von subphrenischem Abscess. (*Wien. med. Presse*, 25 août.)

Kose (O.). O mnozstvi zeleza v krvi pri ruznych anaemiich. (*Casopis lékaru ceskych*, 10 août.) — De la teneur du sang en fer dans les diverses anémies.

Krokiewicz (A.). Beitrag zur Lehre vom Aneurysma aortae. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er août.)

Kukula (O.). O autointoxikacich pri occlusich strevnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 20 et 27 juillet.) — Des auto-intoxications dans les occlusions intestinales.

Lenzmann (R.). Die entzündlichen Erkrankungen des Darms in der Regio ileo-cæcalis und ihre Folgen. In-8°, 371 p. avec fig. Berlin. — Les phlegmasies de la portion iléo-cæcale de l'intestin et leurs suites.

Levaditi (C.). Un cas de leucémie myélogène; considérations sur la Mastzellen-leucocytose et sur l'hétérochromasie des granulations leucocytaires. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Liebermeister (C. von). Grundriss der inneren Medicin. 2e éd. In-8°, 448 p. Tubingue. — Précis de pathologie interne.

Macalester (R. K.). Gouty affections of the kidney. (*Med. News*, 10 août.) — Les affections goutteuses du rein.

Mendelsohn (M.). Zur Compressionstherapie der Herzkrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 août.) — Traitement des cardiopathies par la compression.

Meyer (E.). Ueber Alkaptonurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.)

MALADIES INFECTIEUSES

Happel (T. J.). A further study of pseudo or modified smallpox (?). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 août.)

Heymann (B.). Versuche über die Verbreitung der Phthise durch ausgehustete Tröpfchen und durch trockenen Sputumstaub. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 1.) — Recherches sur la propagation de la phtisie par les gouttelettes projetées pendant la toux et par la poussière provenant de crachats desséchés.

Indian Plague Commission, 1898-1899 : Indices to the evidence, also glossary, maps, and summary of the report and appendices. T. IV. In-8°, 154 p. avec cartes. Londres.

Mackie (F. P.). The condition of the blood in scarlet fever. (*Lancet*, 24 août.) — L'état du sang dans la scarlatine.

Minutes of evidence taken by the Indian Plague Commission, with appendices. Vol. III : Evidence taken from 11th February 1899 to 20th May 1899. In-8°, 661 p. avec tracés. Londres.

Nenninger (O.). Ueber das Eindringen von Bakterien in die Lungen durch Einathmung von Tröpfchen und Staub. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 1.) — De la pénétration des bactéries dans les poumons par inhalation de gouttelettes et de poussières [infectées].

Ollive. Fièvre typhoïde; quelques complications; le pronostic. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 août.)

Rabot (F.) et **Bonnamour.** De l'emploi du sérum artificiel comme moyen de pronostic dans les maladies infectieuses chez les enfants, et en particulier dans la diphtérie. (*Lyon méd.*, 25 août.)

Reed (W.). The propagation of yellow fever; observations based on recent researches. (*Med. Record*, 10 août.) — La propagation de la fièvre jaune.

Report of the Indian Plague Commission (1898-1899), with appendices and summary. T. V. In-8°, 540 p. Londres.

Richter (P.). Ueber Masern und Pemphigus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 1-2.) — Rougeole et pemphigus.

Roger (H.). Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'érysipèle. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Rondot (E.). Tuberculose pulmonaire de la région du hile. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 août.)

Sacquépée (E.). De la diazo-réaction dans la fièvre typhoïde. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Soulié et **Charvin.** Récidives de variole. (*Bull. méd. de l'Algérie*, aout.)

Van den Bergh (A. H.). Over de retentie der chloriden bij koortsachtige ziekten. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 août.) — De la rétention des chlorures dans les maladies infectieuses.

Vigot (A.). Pneumographie chez les tuberculeux pulmonaires. (*Année méd. de Caen*, août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Meyer (E.). Zur Klinik der Puerperalpsychosen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 août.)

Muskens (L. J.). Onderzoekingen omtrent pijngevoelsstoornissen in verband met de segmentale huid-innervatie, bij toevallijders en epileptische krankzinnigen, als ook bij hereditair syphilitische en gezonde personen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 fév., 2, 9 et 16 mars.) — Recherches sur les modifications de la sensibilité à la douleur au point de vue de l'innervation segmentaire de la peau, chez les épileptiques, les déments épileptiques, les syphilitiques héréditaires et les personnes saines.

Obersteiner (H.). Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. 4e éd. In-8°, 680 p. avec fig. Vienne. — Guide pour l'étude de la structure du système nerveux central à l'état normal et pathologique.

Parisot (P.). Neurasthénie et vieillesse. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

Poussèpe (L.). Spondylose rhizomélique (en russe). (*Vratch*, 11 et 18 août.)

Préobrajensky (P.). Un cas de tétanos bulbaire avec autopsie (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

Rossolimo (G.). Recidivirende Facialislähmung bei Migräne. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — Paralysie faciale à répétition, associée à la migraine.

Scarpini (V.). Studio clinico ed anatomo-patologico di un caso di chorea minor. (*Riforma med.*, 29 août.)

Sciamanna (E.). Le psicosi costituzionali. (*Clinica moderna*, 28 août.)

Silfvast (J.). Ein Fall von Abscess des Rückenmarks nebst retrobulbärer Neuritis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 1-2.) — Un cas d'abcès de la moelle épinière avec névrite rétrobulbaire.

Stoner (H.). The etiology of melancholia. (*Med. News*, 17 août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Möller (M.). Fortsatta iakttagelser angaaende lungembolie vid injektion af olösliga kviksilfverpreparat. (*Hygiea*, mai.) — Nouvelles observations sur l'embolie pulmonaire consécutive aux injections de préparations mercurielles insolubles.

Ohmann-Dumesnil (A. H.). A case of keratosis palmaris et plantaris. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, août.)

Reiss (W.). Zwei Fälle seltener Localisation des syphilitischen Initialaffectes. (*Wien. med. Presse*, 4 août.) — Deux cas de chancre syphilitique à localisation rare.

Rohleder (H.). Ueber medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten. (*Berlin. Klinik*, août.) — Des savons médicamenteux contre les maladies de la peau.

Sellei (J.). Lymphangioma cutis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.)

Török (L.). Die Aetiologie der Impetigo circinata (annularis, figurata). (*Pest. med.-chir. Presse*, 4 août.)

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section de dermatologie et de syphiligraphie [compte rendu officiel]. In-8°, 787 p. avec fig.

Truffi (M.). Le tigne; ricerche sperimentali. In-4°, 185 p. avec fig. Pavie.

Waldo (H.). Lupus erythematosus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

Weisz (M.). Zur Syphilistherapie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 18 août.)

Whitfield (A.). Report of a case of the corymbose syphilide. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

Zeissl (M. von). Diabetes insipidus infolge von Syphilis. (*Wien. med. Presse*, 11 août.)

CHIRURGIE

Adrian (C.). Ueber Neurofibromatose und ihre Komplikationen. (*Beitrage z. klin. Chir.*, XXXI, 1.)

Auler. Ueber extrasynoviale Kapselplastik und andere plastische Operationen am Kniegelenk. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — Autoplastie capsulaire extrasynoviale et autres opérations plastiques pratiquées sur le genou.

Baillet (M.). Opportunité de l'intervention chirurgicale précoce dans l'appendicite aiguë. (*Touraine méd.*, août.)

Beck (C.). Fissure of the head of the radius. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Fissure de la tête du radius.

Bolton (P. R.). Forward dislocation of the semilunar bone. (*Ann. of Surgery*, août.) — Luxation de l'os semi-lunaire en avant.

Braun (H.). Ueber die Resection des Halssympathicus bei Epilepsie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.)

Büdinger (K.). Ueber die Ausscheidung des Chloroforms aus den Respirationsorganen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er août.) — De l'élimination du chloroforme par les organes respiratoires.

Cheyne (W. W.) et **Burghard** (F.). Manual of surgical treatment. Part V : Head, face, jaws, lips, larynx, trachea. In-8°, 492 p. Londres.

Cramer (F.). Ueber die Lösung der verwachsenen Kniescheibe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Du décollement de la rotule adhérente.

Deaver (J. B.). Atypical and unusual varieties of appendicitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 juillet.)

Delagénière (H.). Statistique des opérations pratiquées au Mans du 1er janvier au 31 décembre 1900. (*Arch. provinc. de chir.*, août.)

Ehrhardt (O.). Ueber Zerstörung von Geschwulstresten in der Wunde durch heisses Wasser. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Destruction des débris des néoplasmes au moyen de l'eau bouillante.

Eiselsberg (F. von). Zur Technik der Uranoplastik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.)

Eversmann (J.). Ueber das Verhalten der Gelenkkapsel und der abgesprengten Epitrochlea bei der Luxation im Ellenbogengelenk nach aussen mit Interposition. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — Etat de la capsule articulaire dans les cas de luxation du coude en dehors avec interposition de l'épitrochlée détachée.

Fabrini (F.). Ricerche sulle conseguenze che si verificano nel testicolo per la interruzione delle vie di emissione dello sperma; nota preventiva. (*Clinica moderna*, 21 août.)

Fairchild (D. S.). Ulcer of the duodenum considered from a surgical standpoint. (*Med. News*, 3 août.)

Fiori (P.). Contributo alla patogenesi delle cisti del cordone spermatico. (*Riforma med.*, 26 et 27 août.)

Franke (F.). Ein seltener Fall von Magenresection. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.) — Un cas rare de résection de l'estomac.

Fränkel (A.). Zur Wundbehandlung nach Operationen wegen localer Tuberculose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Traitement des plaies résultant d'opérations pour tuberculose locale.

Gallois (E.) et **Piollet** (P.). Les déchirures vasculaires par fractures fermées de la clavicule, à propos d'un cas d'anévrysme artérioso-veineux consécutif à une fracture indirecte de la clavicule droite. (*Rev. de chir.*, juillet et août.)

Gocht (H.). Orthopädische Technik. In-8°, 138 p. avec fig. Stuttgart.

Guleke (N.). Beitrag zur Statistik des Mamma-Carcinoms; Zusammenstellung der in der Klinik des Herrn Prof. von Bergmann in den Jahren 1882-1899 zur Beobachtung gelangten Fälle von Mamma-Carcinom. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Les cas de cancer du sein observés à la clinique de von Bergmann de 1882 à 1899.

Gwyer (F. W.). An operation for saddle nose. (*Ann. of Surgery*, août.) — Un procédé opératoire pour le nez en selle.

Hall-Edwards (J.). The Röntgen rays in military surgery; experiences in South Africa. (*Brit. Med. Journ.*, 24 août.)

Hämig (G.). Beobachtungen über Perityphlitis an der Züricher chirurgischen Klinik während der zwei Decennien 1881-1901. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.)

Henle (A.). Zur Technik der Sondirung schwer permeabler Speiseröhrenverengerungen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 24 août.) — La technique du cathétérisme de l'œsophage dans les cas de rétrécissement difficilement franchissable.

Heurtaux. Eléphantiasis des membres inférieurs et du scrotum. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 août.)

Hill (C.). Acute peritonitis; its treatment upon an etiological basis. (*Med. News*, 17 août.)

UROLOGIE

Alexander (S.). Intraperitoneal rupture of the bladder treated by laparotomy and suture; report of 45 cases. (*Ann. of Surgery*, août.) — Rupture intrapéritonéale de la vessie, traitée par la laparotomie et la suture.

Barbat (J. M.). The present status of renal and ureteral surgery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 août.)

Chudovszky (M.). Die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Diagnostik der Blasensteine. (*Pest. med.-chir. Presse*, 18 août.) — L'emploi des rayons de Röntgen pour le diagnostic des calculs de la vessie.

Fuchs (F.). Zur Kenntnis des Urethrospasmus in der vorderen Harnröhre. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Des spasmes de la partie antérieure de l'urèthre.

Gellért (A.). Zur Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 9.) — Diagnostic des affections chirurgicales du rein.

Goldmann (E.). Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.) — Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Gross (G.). Double perforation vésicale par empalement. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Kümmell (H.). Practische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement des maladies du rein.

Küster (E.). Die Nieren-Chirurgie im 19. Jahrhundert; ein Rück- und Ausblick. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — La chirurgie rénale au dix-neuvième siècle.

Marocco (G.). Sulle rotture dell'uretra. (*Riforma med.*, 30 et 31 août.)

Pousson (A.). Quand et comment sonder les prostatiques. (*Touraine méd.*, août.)

Rafin et **Verrière**. Anurie calculeuse. (*Lyon méd.*, 8 sept.)

Scarrone (T.). Contributo clinico alla epicistotomia per calcoli, con sutura immediata della vescica. (*Riforma med.*, 21 août.)

Wichmann (H.). Ein Fall von isoliertem Carcinom der Urethra. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.)

OPHTALMOLOGIE

Koster (W.). Een geval van conjunctivitis petrificans. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er juin.)

Lagrange. Quatre cas de gliome de la rétine. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 mai.)

Majewski (C.). Sur les agents qui influencent le degré de l'astigmatisme cornéen après l'opération de la cataracte. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Marie et **Ribaut**. Observations sur la théorie de la vision stéréoscopique, et secondairement de la vision binoculaire ordinaire (théorie de M. Parinaud). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Mendel (F.). Ueber Star-Operationen bei Hochbetagten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 août.) — Opération de la cataracte chez les vieillards.

Morax (V.) et **Chaillous** (J.). Sur le diagnostic des affections tuberculeuses de l'appareil visuel. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Pergens (E.). Pemphigus des Auges. In-8°, 74 p. Berlin. — Pemphigus oculaire.

Smith (P.). Ueber Frühbehandlung des Schielens bei jungen Kindern. (*Wien. med. Presse*, 18 août.) — Traitement précoce du strabisme chez les petits enfants.

Terson (A.). Sur la nature du glaucome aigu. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section d'ophtalmologie [compte rendu officiel]. In-8°, 404 p. avec fig.

Trombetta (E.). La teoria degli specchi e delle lenti applicata alla diagnosi dei vizi di rifrazione. In-8°, 260 p. Florence.

Valude (E.). Procédé de canthoplastie. (*Ann. d'oculist.*, août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Kehrer (F. A.). Pelvis plana osteomalacica. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 août.)

Knapp (L.). Ueber puerperale Infections-Erkrankungen und deren Behandlung. (*Prag. med. Wochensch.*, 10, 17 et 24 janv., 7 fév., 14 mars, 4, 18 et 25 avril, 9 mai, 20 juin et 4 juillet.) — Des infections puerpérales et de leur traitement.

Krönig. Zur Technik der abdominellen Totalexstirpation des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Laubenburg (K. E.). Zur Behandlung der chronischen Metritiden. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 août.) — Traitement des métrites chroniques.

Lichtenstern (E.). Beitrag zur Lehre vom Adenomyoma uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

Mandl (E.). Ein Fall von Gangrän der beiden unteren Extremitäten im Wochenbette. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 et 13 juillet.) — Un cas de gangrène des extrémités inférieures pendant les suites de couches.

Meriwether (F. T.). Cesarean section versus craniotomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Odenthal. Ueber partielle Kolpokleisis bei Blasen-Scheidenfisteln durch Lappenspaltung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 août.) — Colpocleisis partielle à lambeaux pour fistules vésico-vaginales.

Peiser (E.). Zur Kenntnis der Implantationsgeschwülste von Adenocystomen des Ovariums. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Des métastases dans les cas d'adénokystomes de l'ovaire.

Pérochaud. Grossesse et rétrécissement mitral. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 août.)

Poten (W.). Beitrag zur Diagnose der Blasenmolenschwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Diagnostic de la môle hydatiforme.

PÉDIATRIE

Ausset (E.) et **Dorion**. L'amygdalite pharyngée aiguë primitive chez les enfants. (*Echo méd. du Nord*, 4 août.)

Baginsky (A.). Zur Pathologie des Darmtractus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 1-2.) De la pathologie des intestins [chez l'enfant].

Cramer (H.). Zur Stoffwechselgleichung beim Neugeborenen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 1-2.) — La formule des échanges organiques chez le nouveau-né.

Friedjung (J. K.). Vom Eisengehalte der Frauenmilch und seiner Bedeutung für den Säugling. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 1-2.) — La teneur en fer du lait de femme et sa signification pour le nourrisson.

Heermann. Künstliche Athmung bei Bronchitis der Kinder. (*Therap. Monatsh.*, août.) — La respiration artificielle dans la bronchite infantile.

Hirschsprung (H.). Multipel, kronisk, infektiös ledsygdom i barnealderen. (*Hospitalstidende*, 24 avril, 1er, 8, 15 et 22 mai.) — Polyarthrites chroniques infectieuses chez les enfants.

Karcher (J.). Das Schicksal der hereditär-luetischen Kinder. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Le sort des enfants hérédo-syphilitiques.

Kerley (Ch. G.). Suggestions in infant feeding. (*Med. Record*, 31 août.) — De l'alimentation des petits enfants.

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 15. In-8°, 86 p. Vienne.

Morquio (L.). Laringitis edematosas en los niños, por ingestión de agua caliente. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alexander (G.). Ueber die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes in Schleich'scher Localanästhesie; Bericht über elf operirte Fälle. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 août.) — 11 cas d'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde à l'aide de l'anesthésie locale d'après le procédé de Schleich.

Brindel. Sur deux cas d'adénoïdite calculeuse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11 août.)

Coomes (M. F.). Empyema of the antrum of Highmore. (*Amer. Practitioner and News*, 1er août.)

Falkman (B.). Om diagnosen perforatio membranæ tympani. (*Ugeskrift for Læger*, 21 et 28 juin.)

Gradenigo (G.). Die Hypertrophie der Rachentonsille. (*Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Otol. u. Pharyngo-Rhinol.*, IV, 4.) — L'hypertrophie des amygdales.

Grosskopff (W.). Die Entzündungen des äusseren Gehörganges. (*Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Otol. u. Pharyngo-Rhinol.*, IV, 6.) — Les phlegmasies du conduit auditif externe.

Haas (E.). Ueber die Osteome der Nasenhöhle. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.) — Des ostéomes des fosses nasales.

Halász (H.). Zur Lehre von der Labyrinthverletzung. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 août.) — Des traumatismes du labyrinthe.

Hellat (P.). Drei Fälle von Nasenrachengeschwülsten. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 17 août.) — 3 cas de tumeurs du rhinopharynx.

Jacobson (L.). Zur Behandlung der « trockenen » Mittelohraffektionen, insbesondere mit der federnden Drucksonde. (*Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Otol. u. Pharyngo-Rhinol.*, IV, 5.) — Traitement des affections « sèches » de l'oreille moyenne, en particulier par la sonde à ressort.

Jungnickel (H.). Beitrag zur Casuistik der Kiefercysten. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 août.) — Kyste du maxillaire.

Krieg (R.). Atlas der Nasenkrankheiten. In-4°, XXIV-166 p. avec planches. Stuttgart. — Atlas de rhinologie (avec texte en allemand et en anglais).

Lau (N.). Ueber die Heilung alter Trommelfellperforationen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 3 août.) — De la cure des perforations anciennes de la membrane du tympan.

Lenhardt (Ch.). Etude sur la dysphagie dans la tuberculose laryngée. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 août.)

Nizzoli (A.). Frattura sottocutanea della laringe. (*Riforma med.*, 16 août.)

Treitel. Ueber functionelle Herabsetzung der Hörfähigkeit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — De la diminution fonctionnelle de l'acuité auditive.

Wingrave (W.). Tonsillotomy rash. (*Lancet*, 31 août.)

Zalewski (T.). O leczeniu polipów usznych. (*Gaz. lekarska*, 13, 20 et 27 juillet et 3 août.) — Du traitement des polypes de l'oreille.

Zangger (Th.). Die hydriatische Therapie des akuten Stirnhöhlenkatarrhs. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 août.) — L'hydrothérapie dans le catarrhe aigu des sinus frontaux.

HYGIÈNE

Ballner (F.). Zur Gewinnung von keimfreiem Trinkwasser durch Zusatz von Chlorkalk und Brom. (*Wien. med. Wochensch.*, 3, 10 et 17 août.) — Emploi du chlorure de calcium et du brome pour obtenir une eau potable sans microbes.

Bertin (G.). Etude sur la situation sanitaire de l'arrondissement de Nantes pendant l'année 1900. In-8°, 54 p. Nantes.

Bruch (A.). Hygiène de la nourrice. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, août-sept.)

Harrington (C.). Manual of practical hygiene. In-8°, 736 p. avec fig. Londres.

Herr (F.) et **Beninde** (M.). Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Butter. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 1.) — Recherches sur la présence du bacille de Koch dans le beurre.

Ortal. Considérations sur l'hygiène des équipages. (*Arch. de méd. navale*, août.)

Sladen (St. B.). Pasteurisation of infected milk. (*Lancet*, 10 août.) — Pasteurisation du lait infecté.

Steinitz (F.). Die Beseitigung und Desinfection des phthisischen Sputums; ein Beitrag zur Prophylaxe der Phthise. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 1.) — Désinfection des crachats provenant de phtisiques.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Cushny (A. R.). Text-book of pharmacology and therapeutics. 2e éd. In-8°, 730 p. avec fig. Londres.

Elliott (A. R.). The condition of the kidneys with reference to the employment of diuretics. (*Med. News*, 10 août.) — L'état des reins au point de vue de l'emploi des diurétiques.

Grunow. Ueber Anwendung subcutaner Gelatine-Injectionen zur Blutstillung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 août.) — La gélatine en injections sous-cutanées comme hémostatique.

Hagelberg (M.). Beiträge zur antiseptischen Wirkung des Silbers. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 26 août.) — De l'action antiseptique de l'argent.

Heitzman (Ch. W.). Arsenic and its compounds, with special reference to soda cacodylate. (*Med. News*, 17 août.)

Houghton (E. M.). The therapeutic uses of trichlor-tertiary-butyl-alcohol. (*Med. News*, 3 août.)

Jaboulay. Injections médicamenteuses dans le liquide céphalo-rachidien. (*Lyon méd.*, 4 août.)

Jennings (W. O.). On the physiological cure of the morphia habit. (*Lancet*, 10 août.)

BACTÉRIOLOGIE

Blumer (G.). The bacteriology of lobular pneumonia especially in adults. (*Albany Med. Ann.*, août.)

Folli (A.). Bacilli resistenti agli acidi nelle gangrene. (*Riforma med.*, 28 août.)

Levy (F.). Un nuovo carattere differenziale fra il bacillo del tifo ed il bacterium coli (la barbabietola rossa come substrato di coltura in microbiologia). (*Gazz. med. di Torino*, 20 juin.)

Murgia (E.). La virulenza del diplococco nella saliva dell'uomo a seconda dell'età e delle stagioni; nota preventiva. (*Riforma med.*, 14 août.)

Prochaska (A.). Untersuchungen über die Anwesenheit von Mikroorganismen im Blute bei den Pneumoniekranken. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.) — Recherches sur la présence de microorganismes dans le sang des pneumoniques.

Ranzi (E.). Zur Aetiologie der Leberabscesse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 août.) — De l'étiologie [bactérienne] des abcès du foie.

Schultz. De la vitalité du microbe de la peste bubonique dans les cultures. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 4.)

Wassermann (M.). Ueber eine Epidemie-artig aufgetretene septische Nabel-Infection Neugeborener; ein Beweis für die pathogenetische Wirksamkeit des Bacillus pyocyaneus beim Menschen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 2.) — Infection septique (à caractère épidémique) du cordon ombilical chez les nouveau-nés; une preuve du rôle pathogénique du *Bacillus pyocyaneus*.

VARIA

Prix proposés par l'Académie de médecine de Paris pour l'année 1904.

(Pour les prix proposés pour l'année 1902, voir *Semaine Médicale*, 1900, Annexes, p. I; pour l'année 1903, voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. XIX.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Les cirrhoses hépatiques; clinique et expérimentation.*

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 fr. (Annuel.)

Au meilleur mémoire inédit sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX APOSTOLI. — 600 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail, fait dans l'année en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

PRIX BAILLARGER. — 2,000 fr. (Biennal.)

A l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

PRIX BARBIER. — 2,000 fr. (Annuel.)

A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc., etc.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1,200 fr. (Biennal.)

Au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1,200 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail ou ouvrage sur la circulation du sang.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1,500 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales, à l'exception des traductions et des ouvrages faits par des étrangers.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10,500 fr. (Triennal.)

A l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAMPBELL DUPIERRIS. — 2,300 fr. (Biennal.)

Au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

PRIX CAPURON. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Des applications de la radiographie à l'obstétrique.*

PRIX CHEVILLON. — 1,500 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr. (Annuel.)

Question : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale.*

PRIX CLARENS. — 400 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX DAUDET. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Traitement chirurgical des néoplasmes du gros intestin, à l'exception du rectum.*

PRIX DESPORTES. — 1,300 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

PRIX FALRET. — 700 fr. (Biennal.)

Question : *La neurasthénie; pathogénie et traitement.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1,000 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3,000 fr. (Annuel.)

Au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HUGUIER. — 3,000 fr. (Triennal.)

A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

PRIX JACQUEMIER. — 1,700 fr. (Triennal.)

A l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours.

PRIX LABORIE. — 5,000 fr. (Annuel.)

A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail de statistique médicale.

PRIX LAVAL. — 1,000 fr. (Annuel.)

A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX LOUIS. — 3,000 fr. (Triennal.)

Question : *Sérothérapie de la fièvre typhoïde.*

PRIX MÈGE. — 900 fr. (Triennal.)

Question : *Etiologie et pathogénie de l'artériosclérose.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1,500 fr.

Ce prix est destiné à subventionner, par une allocation annuelle ou biennale, des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr. (Annuel.)

Au meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX OULMONT. — 1,000 fr. (Annuel.)

A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or-chirurgie) au concours annuel des prix de l'internat des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL. — 600 fr. (Annuel.)

Question : *Etude hématologique comparée de la variole et de la vaccine.*

PRIX POURAT. — 700 fr. (Annuel.)

Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

PRIX SAINTOUR. — 4,400 fr. (Biennal.)

A l'auteur du meilleur travail sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1,400 fr. (Biennal.)

A celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

PRIX TARNIER. — 3,000 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les mémoires adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix Apostoli, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Théodore Herpin (de Genève), Huguier, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Henri Lorquet, Meynot, Nativelle, Saintour, Stanski, Tarnier et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou imprimés, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages et mémoires présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet, Huguier et Tarnier.

22e ANNÉE. — No 5. Vingt centimes le numéro. 29 JANVIER 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Actualités médico-chirurgicales. — La scarlatine traumatique, par M. le professeur R. de Bovis ... 33

Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Traitement du pied bot par l'ablation de la totalité des os du tarse, sans immobilisation ni appareil orthopédique ... 39
Des injections préventives de sérum antidiphtérique dans les familles ... 39

Société médicale des hôpitaux. — Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine corticale, simulant l'idiotie ... 39
Pyopneumothorax de nécessité ouvert spontanément ... 39
Paralysie brachiale radiculaire du type supérieur au cours d'une méningite cérébro-spinale ... 39
Localisation du bacille d'Eberth au niveau de lésions anciennes, chez des typhoïdiques ... 39

Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Les anomalies thoraciques comme cause prédisposante de la tuberculose pulmonaire ... 39
Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage ... 40
Greffe des fléchisseurs de la jambe au ligament rotulien, pour paralysie du quadriceps fémoral ... 40

Notes thérapeutiques. — Traitement de la lèpre par le cacodylate de soude ... 40
Intoxication grave par l'emploi d'une pommade sulfo-alcaline ... 40
Bains locaux à l'eau oxygénée contre les engelures ... 40

Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Anomalies thoraciques et tuberculose pulmonaire ... 39³
Bacille typhique et sa localisation au niveau de lésions anciennes ... 39³
Cacodylate de soude contre la lèpre ... 40²
Corps étrangers de l'œsophage ... 40¹
Diphtérie ... 39²
Eau oxygénée contre les engelures ... 40³
Engelures ... 40³
Fièvre typhoïde avec localisation du bacille d'Eberth au niveau de lésions anciennes ... 39³
Gale ... 40³
Greffe tendineuse ... 40²
Intoxication grave par une pommade sulfo-alcaline ... 40³
Lèpre ... 40²
Méningite cérébro-spinale avec paralysie brachiale radiculaire du type supérieur ... 39³
Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage ... 40¹
Opérations chirurgicales et scarlatine ... 33¹
Paralysie brachiale radiculaire du type supérieur au cours d'une méningite cérébro-spinale ... 39³
— labio-glosso-laryngée simulant l'idiotie ... 39²
Pied bot ... 39¹
Pyopneumothorax de nécessité ouvert spontanément ... 39³
Scarlatine chirurgicale ... 33¹
Sérum antidiphtérique à titre préventif ... 39²
Traitement de la diphtérie ... 39²
— de la gale ... 40³
— de la lèpre ... 40²
— des corps étrangers de l'œsophage ... 40¹
— des engelures ... 40³
— du pied bot ... 39¹
Traumatisme et scarlatine ... 33¹
Tuberculose pulmonaire ... 39³
Tumeur du pédoncule cérébelleux moyen ... 39³

VARIA

La Fédération médicale suisse.

Nos lecteurs savent qu'il existe en Suisse trois groupes de Sociétés médicales correspondant aux trois langues parlées dans les différents cantons de la Confédération : l'« Aerztlicher Centralverein » pour les cantons allemands, la « Société médicale de la Suisse romande » pour les cantons français, et la « Società medica della Svizzera italiana » pour le Tessin. Depuis longtemps était en voie d'élaboration un projet de fédération de ces trois groupes, qui a été adopté tout dernièrement.

Aux termes des statuts, la *Fédération médicale suisse* est représentée et administrée par la réunion plénière des délégués du « Centralverein » et de la « Société romande », la Société italienne s'étant simplement agrégée à l'association des cantons allemands. La réunion plénière, composée de 1 délégué pour 50 médecins de chaque Société cantonale ou fraction de ce nombre, s'appelle *Chambre médicale suisse;* celle-ci est chargée de soumettre aux autorités les vœux du Corps médical dans les questions intéressant l'hygiène et la santé publique, et de veiller aux intérêts de la profession.

Chacun des deux groupes de délégués, « Centralverein » et « Société romande », élit à son tour dans son sein, proportionnellement à son importance numérique, les membres, au nombre de 9, qui doivent former la *Commission médicale suisse*, laquelle a pour mission d'étudier les questions à soumettre à la Chambre médicale et de faire exécuter les décisions de cette Chambre.

Les bureaux des deux groupes de délégués s'entendent pour convoquer, soit de leur chef, soit sur la demande de la Commission médicale suisse, la Chambre médicale et les Congrès médicaux suisses (*Aerztetage*).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Oskar Spitta est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Karl Hubert Vogel est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Wroblewski est nommé privatdocent de chimie biologique.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Carlo Ganfini est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Munich. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Adolf Schmitt (*chirurgie*); Martin Hahn (*hygiène*).

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Ermanno Pinzani, professeur extraordinaire de clinique obstétricale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Richard Kretz, privatdocent d'anatomie pathologique.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Gaetano Pieraccino est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Université de Sydney. — M. le docteur D. A. Welsh, lecteur à l'Université d'Edimbourg, est nommé professeur de pathologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Ballay, gouverneur général de l'Afrique occidentale française. — M. le docteur Eduard Cramer, professeur extraordinaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Mavroyéni Pacha, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople et premier médecin du sultan.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, no 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1901 inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1901, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE GENÈVE

Atabékiantz (Mlle A.). De l'influence de l'irrigation rectale à double courant sur la température animale normale et pathologique.

Besse (P.). Sur la tuberculose latente et miliaire.

Bost (R.). Résultats cliniques obtenus par l'emploi des baraques à la clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal de Genève.

Certowitch (M.). Les quantités des urines diurnes et nocturnes à l'état normal et pathologique.

Collomb (A.). Un cas rare d'infection cornéenne (kératomycose aspergillaire); les kératomycoses.

Constantinoff (M.). Contribution à l'étude de la cirrhose infantile d'origine cardiaque.

Guyot (F.). Considérations sur un cas de psychose alcoolique.

Kaplan (S.). Colombophilie médicale.

Kobryner (Mathilde). Etude expérimentale sur l'action cardiovasculaire des bromures alcalins.

Kottmann (K.). De la maltosurie.

Kouchewa (Luba). Du traitement de la neurasthénie par la cure d'isolement à l'hôpital de Genève.

Kuhn (F.). Des kératites et de leur traitement.

Lopatina (Emilie). Rémissions dans le cancer de l'estomac.

Mallet (H.). Des variations de qualité de l'hémoglobine et de leur valeur clinique.

Milkowska (Hélène). Etude de quelques cas de rétrodéviation de l'utérus gravide.

Olivier (J.). Contribution à l'étude des auto-intoxications de la grossesse au moyen de la méthode de l'élimination provoquée.

Pallard (J.). De la granulie discrète.

Popoff (Véra). De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétrodéviations et du prolapsus utérin.

Rodzaevska-Storojeff (Mme de). Du réflexe rotulien, du clonus du pied et du syndrome du clonus du pied avec réflexe rotulien normal, affaibli ou aboli.

Sanine (Olga). Contribution à l'étude de l'empyème pulsatile.

Simoff (P.). Recherches anatomiques sur un cas d'adénokystome papillifère de l'ovaire avec transformation sarcomateuse et carcinomateuse.

Tchacaloff (B.). Recherches anatomiques sur l'oblitération de l'appendice vermiculaire.

Zajkowska (Marie). Contribution à l'étude des causes des accès de suffocation chez les goitreux.

THÈSES DE LAUSANNE

Abesgaus (M.). Zur Kenntnis der Ursachen und Formen der Unterschenkelbrüche. — Les fractures de la jambe.

Arkangelskaya (Mlle C.). Sur la transplantation musculo-tendineuse.

Bellamy (H.-F.). Contribution à l'étude des tumeurs à myéloplaxes des gaines tendineuses.

Boghossian (K.-H.). Contribution à l'étude des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.

Delachaux (C.). Contribution à l'étude de la valeur diagnostique des capsules glutoïdes.

Einhorn (Mlle R.). Beitrag zur Lehre der Unterschenkelfrakturen. — Les fractures de la jambe.

Fügli (G.). L'iodipine dans ses rapports avec la motilité stomacale.

Gouriane (Mlle T.). Malformation congénitale de l'anus; atrésie anale et abouchement du rectum à la vulve.

Guentcheff (H. D.). Etude sur les souris articulaires.

Lang (Th.). Beitrag zur Kenntnis und Behandlung des infantilen Glaucoms.

Pavlekovich (Mme de). La paralysie générale peut-elle être diagnostiquée anatomiquement de la syphilis cérébrale diffuse?

Potapow-Pracaïtis (Mme M.). Influence de quelques aliments et principes alimentaires sur la quantité et la qualité du suc gastrique.

Reutter (G.). Quelques cas rares de carcinome.

Rosenbaum (L.). Le point de vue actuel de la prophylaxie de la tuberculose comme maladie du peuple.

Waegeli (C.). Les résultats de l'hystéropexie abdominale et de l'opération d'Alexander.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Acquisto (V.). Intorno ad alcune particolarità di struttura dell'oliva bulbare di uomo. (*Pisani*, XXII, 2.)

Laguesse (E.). Trois leçons sur la structure du poumon. (*Echo méd. du Nord*, 25 août.)

Piñero (H. G.). Anátomía fisiológica de los centros nerviosos: cerebracion y automatismo. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Retzius (G.). Om eminentia saccularis och dess upptäckande. (*Hygiea*, déc.) — A propos de la découverte de l'éminence sacculaire.

Riolo (G.). Sulla terminazione del prolungamento nervoso dei granuli del cervelletto. (*Pisani*, XXII, 2.)

PHYSIOLOGIE

Claparède (E.). Expériences sur la vitesse du soulèvement des poids de volumes différents. (*Arch. de psychol. de la Suisse rom.*, I, 1.)

Pappenheim (A.). Beobachtungen über das Verhalten des Knochenmarks beim Winterschlaf, im besonderem Hinblick auf die Vorgänge der Blutbildung; kurze Mitteilung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 5-6.) — L'état de la moelle osseuse pendant l'hibernation, surtout au point de vue de l'hématopoïèse.

Poulsson (E.). Om kviksölvets resorption gjennem lungerne. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.) — Sur l'absorption du mercure par le poumon.

Prevost (J.) et **Battelli** (F.). Influence de l'alimentation sur le rétablissement des fonctions du cœur. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Reale (E.). Beitrag zur Chemie der Glycuronsäure und des Indicans im Harne. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 et 31 août et 7 sept.)

Schultz (P.). Compendium der Physiologie des Menschen. 2e éd. In-12, 364 p. avec fig. Berlin.

Spallitta (F.). Sur les modifications respiratoires du rythme cardiaque. (*Arch. ital. de biol.*, XXXV, 2.)

Van de Velde (H.). Quelles sont les limites de la température normale du corps humain? (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juillet-août-sept.)

Verworn (M.). Allgemeine Physiologie; ein Grundriss der Lehre vom Leben. 3e éd. In-8°, 631 p. avec fig. Iéna. — Physiologie générale.

Volhard (F.). Ueber das fettspaltende Ferment des Magens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6 et XLIII, 5-6.) — Du ferment dédoublant les graisses dans l'estomac.

Wolff (J.). Forme et fonction; leurs rapports réciproques dans l'organisme. (Trad. de l'allemand par E. Tavel.) In-8°, 48 p. avec fig.

Zuntz et **Schumburg.** Studien zu einer Physiologie des Marsches. In-8°, 361 p. avec fig. Berlin. — Etude physiologique de la marche.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Auché (B.). Note histologique sur le foie amyloïde. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 sept.)

Bang (S.). Tuberkulosens sammentræf med forskellige andre sygdomme belyst ved 6006 sektionsfund. In-8°, 181 p. Copenhague. — Coïncidence de la tuberculose avec diverses autres maladies; étude basée sur 6006 autopsies.

Ricker (G.). Beiträge zur Lehre von der Atrophie und Hyperplasie (nach experimentellen Untersuchungen am Muskel). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 2.)

Schönenberger (W.). Ueber Osteomalacie mit multiplen Riesenzell-Sarcomen und multiplen Fracturen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 2.) — De l'ostéomalacie avec sarcomes multiples à cellules géantes et des fractures multiples.

Sibelius (Ch.). Zur Kenntnis der Entwicklungsstörungen der Spinalganglienzellen bei hereditär luetischen, missbildeten und anscheinend normalen Neugeborenen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 1-2.) — Troubles de développement des cellules des ganglions spinaux chez les nouveau-nés hérédo-syphilitiques et atteints de malformations, et chez les enfants normaux en apparence.

Sitta (F.). Prispevek ku histopathologii systému nervového « Beri-Beri ». (*Casopis lékaru ceskych*, 27 juillet et 3 août.)

Störk (O.). Ueber ein metastasirendes Rhabdomyom (Rhabdomyosarkom) des vas deferens. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 7.)

Walbaum. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 2.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Gessard (C.). Etudes sur la tyrosinase. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Hüppe (F.). Perlsucht und Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 août.) — La pommelière et la tuberculose.

Kraus (R.). Ueber das Vorkommen der Immunhämagglutinine und Immunhämolysine in der Milch. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er août.) — De la présence d'hémaglutinines et d'hémolysines immunisantes dans le lait.

Leclerc et **Levet**. Des parentés morbides et de la toxicité du sérum dans la chlorose. (*Lyon méd.*, 4 août.)

Löwenstein (E.). Ueber die Bedeutung der cellularen Immunität. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er août.)

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (Jahrgang 1899). In-8°, 1056 p. Wiesbaden. — Progrès de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique de l'homme et des animaux pendant l'année 1899.

Unterberger (S.). Zur Frage über die Erblichkeit der Schwindsucht. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 31 août.) — A propos de l'hérédité de la phtisie.

Wilde (M.). Ueber die Absorption der Alexine durch abgetötete Bacterien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 août.) — De l'absorption des alexines par les bacilles morts.

Zilberberg (A.) et **Zeliony** (J.). De la chimiotaxie négative des leucocytes des lapins infectés par la culture pure de bacilles du choléra des poules. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

MÉDECINE

Mohr (L.) et **Salomon** (H.). Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie der Oxalsäurebildung und -ausscheidung beim Menschen; 1. Mitteilung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.) — Sur la formation et l'élimination de l'acide oxalique chez l'homme à l'état normal et pathologique.

Montoro de Francesco (G.). Ueber die Heilung der Ozäna durch Einwirkung des Streptococcus erysipelatis. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er août.) — Guérison de l'ozène sous l'influence d'un érysipèle intercurrent.

Murdoch (F. H.). The state of the gastric secretions in chronic rheumatism and rheumatoid arthritis. (*Med. News*, 3 août.)

Otsuka (R.). Ein Fall von Anadenia gastrica bei Magencarcinom. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.)

Ott (A.). Zur Kenntnis des Kalk- und Magnesiastoffwechsels beim Phtisiker. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.) — Des échanges organiques de la chaux et de la magnésie chez le phtisique.

Parker. Congenital hepatic cirrhosis with obliteration of the bile-ducts. (*Lancet*, 24 août.)

Pastena (A.). La pseudo-bronchite isterica. In-8°, 18 p. Naples.

Pel (P. K.). Echinococcus der Lungen, unter dem klinischen Bilde der acuten Pleuropneumonie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 août.) — Kyste hydatique du poumon avec symptômes cliniques d'une pleuropneumonie aiguë.

Pertot (S.). Beitrag zur Blutuntersuchung am Krankenbette; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 août.) — De l'examen du sang au lit du malade.

Pick (F.). Ueber die Erkrankungen der Gallenwege. (*Prag. med. Wochensch.*, 13 et 20 juin, 4 et 11 juillet.) — Des affections des voies biliaires.

Rebuschini (E.). Le malattie del sangue; manuale d'ematologia. In-12, 432 p. Milan. Hoepli.

Reinecke (G.). Ueber einige Fälle von schwarzer Zunge. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.) — Quelques cas de langue noire.

Rössler (C.). Ueber Skatolrot und ähnliche Harnfarbstoffe. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 31 août.) — Le rouge du scatol et les pigments urinaires analogues.

Sabrazès et **Falières**. Note sur la délimitation de l'aire gastrique par le procédé du style. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Scherb (G.). Méningisme au cours d'une fièvre typhoïde anormale; mort; caractères pathologiques du liquide céphalo-rachidien. (*Bull. méd. de l'Algérie*, août.)

Schupfer (F.). La iodipina nella determinazione della motilità gastrica. (*Riforma med.*, 29 et 30 juillet.)

Simon (O.). Untersuchungen über die Lösungsvorgänge bei der croupösen Pneumonie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 5-6.) — Recherches [chimiques] sur le processus de résolution dans la pneumonie fibrineuse.

Ssaweljew (N. von). Wandermilz und deren Behandlung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 et 19 août.) — La rate flottante et son traitement.

Tedeschi (E.). Ricerche sul ricambio materiale in un caso di sclerodermia. (*Riforma med.*, 6 août.)

Türk (W.). Arterieller Collateralkreislauf bei Verschluss der grossen Gefässe am Aortenbogen durch deformirende Aortitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 août.) — La circulation artérielle collatérale en cas d'occlusion des gros vaisseaux au niveau de la crosse de l'aorte par aortite déformante.

Tyrie (C. B.). Atypical empyema in general practice, with illustrative cases and critical notes. (*Lancet*, 17 août.)

Van den Bergh (A. H.). Osteo-arthropathie hypertrophiante bij hypertrophische levercirrhose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 avril.) — Ostéo-arthropathie hypertrophiante dans la cirrhose hypertrophique du foie.

Vierordt (H.). Kurzer Abriss der Perkussion und Auskultation. 7e éd. In-8°, 75 p. Tubingue.

Wolff (A.). Untersuchungen über Pleuraergüsse: Die Technik der Untersuchung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 août.) — Recherches sur les épanchements pleuraux.

Zagari. Appendicite e forme anormali di febbre tifoide. (*Riforma med.*, 7 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Busquet. Sur un cas de névrite périphérique d'origine paludéenne. (*Rev. de méd.*, août.)

Capriati (V.). Sur une forme particulière de réaction électrique anormale. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

Carrière (G.). Le paramyoclonus multiplex. (*Nord méd.*, 15 sept.)

Dalla Vecchia (G.) et **Orefice** (E.). Contributo allo studio della distrofia muscolare progressiva idiopatica. (*Morgagni*, août.)

Faber (K.). Om familiær myokloni (Unverricht). (*Hospitalstidende*, 26 juin et 3 juillet.)

Frey (E.). Pathohistologische Untersuchung des Centralnervensystems in einem Falle von Sachs'scher familiärer amaurotischer Idiotie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.)

Friedenreich (A.). Kortfattet speciel psykiatri. In-8°, 277 p. Copenhague.

Frisco (B.). Alterazioni del sangue e loro valore semiologico in alcune forme di malattie mentali. (*Pisani*, XXII, 2.)

Fry (F. R.). Traumatic hysteria; cranial operation; an interesting pathological condition; recovery. (*Philadelphia Med. Journ.*, 31 août.)

Gaupp (R.). Die Dipsomanie. In-8°, 161 p. Iéna.

Glorieux. Réflexions cliniques concernant quelques cas de polynévrite. (*Policlinique*, 1er fév., 1er juillet et 1er sept.)

Grasset. Diagnostic des maladies de la moelle; siège des lésions. 2e éd. In-16, 96 p.

Hartenberg (P.). La névrose d'angoisse. (*Rev. de méd.*, juin, juillet et août.)

Henneberg (R.). Ueber Spiritismus und Geistesstörung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 3.) — Spiritisme et troubles psychiques.

Homén (E. A.). Pathologische und experimentelle Beiträge zur Kenntnis des sogenannten Schultze'schen Kommafeldes in den Hintersträngen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 1-2.) — Recherches pathologiques et expérimentales sur la zone en virgule de Schultze dans les cordons postérieurs.

Klausner (Irma). Ein Beitrag zur Aetiologie der multiplen Sklerose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 3.)

Mabille (H.). Observation de trophœdème. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXIII, 2.)

McCarthy (D. J.). Der Supraorbitalreflex: Ein neuer Reflex im Gebiet des 5. und 7. Nervenpaares. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Le réflexe sus-orbitaire: un nouveau réflexe dans le domaine de la cinquième et de la septième paires cervicales.

Mills (Ch. K.). A case of peripheral pseudotabes with exaggerated reflexes. (*Journ. of Nervous and Mental Disease*, août.)

Muralt (L. von). Ueber das Nervensystem eines Hemicephalen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 3.)

Probst (M.). Ueber den Bau des vollständig balkenlosen Grosshirnes sowie über Mikrogyrie und Heterotopie der grauen Substanz. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 3.) — De la structure du cerveau complètement dépourvu de corps calleux, de la microgyrie et de l'hétérotopie de la substance grise.

Tanfiliev (P.). Un cas rare d'érythromélalgie (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

Ten Cate (B. F.). Mededeelingen over « hérédo-ataxie cérébelleuse ». (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 nov.)

Thudichum (J. L.). Die chemische Konstitution des Gehirns des Menschen und der Tiere. In-8°, 339 p. Tubingue. — La composition chimique du cerveau de l'homme et des animaux.

Turnowsky (M.). Drei Fälle von vollständig geheilter Epilepsie. (*Wien. med. Wochensch.*, 31 août.) — Guérison définitive de trois cas d'épilepsie.

Westphal (A.). Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 août.)

Wolff (J.). Heilung und Verhütung des Schreibkrampfes und verwandter Bewegungsstörungen. 2e éd. In-8°, 88 p. avec fig. Berlin. — Le traitement curatif et préventif de la crampe des écrivains et des troubles moteurs analogues.

Zérénine (V.). Des paralysies consécutives aux suppurations (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Etiévant. Les lésions spécifiques des paupières. (*Province méd.*, 28 sept.)

Karwowski (A. von). Ein Fall von Hypertrichosis auf einem von gonorrhoischem Gelenkrheumatismus ergriffenen Arm. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er sept.) — Un cas d'hypertrichose intéressant l'un des membres supérieurs, atteint de rhumatisme blennorrhagique.

Magalhães (P. S. de). Um caso autochthone de « piedra ». (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 mai.)

Makuen (G. H.). Report of a case of unusual tertiary manifestations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 août.)

Marcuse (B.). Ueber Lichen simplex chronicus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 3.)

Moretti (O.). Eczema acuto del labbro inferiore della stagione estiva (catocheilite). (*Policlinico*, 3 août.)

Patoir. Eléphantiasis d'origine staphylococcique. (*Echo méd. du Nord*, 15 sept.)

Solger (F. B.). Ueber Rhinophyma. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 3.)

Torelli (U.). Sopra alcune rare localizzazioni del gonococco. (*Morgagni*, août.)

Vignolo-Lutati (C.). Experimentelle Beiträge zur Pathologie der glatten Musculatur der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 3.) — Recherches expérimentales sur la pathologie de la musculature lisse de la peau.

Welander (E.). Einige Worte über die Remanenz des Quecksilbers im menschlichen Körper. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 3.) — Quelques mots sur la rétention du mercure dans l'organisme humain.

CHIRURGIE

Fiori (P.). L'influenza degli interventi chirurgici sul rene; nota preliminare. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 7.)

Honsell (B.). Zur Kenntnis der sogen. primären Myositis purulenta. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.)

Hubbard (J. C.). The worsted truss in inguinal hernia. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Le bandage en laine filée pour les hernies inguinales.

Huber (A.). Ueber Irrwege bei der Diagnose der Perityphlitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 août.) — Des erreurs de diagnostic dans l'appendicite.

Imbert (L.) et **Jeanbrau** (E.). Pathogénie des grenouillettes. (*Rev. de chir.*, août.)

Jaboulay. Gliome du cervelet; extirpation; fistule méningée. (*Lyon méd.*, 11 août.)

Jaffé (M.). Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 3 août.) — Résection « à froid » de l'appendice cæcal.

Jenckel (A.). Beitrag zur Kenntnis der sogenannten embryonalen Drüsengeschwülste der Niere. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — Contribution à l'étude des tumeurs glandulaires du rein, dites embryonnaires.

Katzenstein (M.). Beitrag zur Pathologie und Therapie der Spina bifida occulta. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.)

Kopfstein (V.). Sdeleni ku operativnimu léceni predni hnisavé mediastininitidy. (*Casopis lékaru ceskych*, 31 août.) — Traitement opératoire de la médiastinite purulente antérieure.

Kraft (L.). En ny metode til gastroenteroanastomose. (*Hospitalstidende*, 29 mai.)

Kramer (S. P.). The artificial production of connective tissue by means of injection of agar-agar. (*Ann. of Surgery*, août.)

Krause (F.). 27 intrakranielle Trigeminusresektionen (darunter 25 typische Exstirpationen des Ganglion Gasseri) und ihre Ergebnisse. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juin, 2 et 9 juillet.)

Krukov (M.). Traitement opératoire des lésions traumatiques de la rate (en russe). (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*)

Langer (P.). Erfolgreiche Exstirpation eines grossen Haemangioms der Leber. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Hémangiome volumineux du foie; extirpation; guérison.

Lilienthal (H.). The clinical aspects of acute intestinal obstruction. (*Med. Record*, 31 août.)

Martel (L.). Sur la pneumatocèle occipitale. (*Loire méd.*, août.)

Maydl (K.). O nadorech zaludecnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 juillet.) — Des tumeurs de l'estomac.

Mayo (W. J.). An operation for the radical cure of umbilical hernia. (*Ann. of Surgery*, août.)

Murphy (J. B.). Fibroma of the mesentery. (*Med. News*, 17 août.)

Naumann (G.). Fall af lefverresektion. (*Hygiea*, juin.) — Un cas de résection du foie.

Nové-Josserand (G.). 50 cas de luxation congénitale de la hanche, traités suivant la méthode de Lorenz. (*Lyon méd.*, 4 août.)

Oliver (J. H.). Hemo- y cyto-diagnóstico, en una tuberculosis peritoneal generalizada. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.)

Orlow (L.). Echinococcotomie nach Posadas-Bobrow. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.)

Pascale. L'intervento chirurgico nella cirrosi epatica con ispecial riguardo alla legatura della vena porta e della vena cava inferiore. (*Riforma med.*, 22, 23 et 24 août.)

Patel. De l'anurie au cours du cancer de l'utérus et de son traitement par la néphrostomie. (*Rev. de chir.*, août.)

Payr (E.). Ueber conservative Operationen am Hoden und Nebenhoden (Sectionsschnitt des Hodens bei acuter Orchitis). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — Des opérations conservatrices sur le testicule et sur l'épididyme.

Peillon (A.). Déglutition et issue sans accident d'une grosse épingle par les voies naturelles. (*Lyon méd.*, 18 août.)

Péraire (M.). Trépanation par les traumatismes anciens de la région crânienne. (*Rev. de chir.*, juillet.)

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

Téléphone N° 810.88 23-25, RUE de L'ECOLE-DE-MÉDECINE, 23-25, PARIS, 6e Adresse Télégraphique : Maloine-Paris

EXPÉDITION FRANCO dans le monde entier. — **Par poste recommandée 5 0/0 en plus.**

Toute commande doit être accompagnée du montant.

EXTRAIT DE LA BIBLIOGRAPHIE MÉTHODIQUE DES LIVRES DE MÉDECINE 1902

Publiés par la LIBRAIRIE MALOINE

N. B. — Cette bibliographie sera adressée gratuitement et Franco sur demande.

Tous les ouvrages annoncés sont garantis **neufs, complets et de la dernière édition.** Ils peuvent être fournis **reliés** au goût et avec le nom ou les initiales du client.
Reliure demi-chagrin, tranches jaspées.
Format in-12 ou in-18, 18+12, 1 fr. 25.
Format in-8°, 22+14 à 28+18 (suivant grandeur), 1 fr. 75, 2 fr., 2 fr. 50.

DICTIONNAIRE DES TERMES TECHNIQUES DE MÉDECINE

Contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, les termes de laboratoire, etc.

Par les Docteurs
M. GARNIER & V. DELAMARE

Préface de G.-H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux.

Un volume in-18, reliure souple....... 6.50
Net 5.75

LEXICUM Medicum Polyglottum

QUOD PLURIBUS ADJUVANTIBUS MEDICIS AC PHILOLOGIS CURATISSIME COLLEGIT
Emile LAURENT
DOCT. MED. PAR.

FRANÇAIS ITALIANO LATINUM ESPAÑOL DEUTSCH PORTUGUEZ ENGLISH PYCCKIN

Un très fort vol. in-8, 1902, relié 1/2 chagrin plats toile **24** fr., net **22** fr.

Besson. Technique microbiologique et sérothérapique, in-8°, 1902, avec 289 fig., 12 fr., net.................. 10 fr. 50
Courmont. Précis de bactériologie pratique, 235 fig., in-18, cart., 1897, 7 fr., net.................. 6 fr.
Funck. Manuel de bactériologie clinique, avec 7 pl. col. 1901, in-18, cart., 7 fr., net.................. 6 fr.
Macé. Atlas de microbiologie contenant 60 pl. col., in-8°, cart., 1898, 32 fr., net.................. 28 fr.
Macé. Traité pratique de bactériologie, in-8°, cart., avec 338 fig., n. et col., 1901, 25 fr., net.......... 22 fr. 50
Thoinot et **Masselin.** Précis de microbie; technique et microbes pathogènes, in-18, avec 210 fig. n. et col., 1902, 8 fr., net 7 fr.
Gaube (du Gers). Cours de minéralogie biologique, professé à la Faculté de médecine de Paris, 3 vol. in-18, 12 fr., net.................. 10 fr. 50
Comptes rendus du XIIIe Congrès international de médecine, Paris, 1900, 17 vol. in-8°, net.................. 50 fr.
Ajouter pour recevoir cette collection franco le prix de 5 colis postaux ou par poste 28 fr.
Debove et **Achard.** Manuel de diagnostic médical, 2 vol., in-8°, avec fig., 1899-1900, cart., 43 fr., net.......... 38 fr.
Bouchard. Traité de pathologie générale, les 5 vol. parus, ensemble, 108 fr., net.................. 96 fr.
Souscription à l'ouvrage complet, 6 vol., 120 fr., net.................. 108 fr.
Chantemesse et **Podwyssotsky.** Les processus généraux. Histoire naturelle de la maladie — Hérédité — Atrophies — Dégénérescences — Concrétion — Gangrènes, avec 162 fig. n. et col., grand in-8°, 1901, 22 fr., net.......... 20 fr.
Bouchard et **Brissaud.** Traité de médecine, 2e éd., T. I à VII sont parus. Les 7 vol. grand in-8°, avec fig., 110 fr., net.................. 99 fr.
Souscription à forfait pour les 10 volumes, 150 fr., net.................. 135 fr.
Brouardel, Gilbert et Girode. Traité de médecine et de thérapeutique. Les tomes I à IX sont parus, le tome X et dernier paraîtra en mars 1902.
Souscription à forfait pour les 10 volumes, 120 fr., net.................. 100 fr.
Nota. — Pour les pays où il est nécessaire d'expédier par poste recommandée, ajouter 15 fr. pour le port. Pour recevoir l'ouvrage relié demi-chagrin ajouter 20 fr.
Debove et **Achard.** Manuel de médecine, in-8°, 1892-97. L'ouvrage complet, 9 vol., reliure souple, tête dorée, 144 fr., net.................. 128 fr.
Dieulafoy. Manuel de pathologie interne, 4 vol., in-18, cart., 1901, 28 fr., net 25 fr.
Collet. Précis de pathologie interne, 179 fig., dont 27 en coul., 2 vol. in-18, cart., 1901, 16 fr., net........ 14 fr. 50

Haushalter, Etienne, Spillman et **Thiry.** Cliniques médicales iconographiques, 8 fasc. in-4°, contenant 62 pl., 1902, 60 fr., net.................. 54 fr.
Ludolff Krehl. Précis de pathologie générale. Trad. S. Bernheim, in-8°, 1895, 6 fr., net.................. 5 fr. 25
Strumpell. Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes. Trad. de l'allemand par le Dr J. Schramme, 3 vol. in-8°, 1898, 36 fr., net.................. 32 fr.
Barth. Thérapeutique des maladies des organes respiratoires, in-8°, 1897, avec fig., rel., 4 fr., net.......... 3 fr. 50
Barth. Thérapeutique de la tuberculose, in-8°, 1896, 4 fr., net.......... 3 fr. 50
Capitan. Maladies infectieuses, causes et traitement, in-18, 1896, 4 fr., net 3 fr. 50
Jourdin et **Fischer.** Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, in-18, 1901, 2 fr. 50, net.......... 2 fr. 25
Knopf. Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire, 1900, in-8°, cart., avec 92 fig., 22 fr., net 20 fr.
Metchnikoff. L'immunité dans les maladies infectieuses, in-8°, avec 45 fig., 1901, 12 fr., net.......... 10 fr. 50
Pégurier. Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques, in-8°, 1901, 12 fr., net 10 fr. 50
Roger (G.-H.), professeur agrégé. Les maladies infectieuses, 2 vol. in-8°, avec 117 fig., 1902, 28 fr., net.......... 25 fr.
Cornet. L'application diététique dans le traitement des maladies des voies digestives, avec 200 formules, in-8°, 1901, 10 fr., net.................. 9 fr.
Einhorn. Maladies de l'estomac. Manuel pratique à l'usage des médecins et des étudiants, traduit de l'anglais par le Dr Labadie, in-8°, 1901, 8 fr., net. 7 fr.
Frenkel. Séméiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac, in-18, cart., avec fig., 1900, 7 fr. 50, net.......... 6 fr. 50
Mathieu. Thérapeutique des maladies de l'estomac, in-18, 1898, rel., 4 fr., net 3 fr. 50
Mathieu. Thérapeutique des maladies de l'intestin, in-18, 1901, rel., 4 fr., net 3 fr. 50
Robin. Maladies de l'estomac, diagnostic et traitement. La technique de l'exploration gastrique. Le diagnostic et le traitement des dyspepsies, in-8°, 1901, avec fig., 25 fr., net.......... 22 fr. 50
Barié. Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte, in-18, 1898, rel., 4 fr., net.................. 3 fr. 50
Gilbert et **Carnot.** Les fonctions hépatiques, in-18, cart., avec fig., 1902, 5 fr., net.................. 4 fr. 50
Lancereaux. Maladies du foie et du pancréas, in-8°, 1899, 132 fig., 20 fr., net 18 fr.
Oulmont. Thérapeutique des névroses, in-18, 1894, 4 fr., net.......... 3 fr. 50
Grasset. Les maladies de l'orientation et de l'équilibre, in-8°, cart., 1901, 6 fr., net.................. 5 fr. 25
Krafft-Ebing. Traité clinique de psychiatrie. Trad. E. Laurent, gr. in-8°, 1897, 20 fr., net.................. 18 fr.
Levillain. Neurologie clinique, neurasthénie de Beard et états neurasthéniformes, in-12, 1896, 4 fr., net.. 3 fr. 50
Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. Hospice de la Salpêtrière, 5 vol., in-8°, 1894-99, avec fig., 84 fr., net.................. 75 fr.
Renza. La faiblesse irritable sexuelle (éjaculation prématurée), in-18, 1902, 2 fr. 50, net.................. 2 fr. 25
Bordier. Précis d'électrothérapie, d'électrophysiologie et d'électrodiagnostic, in-18, cart., 1902, avec fig., 8 fr., net. 7 fr.
Brault. Traité pratique des maladies des pays chauds et tropicaux, in-8°, avec 81 fig., 1900, 10 fr., net.......... 9 fr.
Le Dantec. Précis de pathologie exotique (Maladies des pays chauds et des pays froids), avec 98 fig. et 4 pl. chrom., in-18 cart., 1900, 10 fr., net.......... 9 fr.
Legrain. Introduction à l'étude des fièvres des pays chauds (région prétropicale), in-8°, 1900, 12 fr., net.......... 10 fr. 50
Berlioz. Manuel de thérapeutique. Préface de Bouchard, 5e éd., 1901, in-18, cart., 6 fr., net.................. 5 fr. 25

Guimbail. La thérapeutique par les agents physiques; hydrothérapie, électrothérapie, thermothérapie, frigothérapie, kinésithérapie, etc., in-8°, 1900, 10 fr., net.................. 9 fr.
Debove et **Achard.** Manuel de thérapeutique. 3 vol. in-8°, rel., 1900-1902, 57 fr., net.................. 50 fr.
Lyon. Traité élémentaire de clinique thérapeutique, in-8°, 1902, 25 fr., net 22 fr. 50
Manquat. Traité de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, 2 vol. in-8°, 1900, 24 fr., net.... 22 fr.
Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Albert Robin.
L'ouvrage complet forme 20 fascicules, ensemble 139 fr., net.......... 122 fr.
Gaucher et **Gallois.** Thérapeutique des maladies du rein, 2 vol. in-18, 1896, rel. souple., 8 fr., net.................. 7 fr.
Bocquillon-Limousin. Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, in-18, cart., 1902, 3 fr. net.................. 2 fr. 75
Bouchardat. Nouveau formulaire magistral, 33e éd., 1900, in-18, cart., 4 fr., net.................. 3 fr. 50
Dupuy (Professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse). La formule médicale. Principes généraux de pharmacologie sur lesquels reposent sa rédaction et son exécution, in-18, rel. souple, 1897, 4 fr., net 3 fr. 50
Gilbert et **Yvon.** Formulaire, 14e éd., 1901, in-18, cart., 4 fr., net.... 3 fr. 50
Huchard. Consultations médicales, in-8°, 1901, 2e éd., 8 fr., net.......... 7 fr.
Malbec. Consultations et ordonnances médicales. Formulaire méthodique et thérapeutique. Préface du Dr J.-V. Laborde, in-18, 1902, cart., 4 fr., net 3 fr. 50
Le Dentu et **Delbet.** Traité de chirurgie clinique et opératoire. L'ouvrage complet 10 tomes en 11 vol., in-8°, 125 fr.
Il nous reste un certain nombre d'exemplaires de souscription que nous offrons à nos clients au prix ancien de 100 FR. NET ET FRANCO.
Pour les pays où il est nécessaire d'expédier par poste recommandée, ajouter 15 fr. pour le port.
Pour recevoir l'ouvrage relié 1/2 chagrin, ajouter 20 fr.
Traité de chirurgie, publié sous la direction de Duplay et Reclus, 2e éd., 1897-99. 8 vol., in-8°, 150 fr., net.... 135 fr.
Tillaux. Traité de chirurgie clinique, 2 vol., in-8°, 1900, cart., 25 fr., net 22 fr. 50
Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. Manuel de pathologie externe, 1899-1901, 4 vol., in-8°, avec fig., 40 fr., net 36 fr.
Chalot. Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire, 4e éd., 1900, avec 1,217 fig., in-8°, 20 fr., net.. 18 fr.
Chavasse. Nouveaux éléments de petite chirurgie (pansements, bandages et appareils), in-18, 5e éd., 1900, cart., avec 524 fig., 9 fr., net.................. 8 fr.
Duplay, Rochard et **Demoulin.** Manuel de diagnostic chirurgical, in-18, rel., 1900, avec 80 fig., 12 fr., net. 10 fr. 50
Farabeuf. Précis de manuel opératoire, ligatures, amputations, résections, 1895, in-8°, avec 687 fig., 16 fr., net. 14 fr. 50
Forgue. Précis de pathologie externe, 2 vol. gr. in-18, cart., avec fig. noires et coloriées, 1902, 20 fr., net.... 18 fr.
Jamain, Terrier et **Péraire.** Manuel de petite chirurgie, in-18, 1901, cart., avec 572 fig., 8 fr., net.................. 7 fr.
Lejars. Chirurgie d'urgence, avec 751 fig., d'après nature et 172 phot. originales, in-8°, relié, 1901, 25 fr., net.. 22 fr. 50
Sébileau (professeur agrégé). Leçons de chirurgie faites à l'hôpital Cochin, 1 vol. in-18, 1899, 3 fr. 50, net.......... 3 fr.
Braquehaye et **de Rouville.** Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens, in-8°, 1901, 6 fr., net... 5 fr. 25
Kirmisson. Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, avec 312 fig. et 2 pl. in-8°, 1898, 15 fr., net. 13 fr. 50
Redard. Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale, gr. in-8°, 1900, avec 231 fig., 12 fr., net..... 10 fr. 50
Jaboulay. Chirurgie des centres nerveux des viscères et des membres, 2 vol. in-8°, avec fig., 15 fr., net.......... 13 fr. 50
Bouquet. Théorie et pratique des accouchements en tableaux synoptiques, in-8°, 1900, rel., 15 fr., net.......... 13 fr. 50
Ribemont-Dessaigne et **G. Lepage.** Précis d'obstétrique, avec 590 fig. dans le texte, 5e édit., 1900, gr. in-8°, cart., 30 fr., net.................. 27 fr.
Tarnier, Chantreuil et **Budin.** Traité de l'art des accouchements, 4 vol. gr. in-8°, 1886-1901, 51 fr., net...... 45 fr.

Varnier. La pratique des accouchements, obstétrique journalière, avec 387 fig., 1900, gr. in-8°, rel. tête dorée, 26 fr., net.................. 23 fr.
Archambault. Guide de l'examen gynécologique, in-8°, avec fig., 1902, cart., 3 fr., net.................. 2 fr. 75
Barbaud et **Lefèvre.** La puberté chez la femme, étude clinique et thérapeutique, in-18, 1897, 4 fr., net.......... 3 fr. 50
Fritsch. Traité des maladies des femmes. Traduit par le Dr J. Stas, avec 277 fig., in-8°, 1902, 16 fr., net.......... 14 fr. 50
Labadie-Lagrave et **Legueu.** Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901, in-8°, cart. avec 320 grav., 25 fr., net 22 fr. 50
Lutaud (A.), professeur libre de gynécologie, médecin adjoint de Saint-Lazare. Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale, contenant la technique opératoire et 607 fig. dans le texte, fort vol. gr. in-8°. Broché, 20 fr., net. 18 fr. Relié toile, net.................. 19 fr. 50
Rouville (de). Consultations de gynécologie à l'usage des praticiens. Préface par le Dr L. Championnière, in-8°, 1902, 5 fr., net.................. 4 fr. 50
Vaucaire. Formulaire de gynécologie. Thérapeutique des maladies des femmes, in-18, rel., 1901, 4 fr., net.......... 3 fr. 50
Ausset, professeur agrégé à Lille. Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital Saint-Sauveur, 1896-97, 1897-99, 3 vol., in-8°, 15 fr., net. 13 fr. 50
Despine et **Picot.** Traité pratique des maladies de l'enfance, in-8°, 1899, 16 fr., net.................. 14 fr. 50
Josias. Thérapeutique infantile, 2 vol. in-18, 1896, 8 fr., net.................. 7 fr.
Grancher, Comby, Marfan. Traité des maladies de l'enfance, 5 vol., gr. in-8°, avec fig., 1897-1899, 90 fr., net.. 80 fr.
Nogue (Dr R.). Précis de posologie infantile, in-18, 1895, rel. souple, 3 fr. 50, net.................. 3 fr.
Fuchs. Ophtalmologie. Trad. de l'allemand par Lacompte et Leplat, in-8°, 1897, cart., 25 fr., net.......... 22 fr. 50
Pansier. Traité d'électrothérapie oculaire, préface du Dr Valude, in-12, 1896, avec fig., 6 fr., net.......... 5 fr. 25
Truc, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **Valude,** médecin de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. Nouveaux éléments d'ophtalmologie, 2 vol., in-8°, 1896, avec fig. et planches, 20 fr., net.......... 18 fr.
Courtade. Manuel pratique de traitement des maladies de l'oreille, in-12, 1894, 4 fr., net.................. 3 fr. 50
Escat. Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx. Naso pharynx, préface du Dr Lubet-Barbon, in-8°, cart., 1901, avec fig., 16 fr., net.... 14 fr. 50
Brocq et **Jacquet.** Précis élémentaire de dermatologie, 5 vol., in-18, 12 fr. 50, net.................. 11 fr. 25
Chatelain (E.). Précis iconographique des maladies de la peau, ouvrage accompagné de 50 planches en couleurs, reproduites d'après nature, par Félix Méheux, dessinateur des services de l'hôpital Saint-Louis, fort vol., gr. in-8°, cart., 2e éd., 1896, 25 fr., net.. 22 fr. 50
Hallopeau et **Leredde.** Traité pratique de dermatologie, avec 24 pl. en couleurs et 15 fig., in-8°, rel. toile, 1900, 30 fr., net.................. 27 fr.
Pratique dermatologique. Traité de dermatologie appliquée par MM. Besnier, Brocq, Jacquet. T. I, in-4°, rel. toile, avec 230 fig. et 24 pl. col., 1900, 36 fr., net.................. 32 fr.
T. II, in-4°, rel. toile, avec 168 fig. et 21 pl. col., 1901, 40 fr., net.... 36 fr.
L'ouvrage formera 4 vol. Prix à forfait de la souscription à l'ouvrage complet, 150 fr., net.................. 135 fr.
Fournier. Traité de la syphilis, période primaire, période secondaire et période tertiaire, 2 vol., in-8°, 1899-1901, 46 fr., net.................. 40 fr.

MALOINE
Médicale Circulante

Tous les ouvrages de médecine en lecture pour 60 francs par an.

Envoi franco du catalogue et des conditions d'abonnement sur demande.

La Librairie MALOINE se charge de l'impression des brochures ou volumes à des prix très réduits.

DEMANDER LE TARIF

22e ANNÉE. — N° 6. Vingt centimes le numéro. 5 FÉVRIER 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

A NOS LECTEURS

Ce qui fait la force d'un journal, c'est ou son importance, c'est-à-dire l'autorité qu'on lui reconnaît, ou son tirage, c'est-à-dire sa circulation, mais il est tout à fait exceptionnel de rencontrer réunis ces deux facteurs essentiels. Or, depuis de longues années, la *Semaine Médicale* est de tous les journaux de médecine, français ou étrangers, celui qui est le plus important et qui a le plus grand nombre d'abonnés; ajoutons que la *Semaine Médicale* est aussi de tous les journaux français, politiques ou autres, celui qui à chaque numéro expédie le plus grand nombre d'exemplaires par la poste à des abonnés à l'étranger.

Aujourd'hui, nous pouvons encore dire que l'extension de notre journal est toujours en progression. La preuve en est qu'au 1er février 1902 le nombre des nouveaux abonnés dépasse, et de beaucoup, la moyenne obtenue, à la même date, pendant les quinze dernières années. Comme un journal ne gagne en circulation que si le nombre des nouveaux abonnés augmente chaque année, nous avons la satisfaction de faire connaître à nos fidèles lecteurs que, sous ce rapport, l'année 1902 est la plus favorable. Alors que la moyenne pour la France des nouveaux abonnés au 1er février est de 514 pour la période 1887-1901, nous comptons, au 1er février 1902, **992** nouveaux abonnés pour Paris et la province. Jamais depuis la fondation de la *Semaine Médicale* nous n'avions atteint un pareil nombre de nouveaux adhérents. Si l'on y ajoute le chiffre des nouveaux abonnés pour l'étranger, qui dépasse également la moyenne de ladite catégorie et qui s'est élevé cette année à **1,091**, nous arrivons à un total de **2,083** *nouveaux abonnés au 1er février 1902*.

Avec de pareilles augmentations annuelles, le chiffre du tirage de la *Semaine Médicale* devient plus grand d'année en année. Aussi, pour ne pas manquer l'heure des courriers, malgré l'outillage perfectionné de notre imprimerie spéciale, avons-nous dû faire transporter les exemplaires du journal directement aux divers bureaux de poste ambulants en partance dans les grandes gares de Paris : des voitures *ad hoc* sont affectées à ce service le matin et le soir de chaque mercredi.

Ce sont nos abonnés qui profitent de cette situation exceptionnelle, car notre journal n'a en vue que le bien de la profession médicale.

SOMMAIRE

ÉPIDÉMIOLOGIE. — La variole en Angleterre depuis un demi-siècle et les enseignements qu'on peut en tirer au point de vue de l'influence de la vaccine sur la contagion et la gravité de cette maladie, par M. le docteur A. Gubb.......... 41

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — L'utilisation des bi-hexoses par l'organisme.......... 43

Société de chirurgie. — Sur les accidents mortels de la chloroformisation.......... 43
De la gangrène des fibromes utérins.......... 44

Société médicale des hôpitaux. — Grippe à déterminations successivement intestinales, pulmonaires et cardiaques.......... 44
Invagination intestinale chez un enfant de quatre mois et demi.......... 44
Des troubles de la nutrition au cours de la syphilis.......... 44

Société de biologie. — Les deux cycles évolutifs du parasite échinococcique.......... 44
Le sang dans la coqueluche et dans l'adénopathie trachéo-bronchique.......... 44
Splénomégalie du type myéloïde sans myélocythémie.......... 44
Sur la précipitation des albumines urinaires par les « précipitines » contenues dans certains sérums spécifiques.......... 44
Des cyclones intrabuccaux dans la voix chuchotée.......... 44

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Les frictions au savon noir contre la péritonite tuberculeuse.......... 45
Le fœticide est-il légitime, et dans quel cas? 45

Société de médecine interne de Berlin. — De l'intervention chirurgicale dans les néphrites.......... 45

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Les vomissements avec acétonémie chez les enfants.......... 45
De la pathogénie du pied plat.......... 46
Note sur la valeur séméiologique de la ligne ombilico-mamelonnaire.......... 46

Publications allemandes. — Recherches sur l'auto-intoxication dans l'occlusion intestinale.......... 46
Rétrécissements tuberculeux de l'intestin : leur confusion possible avec les rétrécissements syphilitiques.......... 46
De la tendinite et de la tendo-vaginite proliférantes calcifiées.......... 46
Grossesse extra et intra-utérine simultanée 47

Publications anglaises. — La réaction biologique appliquée à l'examen du sperme... 47
Les opérations à lambeaux en cas d'atrésie du vagin.......... 47
Manière d'opérer les corps fibreux intraligamentaires ou sous-péritonéaux en restituant aux organes leur mobilité et leur symétrie.......... 47

Publications italiennes. — Un nouveau procédé opératoire contre les rétrodéviations utérines.......... 47
Sur la pathogénie de l'othématome des aliénés.......... 48

Publications scandinaves. — Des végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause de l'enurèse.......... 48
Larve de mouche dans la chambre antérieure de l'œil.......... 48

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Emploi thérapeutique du jus stérilisé de raisin.......... 48
Effets caustiques d'un gargarisme boriqué.. 48
Traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par la racine de Cassia beareana. 48

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Texte de la loi relative à la protection de la santé publique en France.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide borique en gargarisme et ses effets toxiques.......... 48[3]
Adénopathie trachéo-bronchique.......... 44[3]
Albumines urinaires et leur précipitation par certains sérums spécifiques.......... 44[3]
Atrésie du vagin.......... 47[2]
Auto-intoxication dans l'occlusion intestinale 46[2]
Bi-hexoses et leur utilisation.......... 43[2]
Cassia beareana contre la fièvre bilieuse hémoglobinurique.......... 48[3]
Chloroformisation et accidents mortels.......... 43[2]
Clavelée et ses lésions.......... 44[3]
Coqueluche.......... 44[3]
Cure de raisin au moyen de moût stérilisé... 48[2]
Echinocoque et ses deux cycles évolutifs... 44[2]
Fibromes intraligamentaires ou sous-péritonéaux.......... 47[3]
— utérins et leur gangrène.......... 44[1]
Fièvre bilieuse hémoglobinurique.......... 48[3]
Fœticide et ses indications.......... 45[1]
Gangrène des fibromes utérins.......... 44[1]
Grippe à déterminations successivement intestinales, pulmonaires et cardiaques.... 44[1]
Grossesse extra et intra-utérine simultanée. 47[1]
Hypnotoxine des cœlentérés.......... 43[2]
Incontinence d'urine et végétations adénoïdes du naso-pharynx.......... 48[1]
Invagination intestinale chez un enfant de quatre mois et demi.......... 44[2]
Larve de mouche dans la chambre antérieure de l'œil.......... 48[2]
Ligne ombilico-mamelonnaire et sa valeur sémiologique.......... 46[2]
Mort par le chloroforme.......... 43[2]
Moût comme succédané de la cure de raisin. 48[2]
Néphrites.......... 45[2]
Occlusion intestinale et auto-intoxication.... 46[2]
Othématome des aliénés.......... 48[1]
Péritonite tuberculeuse.......... 45[1]
Pied plat et sa pathogénie.......... 46[1]
Placenta et son action sur la glande mammaire.......... 45[1]
Rétrécissements tuberculeux de l'intestin... 46[3]
Rétrodéviations utérines.......... 47[3]
Sang dans la coqueluche.......... 44[3]
Savon noir en frictions contre la péritonite tuberculeuse.......... 45[1]
Sperme et sa réaction biologique.......... 47[1]
Splénomégalie du type myéloïde sans myélocythémie.......... 44[3]
Syphilis et troubles de la nutrition.......... 44[2]
Tendinite et tendo-vaginite proliférantes calcifiées.......... 46[3]
Traitement chirurgical des néphrites.......... 45[2]
— de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.......... 48[3]
— de la péritonite tuberculeuse.... 45[1]
— de l'atrésie vaginale.......... 47[2]
— des fibromes intraligamentaires ou sous-péritonéaux.......... 47[3]
— des rétrodéviations utérines.... 47[3]
Urines des syphilitiques.......... 44[2]
Variole et vaccine en Angleterre.......... 41[1]
Végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause d'énurèse.......... 48[1]
Voix chuchotée et cyclones intrabuccaux.... 44[3]
Vomissements avec acétonémie chez les enfants.......... 45[3]

HYGIÈNE PUBLIQUE

Texte de la loi relative à la protection de la santé publique en France.

Hier, le Sénat a adopté, sans modification, le projet de loi sur la protection de la santé publique en France, précédemment voté par la Chambre des députés. Nous donnons ci-dessous le texte intégral de cette loi, qui sera promulguée très prochainement.

TITRE PREMIER

Des mesures sanitaires générales.

CHAPITRE PREMIER

Mesures sanitaires générales.

Article premier. — Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du Conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire :

1° Les précautions à prendre, en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, visées à l'article 4 de la présente loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion.

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées.

Art. 2. — Les règlements sanitaires communaux ne font pas obstacle aux droits conférés au préfet par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884.

Ils sont approuvés par le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène. Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un d'office par un arrêté du préfet, le Conseil départemental d'hygiène entendu.

Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer, conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elles pourront adopter les mêmes règlements qui leur seront rendus applicables suivant les formes prévues par la dite loi.

Art. 3. — En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus à l'article 1er. L'urgence doit être constatée par un arrêté du maire et, à son défaut, par un arrêté du préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune.

Art. 4. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée, dans les six mois qui en suivront la promulgation, par un décret du président de la République, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Elle pourra être revisée dans la même forme.

Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

Art. 6. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article.

Art. 7. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4; les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'intérieur, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet et, dans les communes de moins de 20,000 habitants, par les soins d'un service départemental.

Les dispositions de la loi du 21 juillet 1856 et des décrets et arrêtés ultérieurs, pris conformément aux dispositions de ladite loi, sont applicables aux appareils de désinfection.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminera les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer.

Art. 8. — Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du président de la République détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures, et leur délègue, pour un temps déterminé, le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel, sont à la charge de l'Etat.

Les décrets et actes administratifs qui prescrivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les vingt-quatre heures, à partir de leur publication au *Journal officiel*.

Art. 9. — Lorsque pendant trois années consécutives le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le préfet, après une mise en demeure à la commune non suivie d'effet, invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil départemental d'hygiène.

En cas d'avis du Conseil départemental d'hygiène contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du Conseil au ministre de l'intérieur, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Celui-ci procède à une enquête dont les résultats sont affichés dans la commune.

Sur les avis du Conseil départemental d'hygiène et du Comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux.

Si, dans le mois qui suit cette mise en demeure, le Conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si dans les trois mois il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret du président de la République, rendu en Conseil d'Etat, ordonne ces travaux dont il détermine les conditions d'exécution. La dépense ne pourra être mise à la charge de la commune que par une loi.

Le Conseil général statue, dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés.

Art. 10. — Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de ladite source. Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet. L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique, comme pour les héritages acquis en pleine propriété.

Ces dispositions sont applicables aux puits ou galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine.

Le droit à l'usage d'une source d'eau potable implique, pour la commune qui la possède, le droit de curer cette source, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution, mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles. Un règlement d'administration publique déterminera, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable par la commune dans laquelle elle est située peut être déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral quand le débit à acquérir ne dépasse pas 2 litres par seconde. Cet arrêté est pris sur la demande du Conseil municipal et l'avis du Conseil d'hygiène du département. Il doit être précédé de l'enquête prévue par l'ordonnance de 23 août 1835. L'indemnité d'expropriation est réglée dans les formes prescrites par l'article 16 de la loi du 21 mai 1836.

CHAPITRE II

Mesures sanitaires relatives aux immeubles.

Art. 11. — Dans les agglomérations de 20,000 habitants et au-dessus, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 1er sont observées.

A défaut par le maire de statuer dans le délai de vingt jours, à partir du dépôt à la mairie de la demande de construire dont il sera délivré récépissé, le propriétaire pourra se considérer comme autorisé à commencer les travaux.

L'autorisation de construire peut être donnée par le préfet en cas de refus du maire.

Si l'autorisation n'a pas été demandée ou si les prescriptions du règlement sanitaire n'ont pas été observées, il est dressé procès-verbal. En cas d'inexécution de ces prescriptions, il est procédé conformément aux dispositions de l'article suivant.

Art. 12. — Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire, ou, à son défaut, le préfet, invite la Commission sanitaire prévue par l'article 20 de la présente loi à donner son avis :

1° Sur l'utilité et la nature des travaux ;

2° Sur l'interdiction d'habitation de tout ou partie de l'immeuble jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu.

Le rapport du maire est déposé au secrétariat de la mairie à la disposition des intéressés.

Les propriétaires, usufruitiers ou usagers sont avisés, au moins quinze jours d'avance, à la diligence du maire et par lettre recommandée, de la réunion de la commission sanitaire et ils produisent dans ce délai leurs observations.

Ils doivent, s'ils en font la demande, être entendus par la commission, en personne ou par mandataire, et ils sont appelés aux visites et constatations de lieux.

En cas d'avis contraire aux propositions du maire, cet avis est transmis au préfet qui saisit, s'il y a lieu, le Conseil départemental d'hygiène.

Le préfet avise les intéressés quinze jours au moins d'avance, par lettre recommandée, de la réunion du Conseil départemental d'hygiène et les invite à produire leurs observations dans ce délai. Ils peuvent prendre communication de l'avis de la commission sanitaire déposé à la préfecture et se présenter, en personne ou par mandataire, devant le Conseil; ils sont appelés aux visites et constatations de lieux.

L'avis de la commission sanitaire ou celui du Conseil d'hygiène fixe le délai dans lequel les travaux doivent être exécutés ou dans lequel l'immeuble cessera d'être habité en totalité ou en partie. Ce délai ne commence à courir qu'à partir de l'expiration du délai de recours ouvert aux intéressés par l'article 13 ci-après ou de la notification de la décision définitive intervenue sur le recours.

Dans le cas où l'avis de la commission n'a pas été contesté par le maire, ou, s'il a été contesté, après notification par le préfet de l'avis du Conseil départemental d'hygiène, le maire prend un arrêté ordonnant les travaux nécessaires ou portant interdiction d'habiter, et il met le propriétaire en demeure de s'y conformer dans le délai fixé.

L'arrêté portant interdiction d'habiter devra être revêtu de l'approbation du préfet.

Art. 13. — Un recours est ouvert aux intéressés contre l'arrêté du maire devant le Conseil de préfecture dans le délai d'un mois à dater de la notification de l'arrêté. Ce recours est suspensif.

Art. 14. — A défaut de recours contre l'arrêté du maire ou si l'arrêté a été maintenu, les intéressés qui n'ont pas exécuté, dans le délai imparti, les travaux jugés nécessaires, sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office, à leurs frais, sans préjudice de l'application de l'article 471, paragraphe 15, du code pénal.

En cas d'interdiction d'habitation, s'il n'y a

pas été fait droit, les intéressés sont passibles d'une amende de 16 fr. à 500 fr. et traduits devant le tribunal correctionnel qui autorise le maire à faire expulser, à leurs frais, les occupants de l'immeuble.

Art. 15. — La dépense résultant de l'exécution des travaux est garantie par un privilège sur les revenus de l'immeuble, qui prend rang après les privilèges énoncés aux articles 2101 et 2103 du code civil.

Art. 16. — Toutes ouvertures pratiquées pour l'exécution des mesures d'assainissement prescrites en vertu de la présente loi sont exemptes de la contribution des portes et fenêtres pendant cinq années consécutives à partir de l'achèvement des travaux.

Art. 17. — Lorsque, par suite de l'exécution de la présente loi, il y aura lieu à résiliation des baux, cette résiliation n'emportera, en faveur des locataires, aucuns dommages et intérêts.

Art. 18. — Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1841, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés pour les nouvelles constructions, pourront être revendues aux enchères publiques, sans que les anciens propriétaires ou leurs ayants droit puissent demander l'application des articles 60 et 61 de la loi du 3 mai 1841, si les parties restantes ne sont pas d'une étendue ou d'une forme qui permette d'y élever des constructions salubres.

TITRE II

De l'administration sanitaire.

Art. 19. — Si le préfet, pour assurer l'exécution de la présente loi, estime qu'il y a lieu d'organiser un service de contrôle et d'inspection, il ne peut y être procédé qu'en suite d'une délibération du Conseil général réglementant les détails et le budget du service.

Dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus, et dans les communes d'au moins 2,000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente loi.

Art. 20. — Dans chaque département, le Conseil général, après avis du Conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'article 48, paragraphe 5 de la loi du 10 août 1871, sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvues chacune d'une commission sanitaire; sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du Conseil départemental et des commissions sanitaires.

A défaut par le Conseil général de statuer, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Le Conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le préfet présidera le Conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du Conseil.

Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de sept membres au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général, élu par ses collègues, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art, et un vétérinaire.

Le sous-préfet présidera la commission qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission.

Les membres des Conseils d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans; les membres sortants peuvent être renommés.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Art. 21. — Les Conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

Art. 22. — Le préfet de la Seine a, dans ses attributions à Paris, tout ce qui concerne la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni, la salubrité des voies privées closes ou non à leurs extrémités, le captage et la distribution des eaux, le service de désinfection, de vaccination et du transport des malades.

Pour la désinfection et le transport des malades, il donnera suite, le cas échéant, aux demandes qui lui seraient adressées par le préfet de police.

Il nomme une commission des logements insalubres composée de trente membres dont quinze sur la désignation du Conseil municipal de Paris. Par mesure transitoire, à chaque renouvellement par tiers de la commission qui fonctionne actuellement, le préfet nomme dix membres, dont cinq à la désignation du Conseil municipal.

Art. 23. — Le préfet de police a dans ses attributions : les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées par l'article 4 de la loi, spécialement la réception des déclarations, les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination, la surveillance au point de vue sanitaire des logements loués en garni.

Il continuera à assurer la protection des enfants du premier âge, la police sanitaire des animaux, la police de la médecine et de la pharmacie, l'application des lois et règlements concernant la vente et la mise en vente de denrées alimentaires falsifiées ou corrompues, le fonctionnement du laboratoire municipal de chimie, la réglementation des établissements classés comme dangereux, insalubres ou incommodes, tant à Paris que dans les communes du ressort de la préfecture de police.

Le préfet de police sera assisté par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine dont la composition actuelle est maintenue, savoir :

Le préfet de police, président;

Un vice-président et un secrétaire, nommés annuellement par le préfet de police sur la présentation du Conseil d'hygiène;

24 membres titulaires nommés par le ministre de l'intérieur sur la proposition du préfet de police et la présentation du Conseil d'hygiène;

3 membres du Conseil général de la Seine élus par leurs collègues;

15 membres à raison de leurs fonctions : le doyen de la Faculté de médecine, le professeur d'hygiène de la Faculté de médecine, le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine, le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, le président du comité technique de santé des armées, le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, l'ingénieur en chef du service des eaux et de l'assainissement, l'inspecteur général de l'assainissement de l'habitation, le secrétaire général de la préfecture de police, l'ingénieur en chef des mines chargé du service des appareils à vapeur de la Seine, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées chargé du service ordinaire du département, le chef de la 2e division de la préfecture de police, l'architecte en chef de la préfecture de police, le chef du service sanitaire vétérinaire de la Seine et le chef du bureau de l'hygiène à la préfecture de police.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine remplira les attributions données au Conseil départemental d'hygiène par la présente loi dans l'étendue du ressort de la préfecture de police.

Les commissions d'hygiène instituées à Paris et dans le ressort de la préfecture de police continueront à exercer leurs fonctions sous l'autorité du préfet de police, dans les conditions indiquées par les décrets des 16 décembre 1851, 7 juillet 1880 et 26 décembre 1893, et elles auront les attributions données aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi.

Le préfet de police continuera à appliquer dans les communes ressortissant à sa juridiction les attributions de police sanitaire dont il est actuellement investi.

Art. 24. — Dans les communes du département de la Seine, autres que Paris, le maire exerce les attributions sanitaires sous l'autorité, soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites dans les deux articles précédents.

Art. 25. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5,000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France est composé de quarante-cinq membres.

Sont membres de droit : le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur; l'inspecteur général des services sanitaires; l'inspecteur général adjoint des services sanitaires; l'architecte inspecteur des services sanitaires; le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur; le directeur des consulats et des affaires commerciales au ministère des affaires étrangères; le directeur général des douanes; le directeur des chemins de fer au ministère des travaux publics; le directeur du travail au ministère du commerce, des postes et des télégraphes; le directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'instruction publique; le président du comité technique de santé de l'armée; le directeur du service de santé de l'armée; le président du conseil supérieur de santé de la marine; le président du conseil supérieur de santé au ministère des colonies; le directeur des domaines au ministère des finances; le doyen de la Faculté de médecine de Paris; le directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris; le président de la Chambre de commerce de Paris; le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris; le vice-président du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; l'inspecteur général du service d'assainissement de l'habitation de la préfecture de la Seine; le vice-président du conseil de surveillance de l'assistance publique de Paris; l'inspecteur général des écoles vétérinaires; le directeur de la carte géologique de France.

Six membres seront nommés par le ministre sur une liste triple de présentation dressée par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le Conseil d'Etat, la Cour de cassation, le Conseil supérieur du travail, le Conseil supérieur de l'assistance publique de France.

Quinze membres seront désignés par le ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc.

Un décret d'administration publique réglementera le fonctionnement du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la nomination des auditeurs et la constitution d'une section permanente.

TITRE III

Dépenses.

Art. 26. — Les dépenses rendues nécessaires par l'application de la présente loi, notamment celles causées par la destruction des objets mobiliers, sont obligatoires. En cas de contestation sur leur nécessité, il est statué par décret rendu en Conseil d'Etat.

Ces dépenses seront réparties entre les communes, les départements et l'Etat, suivant les règles fixées par les articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893.

Toutefois, les dépenses d'organisation du service de la désinfection dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus sont supportées par les villes et par l'Etat dans les proportions établies au barème du tableau A annexé à la loi du 15 juillet 1893. Les dépenses d'organisation du service départemental de la désinfection sont supportées par les départements et par l'Etat dans les proportions établies au barème du tableau B.

Des taxes seront établies par un règlement d'administration publique pour le remboursement des dépenses relatives à ce service.

A défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et

des bureaux d'hygiène et d'en assurer le fonctionnement dans l'année qui suivra la mise à exécution de la présente loi, il y sera pourvu par des décrets en forme de règlements d'administration publique.

TITRE IV

Pénalités.

Art. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 5, 6, 7, 8 et 14.

Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 fr. à 500 fr.

Art. 28. — Quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentitielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Est interdit, sous les mêmes peines, l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de boucherie, fumier, matières fécales et en général de résidus animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autres que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du Code pénal.

Art. 29. — Seront punis d'une amende de 100 fr. à 500 fr., et, en cas de récidive, de 500 à 1,000 fr., tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des commissions sanitaires en ce qui touche l'application de la présente loi.

Art. 30. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies de peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822.

TITRE V

Dispositions diverses.

Art. 31. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée, ainsi que toutes les dispositions des lois antérieures contraires à la présente loi.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les Conseils d'hygiène d'arrondissement actuellement existants continueront à fonctionner jusqu'à leur remplacement par les Conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires de circonscription organisés en exécution de la présente loi.

Art. 32. — La présente loi n'est pas applicable aux ateliers et manufactures.

Art. 33. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène et du service de désinfection, ainsi que les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Tandler (J.) et **Halban** (J.). Topographie des weiblichen Ureters mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Zustände und der gynäkologischen Operationen. In-4°, 32 planches en couleurs, avec texte explicatif. Vienne et Leipzig. W. Braumüller. — Topographie de l'uretère de la femme, surtout au point de vue des divers états morbides et des opérations gynécologiques.

Vulliet (H.). Calculs rénaux et accouchement prématuré. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Waldo (R.). Sactosalpinx hemorrhagica. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Winternitz (E.). Plastische Hilfsmittel für den geburtshilflich-gynäkologischen Unterricht. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 août.) — Moulages pour l'enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie.

Zangemeister (W.). Ueber eine seltene Art von Dammrissen (Vulvaporrhexis). (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 août.) — Sur une forme rare de déchirure du périnée.

PÉDIATRIE

Petrone (G.). Un caso di splenomegalia primitiva infantile con una forma non comune di epatite interstiziale cronica. (*Pediatria*, août.)

Ritter (G. von). Zur Kenntnis der Atresia laryngis post intubationem. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 1-2.)

Sieber (Mme N.). De la réaction de Oumikoff sur le lait de femme. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 4.)

Siegert (F.). Erfahrungen mit der nach von Dungern gelabten Vollmilch bei der Ernährung des gesunden und kranken Säuglings. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juillet.) — Le lait présuré d'après le procédé de von Dungern dans l'alimentation du nourrisson.

Spiegelberg (J. H.). Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindesalter. (*Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiete der prakt. Med.*, I, 9.) — Les maladies de la bouche et des dents chez les enfants.

Thiemich (M.). Ueber Enuresis im Kindesalter. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 août.)

Variot (G.) et **Chicotot** (G.). Einige Anwendungen der Radioskopie für das klinische Studium der kindlichen Brustorgane. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 1-2.) — Quelques applications de la radioscopie à l'étude clinique des organes thoraciques de l'enfant.

Zuppinger. Ueber Herztod bei anscheinend bedeutungslosen oberflächlichen Geschwürsprocessen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 août.) — De la mort par insuffisance du cœur dans les cas d'ulcères superficiels et en apparence insignifiants [chez les enfants].

TÉRATOLOGIE

Andrade (C. de). Um caso raro de vicio da conformação dos orgãos genito-urinarios externos (imperfuração do anus). (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 juin.)

Maher (J.). Intra-uterine amputations, probably caused by fibrin abnormally present in the liquor amnii. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 août.)

Pazzi (M.). Ernia funicolare in un embrione di due mesi. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, nov.)

Popescul (M.). Ein ungewöhnlicher Fall von Sacralteratom. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol*, 28 sept.) — Un cas insolite de tératome sacré.

Sörensen (P.). En mærkelig deformitet. (*Ugeskrift for Læger*, 13 déc.)

Weiss (Th.). Une erreur de sexe. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bordas (F.). Intoxications dues à l'ingestion de bières arsenicales en Angleterre. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Löwenberg (B. W.). Ueber die Homosexualität. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 5 août.)

Mabille (H.). Empoisonnement par la colchicine. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXIII, 2.)

Mills (Ch. K.). Political assassinations in some of their relations to psychiatry and legal medicine. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 oct.)

Mirto (D.). Sul valore del metodo biologico per la diagnosi specifica del sangue nelle varie contingenze della pratica medico-legale. (*Riforma med.*, 24 et 25 sept.)

Nédrigaïlov (V.). Des sérotoxines et de leur application à la différenciation du sang humain d'avec celui des animaux (en russe). (*Vratch*, 11 août.)

Parnisetti (Ch.). Anomalies du polygone artériel de Willis chez les criminels, en rapport avec les altérations du cerveau et du cœur. In-8°, 14 p. avec fig. Amsterdam.

Secrétan (H.). L'assurance-accidents et le chômage abusif. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

White (R. P.) et **Hay** (J.). Some recent inquiries and researches into the poisonous properties of naphthalene and the aromatic compounds. (*Lancet*, 31 août.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Jez (V.). Ueber die Behandlung des Erysipels mit Serum von an Erysipel erkrankten Individuen. (*Wien. med. Wochensch.*, 31 août.) — Traitement de l'érysipèle au moyen du sérum de sujets atteints de cette maladie.

Kionka (H.). Grundriss der Toxikologie mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Therapie. In-8°, 592 p. Leipzig. — Précis de toxicologie, surtout au point de la thérapeutique clinique.

Lemoine. Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements froids. (*Nord méd.*, 1er août.)

Pégurier (A.). Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques. In-8°, 452 p.

Presmann (Z.). Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

Rummo (G.). Manuale di terapia clinica; formolario terapeutico ragionato, preceduto dal quadro diagnostico delle malattie. 6e éd. In-16, 1063 p. Palerme.

Satterthwaite (Th.). The therapeutics of subacute and chronic heart diseases. (*Med. News*, 10 août.) — Traitement des cardiopathies subaiguës et chroniques.

Sbrana (F.). Le tétanos et son traitement par la méthode de Baccelli. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, août-sept.)

Sereni (S.). Due casi di porpora emorragica guariti con la gelatina somministrata per la via rettale. (*Policlinico*, 14 sept.)

Société de kinésithérapie. Comptes rendus des séances de l'année 1900 (1re année). In-8°, 76 p. avec fig. Clermont.

Steiner (R.). Ueber die subkutanen Injektionen natürlicher und künstlicher Arsenpräparate. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 8 août.) — Les injections sous-cutanées de préparations arsenicales naturelles et artificielles.

Vernay. Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

Walters (F. R.). Sanatoria for consumptives. 2e éd. In-8°, 460 p. Londres.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Denoyès (J.) et **Lagriffoul** (A.). Le traitement des névrites par les courants de haute fréquence. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

Minine (A.). Traitement du lupus par la lumière électrique bleue (en russe). (*Vratch*, 18 août.)

Stanford (L. C.). Static electricity in the treatment of sprain. (*Med. News*, 20 juillet.) — L'électricité statique dans le traitement des entorses.

Wegele (C.). Eine einfache Magenelektrode. (*Therap. Monatsh*, août.) — Une électrode stomacale simple.

GÉNÉRALITÉS

Foveau de Courmelles. Puériculture aseptique. (*Le Médecin*, 29 déc.)

Greene (C. L.). Medical examination of life insurance. In-8°, 426 p. avec fig. Londres. — L'examen médical en vue de l'assurance sur la vie.

Hoven (T.). Annuaire de statistique démographique et médicale de la ville de Liège (3e année, 1900). In-8°, 90 p. avec tableaux. Liège.

Jaccoud. Un adieu à la rue des Saints-Pères. In-4°, 30 p.

Küttner (H.). Das Vereinslazareth des Roten Kreuzes auf dem chinesischen Kriegsschauplatz. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — L'hôpital de la Croix Rouge dans la guerre de Chine.

Mayet (L.). Les statistiques relatives à la production et à la consommation des boissons alcooliques en France. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Medical and surgical reports of the Boston City Hospital. 12th series. In-8°, 201 p. avec fig. Boston.

Pignet et **Hue** (E.). Nouveau procédé rapide pour l'analyse chimique de l'eau. In-18, 36 p. Limoges.

22e ANNÉE. — N° 7. Vingt centimes le numéro. 12 FÉVRIER 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Clinique médicale. — M. Œttinger : De la phlébite au cours des accidents secondaires de la syphilis 49
Médecine pratique. — Une affection particulière des yeux provoquée par la manipulation du podophyllin 50
Chirurgie pratique. — La cystoscopie sus-pubienne 50
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Epithélioma primitif du cou, d'origine branchiale 51
De l'emploi de l'anesthésie chloroformique chez les cardiopathes 51
Académie des sciences. — Un nouveau cas de trichosporie observé à Nancy......... 51
Sur le fonctionnement des muscles antagonistes dans les mouvements volontaires.. 51
Société médicale des hôpitaux. — Troubles pupillaires et lésions de l'aorte.......... 51
Intoxication belladonée grave chez un enfant de sept ans et demi, à la suite de frictions avec du baume tranquille.......... 51
Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante non pneumique.................... 51
Recherche du plomb dans les organes des saturnins.................... 52
Société de biologie. — Lésions des capsules surrénales dans les intoxications expérimentales.................... 52
Présence d'un pigment dérivé dans le liquide céphalo-rachidien au cours des ictères chroniques.................... 52
De la morphologie du maxillaire inférieur aux différents âges.................... 52
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Chancre infectant par auto-inoculation au menton.................... 52
Tuberculose cutanée généralisée et alopécie 52
Pelades d'origine dentaire.................... 52
Pathogénie des affections dites parasyphilitiques.................... 53
Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Un cas d'alexie.................... 53
A propos du traitement du lupus du nez.... 53
Légitimité et indications du fœticide....... 53
Société de médecine interne de Berlin. — Les bacilles pseudo-tuberculeux et leur pouvoir pathogène.................... 53
A propos des entérites causées par les amibes.................... 53
Littérature médicale : *Publications françaises.* — Etude sur l'absence congénitale du tibia.................... 54
Larmoiement provoqué par des glandes lacrymales accessoires.................... 54
A propos d'un cas de goundou ou anakhré.. 54
Publications allemandes. — Sur la gangrène des extrémités consécutive à la scarlatine et à d'autres maladies infectieuses....... 54
L'importance chirurgicale de l'influenza.... 54
Du ralentissement prétendu physiologique du pouls pendant les suites de couches... 55
Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse.................... 55
De la formation du moignon dans les amputations et les désarticulations du membre supérieur.................... 55
Publications italiennes. — Les albuminuries consécutives aux bains froids............ 55
La leucocytose digitalique et son importance dans la diplococcémie expérimentale..... 55
Publications russes. — Contribution à l'étude de la rachicocaïnisation dans les opérations chirurgicales.................... 55
Emploi du condurango dans le traitement des maladies de l'estomac.................... 56
Notes thérapeutiques. — Traitement des affections gynécologiques de nature septique par des injections rectales très lentes d'eau faiblement salée.................... 56
Les indications des solutions iodurées dans le traitement des cataractes.................... 56
Les déplacements de l'ovaire et leur traitement conservateur.................... 56
Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'ingestion de bile de porc et par la privation de graisses.................... 56
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Absence congénitale du tibia.................... 54[1]
Affections cardiaques et chloroformisation... 51[2]
— parasyphilitiques et leur pathogénie.................... 53[1]
Albuminurie par bains froids.................... 55[2]
Alexie.................... 53[1]
Alopécie et tuberculose cutanée généralisée. 52[3]
Amibes et lésions de l'intestin.................... 53[3]
Anakhré.................... 54[2]
Atrophie musculaire généralisée.................... 52[1]
Bacilles pseudo-tuberculeux et lésions qu'ils provoquent.................... 53[3]
Bains froids et albuminurie.................... 55[2]
Baume tranquille et intoxication belladonée 51[3]
Bile de porc contre la tuberculose pulmonaire.................... 56[3]
Capsules surrénales et leurs lésions dans les intoxications.................... 52[1]
Cataracte.................... 56[2]
Chancre syphilitique par auto-inoculation... 52[2]
Chloroformisation chez les cardiopathes..... 51[2]
Cocaïnisation de la moelle.................... 55[3]
Condurango.................... 56[1]
Cystoscopie sus-pubienne.................... 50[3]
Déplacements de l'ovaire.................... 56[3]
Digitale et leucocytose qu'elle détermine.... 55[3]
Entérites amibiennes.................... 53[3]
Epithélioma branchial du cou.................... 51[1]
Fœticide et ses indications.................... 53[2]
Gangrène des extrémités et scarlatine....... 54[2]
Glandes lacrymales accessoires et larmoiement.................... 54[1]
Goundou.................... 54[2]
Grippe et son importance chirurgicale...... 54[3]
Ictère chronique et pigment dérivé dans le liquide céphalo-rachidien.................... 52[1]
Intoxication belladonée par le baume tranquille.................... 51[3]
Intoxications expérimentales et lésions des capsules surrénales.................... 52[1]
Iodure de potassium en collyres contre la cataracte.................... 56[2]
Larmoiement dû à des glandes lacrymales accessoires.................... 54[1]
Lésions de l'aorte et troubles pupillaires.... 51[3]
Leucocytose digitalique.................... 55[3]
Liquide céphalo-rachidien des ictériques chroniques.................... 52[1]
Lupus du nez.................... 53[2]
Maladies de l'estomac.................... 56[1]
Maxillaire inférieur et sa morphologie aux différents âges.................... 52[2]
Moignon dans les amputations du membre supérieur.................... 55[2]
Muscles antagonistes et leur fonctionnement dans les mouvements volontaires......... 51[2]
Ostéo-arthropathie hypertrophiante non pneumique.................... 51[3]
Pelades d'origine dentaire.................... 52[3]
Péritonite tuberculeuse.................... 55[1]
Phlébites syphilitiques secondaires......... 49[1]
Plomb et sa recherche dans les organes des saturnins.................... 52[1]
Podophyllin et troubles oculaires qu'il provoque.................... 50[2]
Pouls et son ralentissement dans les suites de couches.................... 55[1]
Rachicocaïnisation.................... 55[3]
Scarlatine et gangrène des extrémités...... 54[2]
Septicémies gynécologiques.................... 56[2]
Solutions salées faibles en injections rectales lentes contre les septicémies gynécologiques.................... 56[2]
Suites de couches et prétendu ralentissement physiologique du pouls.................... 55[1]
Syndrome de Babinski.................... 51[3]
Syphilis secondaire et phlébites.................... 49[1]
Traitement de la cataracte.................... 56[2]
— de la tuberculose pulmonaire.... 56[3]
— des déplacements de l'ovaire.... 56[3]
— des maladies de l'estomac.... 56[1]
— des septicémies gynécologiques. 56[2]
— du lupus du nez.................... 53[2]
Trichosporie.................... 51[2]
Troubles oculaires dus au podophyllin...... 50[2]
— pupillaires et lésions de l'aorte.... 51[3]
Tuberculose cutanée généralisée et alopécie. 52[3]
— pulmonaire.................... 56[3]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur L. Dieulafé est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Chedevergne, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Poitiers, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Eugenio Fazio, privatdocent d'hygiène à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur A. Kojevnikov, ancien professeur de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Alfonso Masi, professeur suppléant de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Buénos-Ayres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Ayrignac (J.). Etude du chimisme gastrique dans les dermatoses; rapport du chimisme urinaire et du chimisme gastrique.

Bordenave (J.). L'analgésie chirurgicale par les injections de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire.

Boureille (E.). Le devoir social des collectivités françaises envers les tuberculeux adultes et indigents.

Canton (M.). Etude sur une variété antérieure des luxations inférieures de l'épaule.

Chazet (L.). Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule.

Dalmais (S.). De l'infection rhumatismale dans ses localisations cardiaques primitives.

Dassonville (P.). Etude sur le chancre syphilitique de l'urèthre chez la femme.

Davicion (N.). Des nodosités rhumatismales chez les enfants.

Delaage. Description et fonctionnement du service Civiale à l'hôpital Lariboisière.

Delor (J.). Des injections intra-trachéales vraies et directes dans le traitement des affections broncho-pulmonaires.

Dentillac (L.). Etude sur la splénomégalie dans les différentes périodes de la syphilis acquise.

Duflos (L.-H.). De la ponction lombaire en psychiatrie.

Dupuy (J.). Traitement du lupus par le permanganate de potasse (méthode de Butte).

Durbecé (M.). Contribution au diagnostic de la pneumonie infantile.

Durieux (J.). Traitement de la fièvre typhoïde infantile; étude comparée des diverses médications.

Ferras (J.). Recherches sur la nutrition chez les syphilitiques par l'analyse chimique des urines.

Gilbert (P.). Relation entre la chlorose et l'albuminurie des femmes enceintes.

Gimbal (P.). De la sitiophobie et de son traitement.

Girard (P.). Le foie diphtérique.

Jean (M.). Etude comparative de la symphyséotomie et de l'opération césarienne conservatrice.

Launay (L.). Les relations nosologiques de la chorée des femmes enceintes.

Le Dosseur (L.). Des troubles intellectuels consécutifs à l'intoxication oxycarbonique.

Le Monnyer (E.). Contribution à l'étude de la cellule nerveuse.

Limasset (H.). Essai sur l'éosinophilie dans le parasitisme vermineux chez l'homme.

Marsoo (F.). Du phlegmon ligneux.

Pellet (A.). Contribution à l'étude de l'hépatoptose.

Picart (P.). Etude pratique de l'extension continue et de ses résultats.

Quillier (F.). L'eczéma des nourrissons.

Quillon (E.). Formes et pathogénie de l'hypertrophie congénitale des membres.

Renou (M.). Complication rare de la fièvre typhoïde (pyléphlébite suppurée).

Reynaud (Ch.). Contribution à l'étude de la douleur phrénique au cours de la tuberculose pulmonaire.

Sainton (P.). La fièvre typhoïde chez le vieillard.

Sayoł (L.-A.-D.). L'enseignement secondaire classique dans ses rapports avec la médecine.

Thomin (F.). Traitement prophylactique des ophtalmies purulentes des nouveau-nés par l'aniodol.

Toussaint (J.). Le lait de chèvres de races sélectionnées; son rôle dans l'allaitement.

Vergez (J.-P.). Contribution à l'étude des occlusions intestinales en rapport avec la grossesse et le travail.

Villaret (G.). Etude sur des urines de goutteux.

Wagner (A.-F.). Première pratique médicale de la loi sur les accidents du travail (jurisprudence, statistique).

PHYSIOLOGIE

Berger (H.). Zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen, namentlich unter dem Einfluss von Medikamenten; experimentelle Untersuchungen. In-8°, 78 p. avec fig. Iéna. — Recherches expérimentales sur la circulation sanguine de la cavité crânienne, en particulier sous l'influence des médicaments.

Bonanni (A.). Su taluni derivati dell'acido glicuronico; note preventive. (*Policlinico*, 3 août.)

Bonnier (P.). L'audition. In-18, 280 p. avec fig.

Bordier (H.). Appareil pour la mesure de la surface du corps de l'homme. (*Lyon méd.*, 15 sept.)

Holmgren (E.). Om regenerationen. (*Hygiea*, oct.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Auché et **Chavannaz.** Etude anatomo-pathologique d'une fistule congénitale du cou. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 août.)

Biffi (U.). Sulla diagnosi istologica della rabbia. (*Ann. d'igiene sperim.*, XI, 1.)

Björkstén (M.). Zur Kenntnis der sogenannten neugebildeten Gallengänge. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 2.) — Contribution à l'étude des néo-canalicules biliaires.

Blasius (O.). Ein Fall von Epidermoid (Perlgeschwulst) der Balkengegend; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Hirnhernien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 3.) — Cholestéatome de la région du corps calleux; contribution à l'étude des encéphalocèles multiples.

Butza. Citodiagnosticul. In-8°, 16 p. Bucharest.

Charvet (J.). L'enseignement de l'anatomie pathologique à l'étranger (Suisse, Allemagne, Autriche). (*Lyon méd.*, 28 juillet, 25 août, 1er, 8 et 15 sept.)

Dürck (H.). Atlas-manuel d'histologie pathologique. (Trad. de l'allemand par Gouget.) In-16, 186 p. avec 120 planches en couleurs.

Federmann (A.). Tuberculose und Syphilis des Hoden in Bezug auf das Verhalten des elastischen Gewebes. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 3.) — Tuberculose et syphilis du testicule dans leurs rapports avec l'état du tissu élastique.

Fibiger (J.). Ueber tuberkulöse Dünndarmstricturen und deren Verwechslung mit syphilitischen Verengerungen. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 2.) — Des rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle, pris pour des sténoses syphilitiques.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ascoli (M.) et **Riva** (A.). Ueber die Bildungsstätte der Lysine. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 août.) — Où se forment les lysines?

Ceconi (A.) et **Robecchi** (P.). Citotossina ovarica. (*Riforma med.*, 14 et 16 sept.)

Cevidalli (A.). Esperienze ed osservazioni sulle citotossine pancreatiche. (*Riforma med.*, 10 sept.)

Fabris (A.). Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Aneurysmen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 3.)

Geirsvold (M.). Statistische Untersuchungen über die Häufigkeit und Verbreitung des Krebses in Norwegen. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 2.) — Etude statistique sur la fréquence et l'extension du cancer en Norvège.

Köhler (F.). Das Agglutinationsphänomen. In-8°, 124 p. Iéna.

Lumière (A.) et **Nicolas** (J.). Action du refroidissement prolongé obtenu par l'évaporation de l'air liquide, sur les toxines, les venins et les sérums antitoxiques. (*Province méd.*, 21 sept.)

Martius (F.). Das Vererbungsproblem in der Pathologie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 juillet et 5 août.) — La question de l'hérédité en pathologie.

Meltzer (S. J.). Hæmolysis. (*Med. Record*, 3 août.)

Patoir (J.). Les métastases. (*Echo méd. du Nord*, 11 août.)

Scholten (R.). Een bijdrage tot de carcinoomstatistiek. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 nov.)

MÉDECINE

Baccelli (G.). Tumori nell'addome. (*Gazz. degli Osped.*, 4 août.)

Barjon et **Cade.** Examen cytologique des épanchements pleuraux. (*Lyon méd.*, 11 août.)

Billings (F.). Pernicious anemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 et 31 août.)

Bordoni (L.). Lipomatosi dolorosa simmetrica. (*Riforma med.*, 11 sept.)

Di Luzenberger (A.). Sul trattamento dell'impotenza sessuale. In-8°, 52 p. Naples.

Douglas (Ch.). Membranous colitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 août.)

Edes (R. T.). Slow pulse with special reference to Stokes-Adams disease. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17, 24 et 31 août et 7 sept.) — Pouls lent et maladie de Stokes-Adams.

Einhorn (M.). Maladies de l'estomac. (Trad. de l'anglais par F. T. Labadie.) In-8°, 515 p. avec fig.

Féré (Ch.). L'adipose douloureuse; syndrome de Dercum. (*Rev. de méd.*, août.)

Ferrio (L.). Sulla diagnosi dei tumori maligni della pleura. (*Riv. critica di clinica medica*, 27 juillet et 3 août.)

Fussell (M. H.). Diagnosis and prognosis of heart disease. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 août.) — Diagnostic et pronostic des maladies du cœur.

Graziani (G.). Dell'albuminuria fisiologica. (*Gazz. degli Osped.*, 1er sept.)

Hansen (P. N.). Eksperimentelle, anatomiske og kliniske studier over nyretuberkulose. (*Thèse de Copenhague.*) — La tuberculose rénale.

Hofmann (J.). Ueber auscultatorische Percussion. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 août.)

Jochmann (G.) et **Schumm** (O.). Typische Albumosurie bei echter Osteomalacie. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 août.)

Licci (P.). Contributo allo studio del ricambio e della dieta nelle nefriti. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 8 et 9.)

Marcou-Mutzner. Cyto-diagnostic et méningite tuberculeuse. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Mariani (F.). Di un caso rarissimo di esoftalmo pulsatile bilaterale di natura spontanea. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 10.)

Mering (F. von). Lehrbuch der inneren Medizin. In-8°, 1092 p. avec fig. Iéna. — Traité de pathologie interne.

Nicolas (J.) et **Descos** (A.). Accès de tétanie légers dans la convalescence d'une pneumonie aiguë. (*Province méd.*, 21 sept.)

Ponfick (E.). Topographischer Atlas der medizinisch-chirurgischen Diagnostik. 2e fasc. In-4°, 12 planches avec texte en allemand, en anglais et en français. Iéna.

Rabajoli (C.). Della diazoreazione e del suo significato nella tubercolosi. (*Gazz. med. di Torino*, 26 sept.)

Scarrone (T.). Considerazioni intorno ad alcuni casi rari di cisti da echinococco. (*Gazz. degli Osped.*, 18 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Arloing (S.) et **Courmont** (P.). Sur le séro-diagnostic de la tuberculose. (*Province méd.*, 31 août.)

Armand. Un cas de diphtérie à complications multiples (angine, croup, pneumonie, épanchement pleurétique, myocardite, diphtérie cutanée et emphysème sous-cutané). (*Loire méd.*, sept.)

Blume (C. A.). Bidrag til tuberkulosens endemiologi. (*Hospitalstidende*, 30 oct., 6, 13, 20 et 27 nov., 11 et 18 déc.)

Bollack (L.) et **Bruns** (H.). Rectusscheidenabszess beim Typhus abdominalis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 août.) — Abcès de la gaine de l'un des muscles droits de l'abdomen dans un cas de fièvre typhoïde.

Courmont (J.), **Montagard** (V.) et **Péhu** (M.). La leucocytose dans la rougeole. (*Province méd.*, 7 sept.)

Descos (A.) et **Bancel** (L.). De l'emploi de cultures âgées de bacilles d'Eberth et de cultures formolées, au point de vue du séro-diagnostic. (*Province méd.*, 28 sept.)

Fischer (E.). Typhoid fever occurring in a tuberculous patient, and the influence of tuberculin on this condition. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 août.)

Guérin (C.). La diphtérie aviaire (étude expérimentale); vaccination; sérothérapie. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Huddleston (J. H.). Generalized vaccinia. (*Med. News*, 7 sept.)

Jordan. Ueber die Aetiologie des Erysipels und sein Verhältnis zu den pyogenen Infektionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 août.)

Lignières (J.). Contribution à l'étude et à la classification des septicémies hémorrhagiques; les « pasteurelloses ». (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Mariotti-Bianchi (G. B.). Sulla meningite cerebro-spinale epidemica. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 10 et 11.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Moreira (J.). A diffusão da klinotherapia no tratamento das psychoses. (*Brazil-medico*, 15 mai, 15 et 22 juillet.)

Muskens (L. J.). Eenige waarnemingen omtrent reukstoornissen (neuritis olfactoria) bij verhooging van den intracranieelen druk. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 nov.)

Pusateri (E.). Contributo allo studio della sclerosi cerebrale atrofica con osservazioni sull'origine del tapetum e del fascio peri-olivare di Bechterev. (*Pisani*, XXII, 2.)

Sergi (G.). Les émotions. (Trad. de l'italien par R. Petrucci.) In-18, 464 p. avec fig.

Spratling (W. P.). A study of the temperature laws in epilepsy based on one thousand observations. (*Med. News*, 7 sept.) — Des lois de la température dans l'épilepsie; étude basée sur mille observations.

Stransky (E.). Associirter Nystagmus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.)

Strasser (A.). Ueber Neurasthenie. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, sept.)

Sträussler (E.). Eine Variation im Verlaufe der Pyramidenbahn. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.) — Une anomalie dans le trajet du faisceau pyramidal.

Torrild (J.). Om ætiologien af chorea minor. (*Thèse de Copenhague.*)

Ullman (J.). The racial factor in hysteria. (*Med. News*, 31 août.)

Van Oordt (M.). Ueber intermittirendes Hinken. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — De la claudication intermittente.

Wachsmuth (H.). Cerebrale Kinderlähmung und Idiotie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 3.) — Paralysie infantile cérébrale et idiotie.

Weber (L. W.). Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. In-8°, 100 p. avec fig. Iéna.

CHIRURGIE

Pétridis (A.). Un cas d'épithélioma du pylore. (*Grèce méd.*, juillet-août.)

Phocas. Technique de l'opération de l'appendicite à froid. (*Nord méd.*, 1er juillet.)

Picqué (L.) et **Dagonet** (J.). Chirurgie des aliénés. T. Ier (année 1901). In-8°, 371 p.

Porter (Ch. B.). Sarcoma of the wall of the thorax; successful excision of a part of three ribs and a portion of the diaphragm. (*Ann. of Surgery*, août.) — Sarcome de la paroi thoracique; résection de trois côtes et d'une portion du diaphragme; guérison.

Reber (M.). Ueber eine bisher nicht beschriebene Form von Rectalstrikturen und eine neue Behandlung derselben. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.) — Sur une nouvelle forme de rétrécissement du rectum et de son traitement.

Reger. Die Krönlein'schen Schädelschüsse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Les lésions du crâne par armes à feu, décrites par M. Krönlein.

Riley (W. C.). The selection and sterilization of muriate of cocaine for spinal anæsthesia. (*Med. Record*, 10 août.) — Le choix et la stérilisation du chlorhydrate de cocaïne pour l'anesthésie rachidienne.

Roberts (J. B.). Congenital anterior dislocation of the tibia treated by arthrotomy. (*Ann. of Surgery*, août.)

Robson (A. W. M.) et **Moynihan** (G. A.). Diseases of the stomach and their surgical treatment. In-8°, 320 p. Londres. — Les maladies de l'estomac et leur traitement chirurgical.

Roorda Smit (J. A.). Opengaan en openblijven van den urachus. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 sept.) — Ouraques demeurés ou redevenus perméables.

Rotter. Zur Behandlung der acuten Perityphlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Traitement de la pérityphlite aiguë.

Ruggi (G.). Lezioni di chirurgia. T. Ier. In-8°, 466 p. Bologne.

Sapejko (K.). Contribution à l'étude de la résection du ganglion de Gasser. (*Rev. de chir.*, sept.)

Schäfer (F.). Ungewöhnliche Grösse einer cartilaginären Exostose der Fibula. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.) — Exostose cartilagineuse du péroné, à dimensions insolites.

Schloffer (H.). Der heutige Stand unserer Technik der Darmvereinigung. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 août.) — L'état actuel de la technique de l'entérorrhaphie.

Schultze (F.). Die Klemmnaht, eine fremdkörperfreie Naht. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Une suture sans fils: suture à pinces.

Scudder (Ch. L.). Strangulation of the testis by torsion of the cord; a review of all recorded cases, together with the report of one recent case. (*Ann. of Surgery*, août.)

Secrétan (H.). Les traumatismes par effort et l'assurance-accidents. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Seliger (P.). Ueber den Shock, namentlich nach Contusionen des Bauches. (*Prag. med. Wochensch.*, 8, 15 et 22 août.) — Du shock, surtout à la suite de contusions de l'abdomen.

Sématzky (I.). De l'anesthésie mixte au moyen du bromure d'éthyle et du chloroforme (en russe). (*Vratch*, 25 août.)

Smoler (F.). Ueber einen 27 Jahre lang beobachteten Fall von Cystadenoma papillare der Schilddrüse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.) — Un cas d'adénome kystique de la glande thyroïde, observé pendant 27 ans.

Sorel (R.) et **Le Nouëne** (L.). Traitement ambulatoire des fractures de jambe. (*Arch. provinc. de chir.*, mai.)

Spencer (W. G.). Indications for surgical interference in appendicitis. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Stieda (A.). Zur Coxa vara. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.)

Stimson (L. A.). Practical treatise on fractures and dislocations. 3e éd. In-8°, 862 p. Londres.

Taddei (D.). Sul grado di restringimento che si puo produrre in una vena colla legatura laterale e colla sutura senza comprometterne la funzione. (*Gazz. degli Osped.*, 11 août.)

Tavel (E.). Ueber Wunddiphtherie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — De la diphtérie des plaies.

Tournère (G.). Des limites de la radioscopie dans le diagnostic et le traitement des fractures (en russe). (*Vratch*, 18 août.)

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section de chirurgie générale [compte rendu officiel]. In-8°, 827 p. avec fig.

Tubby (A. H.). Traumatic separation of the lower epiphysis of the femur, with notes of a case and skiagrams. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.) — Décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur.

Tuffier (Th.). De la radiographie en chirurgie pulmonaire. (*Rev. de chir.*, août.)

Vallas et **Pinatelle**. Un cas de kystes gazeux de l'intestin et du péritoine. (*Lyon méd.*, 18 août.)

Vanverts. L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. (*Nord méd.*, 1er août.)

Vincent (E.). Plaies perforantes de l'abdomen. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Vlaccos (de). De la pathogénie du pied plat. (*Rev. de chir.*, août.)

Vulliet (H.). Analgésie par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Walsham (W. J.). Remarks on the diagnosis and surgical treatment of carcinomatous stricture of the colon. (*Lancet*, 17 août.)

Ware (M. W.). The administration of ethyl chloride as a general anesthetic, with description of a mask for its use. (*Med. News*, 3 août.)

Weber (W.). Ueber Misserfolge nach Gastroenterostomie wegen Stenose und ihre Verhütung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 1.) — Des insuccès de la gastro-entérostomie pour sténose et des moyens de les éviter.

Westermark (F.). Cystocèleoperation. (*Hygiea*, mai.)

Whitman (R.). Treatise on orthopædic surgery. In-8°, 662 p. avec fig. Londres.

Wohlgemuth (H.). Eine neue Chloroform-Sauerstoffnarkose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Un nouveau procédé d'anesthésie mixte au moyen de chloroforme et d'oxygène.

Zahradnicky (F.). O vysledcich Vulpiusovy operace transplantaci slach pri obrnách koncetinovych a diformitách z nich resultujicich. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 juillet.) — Des résultats de l'opération de Vulpius dans les difformités des membres paralysés.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Die Desinfection der Hand des Geburtshelfers und Chirurgen. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 310-311.) — La désinfection des mains en obstétrique et en chirurgie.

Baumm (P.). Unelastischer Metreurynter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 sept.) — Métreurynter inextensible.

Beattie (T. J.). Puerperal eclampsia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 août.)

Beyea (H. D.). The conservation or preservation of the ovaries and functionating uterine tissue in the operation of hysteromyomectomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Bonnamour (S.). Deux cas de collection pelvienne haute traitée par le drainage abdomino-vaginal. (*Province méd.*, 10 août.)

Budberg (R. von). Zur Alkoholbehandlung des Nabelschnurrestes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 sept.) — Pansement du cordon ombilical à l'alcool.

Christer-Nilsson (Hanna). Ueber gleichzeitige extrauterine und intrauterine Schwangerschaft. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2.) — De la grossesse à la fois extra et intra-utérine.

Denis. Une présentation du front chez une primipare de trente-neuf ans; forceps; anesthésie médullaire; paralysie faciale du nouveau-né. (*Bull. méd. de l'Algérie*, sept.)

Downes (A. J.). Electro-thermic hemostasis in abdominal and pelvic surgery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 août.)

Dudley (A. P.). Results of ovarian surgery, with further report upon intra-implantation of ovarian tissue. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 août.)

Pincus (L.). Der Quecksilberluft-Kolpeurynter; Kolpeuryntermassage. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 août.) — Le colpeurynter à mercure et le massage pratiqué au moyen de cet appareil.

Prochownick (L.). Ueber Ernährungscuren in der Schwangerschaft. (*Therap. Monatsh.*, août et sept.) — Des cures diététiques pendant la grossesse.

Reed (Ch. B.). Treatment of abortion. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Robb (H.). Pus in abdominal operations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Seigneux (R. de). De l'inclinaison de l'axe de l'utérus au terme de la grossesse. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Siebourg (L.). Beitrag zur Behandlung des Pruritus vulvae. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 juin.) — Traitement du prurit vulvaire.

Sippel (A.). Kaiserschnitt wegen Eklampsie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Opération césarienne pour éclampsie.

Skutsch (F.). Geburtshilfliche Operationslehre. In-8°, 348 p. avec fig. Iéna. — Opérations obstétricales.

Solowij (A.). Eine einfache und sichere Methode der instrumentellen Ausräumung der Gebärmutter ohne Assistenz bei Abortus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 août.) — Un procédé simple et sûr d'évidement instrumental de l'utérus, sans assistance, en cas d'avortement.

22e ANNÉE. — N° 8. Vingt centimes le numéro. 19 FÉVRIER 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Le régime lacté chez l'adulte, par M. le professeur R. Lépine 57
MÉDECINE PRATIQUE. — La galvanisation intracervicale de la matrice comme moyen de provoquer l'accouchement 58
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — De la chloroformisation chez les cardiopathes 59
Académie des sciences. — Les injections sous-cutanées de méthylarsinate disodique contre les fièvres paludéennes 59
Les courants de haute fréquence et de haute intensité comme moyen d'anesthésie en chirurgie dentaire 59
Société de chirurgie. — Sur les accidents mortels de la chloroformisation 59
Traitement de l'exstrophie de la vessie 60
Société médicale des hôpitaux. — Sur quelques points de la symptomatologie de la paraplégie spasmodique syphilitique 60
Phlébite de la veine cave supérieure 60
Lipomatose d'origine nerveuse centrale 60
La névrite ascendante dans l'étiologie de la syringomyélie 60
Céphalée syphilitique et ponction lombaire 60
Société de biologie. — Sur quelques modifications du sang dans l'anesthésie par le chloroforme 61
Technique pour l'étude des flagella de l'hématozoaire du paludisme 61
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — La ponction lombaire dans le traitement des méningites purulentes 61
Deux cas d'hémiatrophie de la face 61
Sur la réfection des pertes de substance des canaux à revêtement épithélial 61
Indications et légitimité du fœticide 61
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Accident mortel à la suite de l'administration d'un lavement 61
De l'hémolysine streptococcique 62
Scarlatine hémorrhagique bénigne 62
Publications allemandes. — Des rapports entre l'angine et le rhumatisme polyarticulaire aigu 62
Comment les Javanais obtiennent la narcose 62
Contribution à l'étude des adénomyomes mésonéphriques, chez la femme, et des atrésies génitales 63
Un cas mortel de tuberculose de la trachée avec varices de cet organe 63
Publications anglaises. — Sactosalpinx hemorrhagica 63
Ligature de l'artère innominée par une modification du procédé de Milton pour aborder le médiastin antérieur 63
Des éraillures produites sur des cathéters enduits de cire comme moyen de diagnostic des calculs du rein et de l'uretère 64
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La résection du nerf honteux interne contre le vaginisme et le prurit de la vulve 64
L'acide picrique contre la blépharite ciliaire 64
Traitement de la variole par la levure de bière 64
Pansement des plaies au moyen de la quinine en suspension dans de l'huile de foie de morue 64
Traitement de la teigne tondante par l'iode associé à la graisse d'oie 64
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Accouchement provoqué au moyen de la galvanisation intracervicale de l'utérus .... 58[3]
Acide picrique contre la blépharite ciliaire .... 64[2]
Adénomyomes mésonéphriques .... 63[1]
Affections cardiaques et chloroformisation .... 59[1]
Angine et rhumatisme .... 62[2]
Atrésies génitales chez la femme .... 63[1]
Blépharite ciliaire .... 64[2]
Calculs du rein et de l'uretère .... 64[1]
Cathéters enduits de cire pour le diagnostic des calculs de l'uretère .... 64[1]
Céphalée syphilitique .... 60[3]
Chloroformisation chez les cardiopathes .... 59[1]
— et accidents mortels .... 59[3]
— et modifications du sang .... 61[1]
Compression de la carotide pour produire la narcose .... 62[3]
Courants de haute fréquence comme moyen d'anesthésie en chirurgie dentaire .... 59[3]
Exstrophie de la vessie .... 60[1]
Fœticide .... 61[3]
Galvanisation intracervicale de l'utérus pour provoquer l'accouchement .... 58[3]
Hématozoaires du paludisme et leurs flagella .... 61[1]
Hémiatrophie de la face .... 61[2]
Hémolysine streptococcique .... 62[1]
Iode associé à la graisse d'oie contre la teigne tondante .... 64[3]
Lait chez l'adulte .... 57[1]
Lavement ayant occasionné la mort .... 61[3]
Levure de bière contre la variole .... 64[3]
Ligature de l'artère innominée .... 63[3]
Lipomatose d'origine nerveuse centrale .... 60[2]
Liquide céphalo-rachidien dans la céphalée syphilitique .... 60[3]
Méningites purulentes .... 61[1]
Méthylarsinate disodique contre le paludisme .... 59[3]
Mort à la suite de l'administration d'un lavement .... 61[3]
— par le chloroforme .... 59[3]
Narcose chez les Javanais .... 62[3]
Névrites ascendantes et syringomyélie .... 60[3]
Paludisme .... 59[3]
Pansements au moyen de quinine en suspension dans l'huile de foie de morue .... 64[3]
Paraplégie spasmodique syphilitique .... 60[1]
Pertes de substance des canaux à revêtement épithélial .... 61[2]
Phlébite de la veine cave supérieure .... 60[2]
Ponction lombaire contre la céphalée syphilitique .... 60[3]
— — contre les méningites purulentes .... 61[1]
Prurit vulvaire .... 64[2]
Quinine en suspension dans l'huile de foie de morue comme moyen de pansement .... 64[3]
Régime lacté chez l'adulte .... 57[1]
Résection du nerf honteux interne contre le vaginisme et le prurit vulvaire .... 64[2]
Rhumatisme et angine .... 62[2]
Sactosalpinx hemorrhagica .... 63[3]
Sang dans la chloroformisation .... 61[1]
Scarlatine hémorrhagique bénigne .... 62[2]
Streptocoque et hémolysine .... 62[1]
Syringomyélie et névrites ascendantes .... 60[3]
Teigne tondante .... 64[3]
Traitement de la blépharite ciliaire .... 64[2]
— de la céphalée syphilitique .... 60[3]
— de la teigne tondante .... 64[3]
— de la variole .... 64[3]
— de l'exstrophie de la vessie .... 60[1]
— des méningites purulentes .... 61[1]
— des pertes de substance des canaux à revêtement épithélial .... 61[2]
— du paludisme .... 59[3]
— du prurit vulvaire .... 64[2]
— du vaginisme .... 64[2]
Tuberculose de la trachée avec varices de cet organe .... 63[2]
Vaginisme .... 64[2]
Variole .... 64[3]

CORRESPONDANCE

A propos de la cystoscopie sus-pubienne.

J'ai lu avec intérêt l'article sur « La cystoscopie sus-pubienne » publié dans le dernier numéro de la *Semaine Médicale.* Il est certain que dans les cas où la voie uréthrale est fermée à tout instrument d'un calibre un peu important, la cystoscopie sus-pubienne peut trouver son application ; elle aidera à connaître les lésions vésicales, pourra révéler un néoplasme, un calcul, et permettra de voir nettement l'étendue intra-vésicale d'une hypertrophie prostatique ; en explorant les uretères il sera possible de se renseigner par cette cystoscopie sus-pubienne sur l'état des organes urinaires supérieurs.

M. le professeur Kraske, en employant cette nouvelle méthode d'exploration, a donc été fort bien inspiré. Je crois cependant qu'il n'est pas le premier à avoir conçu et réalisé cette idée intéressante.

Le mérite en revient à un distingué chirurgien de Londres, M. Hurry Fenwick, de l'hôpital Saint-Pierre pour les calculs vésicaux et les maladies des voies urinaires.

La lecture de l'article de la *Semaine Médicale* m'a rappelé qu'étant à Londres, en 1897, j'avais entendu M. H. Fenwick parler de la cystoscopie sus-pubienne; ce souvenir m'a incité à faire une rapide recherche bibliographique qui est entièrement en faveur de M. Fenwick.

M. Fenwick a, en effet, indiqué le mode opératoire et les indications de la cystoscopie sus-pubienne, en décrivant dans le numéro du *British Medical Journal* du 21 avril 1894, avec deux figures à l'appui, le procédé d'exploration sus-pubienne par le simple trocart ou par le cystoscope. Il y est revenu quelques mois plus tard, dans son livre intitulé : « Urinary Surgery », p. 81 et 82.

Cela étant, et sans vouloir diminuer en rien le mérite de M. Kraske, il serait légitime, si la méthode de cystoscopie sus-pubienne devait porter un nom, de lui donner celui de Hurry Fenwick.

Dr HENRY REYNÈS,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Albert (E.). Considérations pouvant servir de contribution à l'étude de la folie transitoire au point de vue médico-légal.

Aymé (H.). Contribution à l'étude et au traitement de l'ongle incarné.

Barret (G.). La maladie de Basedow dans l'enfance.

Bernard (P.). Traitement des névralgies par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Berruyer (G.). Du drainage du péritoine après laparotomie pour lésions utéro-annexielles et de la péritonéoplastie pelvienne.

Bisch (L.). La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés.

Bonjour (E.). Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite.

Brillaud. Du traitement du pied bot congénital chez le nouveau-né et les jeunes enfants.

Brunet (A.). Du système maxillo-dentaire dans l'hérédo-syphilis.

Cauzard (P.). Traitement radical des sinusites frontales chroniques.

Dabout (E.). Des formes méningitiques de la fièvre typhoïde.

Delacourt (E.). De la dystocie par kystes hydatiques du bassin.

Eonnet (M.). Un pavillon de chirurgie modèle : le pavillon de chirurgie de l'Asile clinique (Sainte-Anne).

Ferrand (E.). Etude de la rhino-bronchite spasmodique.

Fiocre (L.). Contribution à l'étude de l'éléphantiasis nostras (variété lymphangiectasique).

Fleury (A.-Ch.). Scoliose congénitale.

Guibert (R.). Etat sanitaire de la ville de Saint-Brieuc (1595-1901).

Guinement (P.). Etude sur la cure radicale des hernies crurales par la voie inguinale.

Halgan (G.). L'hypnotisme devant la loi.

Iliine (O.). De la cure radicale de la hernie crurale par le procédé de M. H. Delagenière, et de ses résultats éloignés.

Jullien (G.). La dégénérescence rénale amyloïde et la perméabilité au bleu de méthylène.

Lacassagne (M.). Contribution à l'étude de la maladie kystique du testicule.

Landolt (F.). Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx.

Lhopitallier (E.). Etude des liserons indigènes; leur emploi thérapeutique.

Mainot (R.). Traitement des péritonites et des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses par les lavages d'eau stérilisée très chaude.

Martin (P.-E.). De la manifestation emphysémateuse de la tuberculose pulmonaire.

Mathieu (J.). Contribution à l'étude de la névrite optique rétro-bulbaire héréditaire.

Maurin (L.). De l'emploi des rayons de Röntgen par le médecin de campagne.

Mélikian (H.). Contribution à l'étude de l'appendicite à forme néoplasique.

Merle (A.). Occlusion de l'artère poplitée par rupture de ses tuniques interne et moyenne.

Morichau-Beauchant. Etude thérapeutique sur la lécithine.

Muller (L.). Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de cyanure de mercure.

Nicollas (A.). Etude sur la conjonctivite à pneumocoques.

Papillon (H.-E.). Tuberculose et prophylaxie; réglementations et desiderata.

Périer (L.). Recherches sur les kystes pararénaux.

Perrody (A.). De l'aérophagie et de ses rapports avec les dyspepsies flatulentes.

Podevin (P.). Contribution à l'étude des fractures de métatarsiens par cause indirecte.

Raffier (G.). Contribution à l'étude des pelvipéritonites puerpérales.

Ravaut (P.). Le diagnostic de la nature des épanchements séro-fibrineux de la plèvre (cytodiagnostic).

Rongier (L.). L'anémie des nourrissons dyspeptiques.

Sée (E.-G.). Hématémèses névropathiques.

Sempé (Ch.). De la perméabilité des séreuses à l'état pathologique.

Slatinéano (A.). Septicémie expérimentale par le cocco-bacille de Pfeiffer; essais d'immunisation.

Stepinski (Fr.). Des épulis.

Thorel (R.). Des fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire et de leur traitement.

Thuillier. Etude sur un ancien et un nouveau traitement de la syphilis.

Trifonoff (G.-P.). L'étiologie et la sérothérapie des tumeurs malignes.

Valentin (P.). Les paralysies de la coqueluche.

Vendeville (J.). De l'énucléation de l'œuf humain dans l'opération césarienne.

Volpilière (de la). De la dégénérescence épithéliale secondaire de l'utérus consécutive à l'évolution maligne d'un kyste mucoïde de l'ovaire.

Zarzycki (P.). Etude sur les cornes palpébrales.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Flexner (S.). The pathology of bubonic plague. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, août.) — L'anatomie pathologique de la peste bubonique.

Fraser (H.). Ein Fall von Leber-Cirrhose mit multipler Adenom-Bildung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 3.) — Un cas de cirrhose du foie avec adénomes multiples.

Guerrini (G.). Dell'azione della fatica sulla minuta struttura delle cellule nervose del midollo spinale; nota preventiva. (*Riforma med.*, 13 sept.)

Lartigau (A. J.). Primary sarcoma of the thyroid gland. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Pappenheim (A.). Wie verhalten sich die Unna'schen Plasmazellen zu Lymphocyten? (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 3 et CLXVI, 3.) — Des rapports qui existent entre les cellules plasmatiques d'Unna et les lymphocytes.

Pernice (B.) et **Riggio** (G.). Contributo alla patologia della cellula : sulle fine alterazioni delle cellule del fegato e dei reni nelle infezioni. (*Riforma med.*, 21 et 23 sept.)

Pilzer (F.). Zur Genese des Angioma cavernosum. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 3.)

Zezschwitz (P. von). Kompressionsthrombose der linken Vena anonyma bei Perikarditis und über den Befund von einseitigem Hydrothorax. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 août.) — Thrombose par compression de la veine innominée gauche dans un cas de péricardite; hydrothorax unilatéral.

MÉDECINE

Baccelli (G.). Aneurisma ampollare dell'aorta ascendente nel tratto extrapericardico. (*Gazz. degli Osped.*, 11 août.)

Bain (W.). Some points in the pathology of pernicious anæmia. (*Lancet*, 14 sept.)

Benenati (U.). Un caso di paralisi dei ricorrenti da stenosi esofagea cicatriziale. (*Riforma med.*, 1er et 2 oct.)

Bickel (A.). Untersuchungen über die Beziehungen zwischen der Veränderung des Gefrierpunktes des Blutes und nervösen Störungen; zugleich ein Beitrag zu der Lehre von der Urämie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 sept.) — Recherches sur les rapports qui existent entre les oscillations du point de congélation du sang et les troubles nerveux; contribution à l'étude de l'urémie.

Boeri (G.). Note di grafica del brivido. (*Gazz. degli Osped.*, 13 oct.) — Etude graphique du frisson.

Böhm (A.). Zur Frage der Darmfäulnis bei Gallenabschluss vom Darme. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 1.) — Des putréfactions intestinales dans les cas d'ictère par rétention.

Caccini (A.). Sopra alcune nefriti e albuminurie tossiche; contributo allo studio degli avvelenamenti, specie da sostanze alimentari. (*Policlinico*, 14 sept.)

Cafiero (C.). Contributo chimico microscopico alle diagnosi differenziali fra cistiti, pieliti e pielo-nefriti. (*Gazz. degli Osped.*, 15 sept.)

Cavazza (E.). L'urobilinuria nella clorosi. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 11.)

Murrell (W.). The value of age and sex as ætiological factors in the differential diagnosis of gastric ulcer and carcinoma. (*Med. Press and Circular*, 23 oct.)

Pick (A.). Die Sensibilitätsneurosen des Magens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 août et 5 sept.) — Les névroses de la sensibilité de l'estomac.

Sewall (H.). Some conditions other than aortic aneurism which determine the occurrence of the tracheal tug. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Du signe d'Oliver dans les états morbides autres que l'anévrysme de l'aorte.

Syllaba (L.). Thomayerouv jubilejni sbornik ucitelli svému na pocest XXV, rocnice jeho doktorátu venuji zaci. In-8°, 248 p. avec fig. Prague. — Livre jubilaire dédié au professeur Thomayer à l'occasion de son vingt-cinquième anniversaire de doctorat.

Talma (S.). Over de behandeling der suikerziekten. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 oct.) — Sur le traitement du diabète.

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section de médecine et chirurgie militaires [compte rendu officiel]. In-8°, 712 p.

Van Ijzeren (W.). De pathogenese van de chronische maagzweer. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 août.) — Pathogénie de l'ulcère chronique de l'estomac.

MALADIES INFECTIEUSES

Arloing (S.) et **Nicolas** (J.). Recherches sur la production rapide de l'immunité et de l'antitoxine diphtériques par association du sérum antidiphtérique au bacille de Löffler ou à sa toxine. (*Province méd.*, 28 sept. et 5 oct.)

Ascoli (V.). Sul decorso annuale dell'epidemia malarica. (*Policlinico*, 5 oct.)

Corthorn (A. M.). Albuminuria in plague. (*Brit. Med. Journ.*, 14 sept.) — Albuminurie dans la peste.

Glogner (M.). Ein Beitrag zur Beurteilung der Malaria-Recidive und ihrer Behandlung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — Les récidives du paludisme et leur traitement.

Musser (J. H.). On streptothrical infections. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 sept.)

Ortynski (H. von). Beitrag zur Casuistik der Impfblattern (Vaccina generalisata). (*Wien. med. Wochensch.*, 28 sept.)

Purnell (J. H.). The mosquito an insignificant factor in the propagation of yellow fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 août.) — Le rôle insignifiant des moustiques dans la propagation de la fièvre jaune.

Reineboth (H.). Die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose. (*Berlin. Klinik*, sept.)

Revilliod (L.). Une forme clinique d'endocardite aiguë infectieuse, maligne, primitive (*febris pallida*). (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Sanarelli (G.). La teoria delle zanzare e gli ultimi studi sulla eziologia della febbre gialla. (*Gazz. degli Osped.*, 25 août.) — La théorie des moustiques et les nouvelles études sur l'étiologie de la fièvre jaune.

PARASITOLOGIE

Doflein (F.). Die Protozoen als Parasiten und Krankheitserreger. In-8°, 274 p. avec fig. Iéna. — Les protozoaires en tant que parasites et agents pathogènes.

Dutton (J. E.). Some points connected with human filariasis. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.)

Laveran (A.) et **Mesnil** (F.). Recherches morphologiques et expérimentales sur le trypanosome des rats. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Marro (G.). Sopra una cisti impiantata sulla salpinge contenente uova di oxyuris vermicularis. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 2.)

Maxwell (J. P.). Filarial abscess. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.)

Overholser (M. P.). Protozoal life in the blood of man and animals, and some of its evolutionary phases in the bodies of suctorial insects. (*Méd. Record*, 31 août.) — La vie des protozoaires dans le sang de l'homme et des animaux et quelques-unes des phases de leur évolution dans le corps d'insectes suceurs.

Sandwith (F. M.). Note on the entrance of ankylostoma embryos into the human body by means of the skin. (*Brit. Med. Journ.*, 14 sept.) — De la pénétration des embryons d'ankylostomes à travers la peau.

Sergent (E.). Existence des anopheles en grand nombre dans une région d'où le paludisme a disparu. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

CHIRURGIE

Annovazzi (L.). La cura della cirrosi epatica colla deviazione chirurgica del sangue portale. (*Riforma med.*, 5 et 6 sept.)

Anzilotti (G.). Contributo all'etiologia e patogenesi delle orchiti; orchi-epididimiti acute suppurativo-necrotiche da « Bacterium-coli ». (*Clinica moderna*, 4 et 11 sept.)

Beck (C.). Osseous cysts of the tibia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Bérard (L.) et **Mailland** (M.). Sur un cas d'encéphalocèle glabellaire avec hydrocéphalie latente; tumeur kystique des plexus choroïdes intra-ventriculaires. (*Lyon méd.*, 8 sept.)

Bloodgood (J. C.). Blood examinations as an aid to surgical diagnosis. (*Med. News*, 31 août.) — L'examen du sang comme moyen adjuvant de diagnostic chirurgical.

Boks (D. B.). Maagchirurgie, naar aanleiding van de 100 maagoperaties die Prof. von Eiselsberg van 12 Maart 1896 tot 25 Februari 1899 deed. In-8°, 353 p. Harlem. — Chirurgie de l'estomac.

Borchard. Ueber luetische Gelenkentzündungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 1-2.) — Des arthrites syphilitiques.

Büdinger (K.). Zur Pathologie und Therapie des Sanduhrmagens; spastischer Sanduhrmagen; Magenresection; Gastroplastik. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 sept.) — Estomac en sablier d'origine spasmodique; résection de l'estomac; gastroplastie.

Cabot (R. C.), **Blake** (J. B.) et **Hubbard** (J. C.). Studies of the blood in its relation to surgical diagnosis. (*Ann. of Surgery*, sept.) — L'hématologie dans ses rapports avec le diagnostic chirurgical.

Canon. Zur Aetiologie und Terminologie der septischen Krankheiten, mit Berücksichtigung des Wertes bakteriologischer Blutbefunde für die chirurgische Praxis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 1-2.) — Etiologie et terminologie des maladies septiques; aperçu sur la valeur de l'examen bactériologique du sang dans la pratique chirurgicale.

Clark (J. G.). Elimination of peritoneal infection and prevention of surgical peritonitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 août.)

Coley (W. B.) et **Buxton** (B. H.). Teratoma of the testis. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Da Costa (J. Ch.) et **Kalteyer** (F. J.). The blood changes induced by the administration of ether as an anæsthetic. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Modifications du sang survenant sous l'influence de l'éthérisation.

Deaver (J. B.). The mortality of operation for obstructive jaundice. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

De Forest Willard. Aneurism of the thoracic aorta of traumatic origin; treatment by introduction of wire and electricity. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.)

Devic et **Gallavardin** (L.). Contribution à l'étude du leiomyome malin avec généralisation viscérale. (*Rev. de chir.*, sept.)

Durañona (L.). Un caso de fibroma del mesenterio extirpado con resección de intestino. (*Rev. de la Soc. méd. Argentina*, sept.-oct.)

Eiselsberg (A. von). Die Krankheiten der Schilddrüse. In-8°, LXIV-259 p. avec fig. Stuttgart. — Les affections de la glande thyroïde.

Ekehorn (G.). Ueber Skiläuferfraktur. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2.) — Des fractures de la cuisse chez les individus se livrant à l'exercice du « ski ».

Féré (Ch.). Fracture d'une phalangette par action musculaire. (*Rev. de chir.*, sept.)

Finney (J.). Anæsthetics in heart disease. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Les anesthésiques et les cardiopathies.

Fischer (F.). Krankheiten der Lymphgefässe, Lymphdrüsen und Blutgefässe. In-8°, 284 p. avec fig. Stuttgart. — Maladies des vaisseaux et des ganglions lymphatiques et des vaisseaux sanguins.

Franke (F.). Zur Aetiologie und Therapie des angeborenen Plattfusses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.) — Etiologie et traitement du pied plat congénital.

Frölich (R.). Deux observations d'occlusion intestinale par vices de position de l'intestin, l'une de torsion de la totalité du mésentère autour de son pédicule, l'autre de rotation du cæcum autour de son axe vertical. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.)

Fuchsig (E.). Ueber die an der Klinik in den letzten 12 Jahren ausgeführten Darmresectionen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 1-2.) — Des résections de l'intestin pratiquées au cours de ces douze dernières années à la clinique chirurgicale [de Vienne].

Gangitano (F.). Contributo alla diagnosi e cura delle colecistalgie da pericolecistite adesiva. (*Riforma med.*, 9 sept.)

Göbell (R.). Zur Kenntnis der lateral-retroperitonealen Tumoren. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 1-2.)

Griffith (F.). A study of burns, with a plea for their more rational treatment. (*Med. News*, 24 août.) — Les brûlures et leur traitement rationnel.

Grimsgaard (V.) et **Nicolaysen** (J.). Ein Fall von primärer Darmtuberkulose mit multiplen Dünndarmstrikturen, nach eingetretener Kachexie operiert. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2.) — Un cas de tuberculose intestinale primitive avec rétrécissements multiples de l'intestin grêle, opéré à la période de cachexie.

Hammesfahr (A.). Die extraperitoneale Radikaloperation medianer Bauch- und Bauchnarbenbrüche. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 21 sept.) — Cure radicale extrapéritonéale des hernies abdominales post-opératoires ou autres.

Hare (H. A.). The safest anæsthetic to use in organic diseases of the heart and vessels. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — L'anesthésique le plus sûr pour les sujets atteints de maladies organiques du cœur et des vaisseaux.

Heidenhain (L.). Ausgedehnte Lungenresection wegen zahlreicher eiternder Bronchectasieen in einem Unterlappen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.) — Résection étendue du poumon pour bronchectasies suppurées multiples au niveau du lobe inférieur.

Heurtaux. Tétanos traumatique ayant débuté vingt-trois jours après une gastrectomie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 31 août.)

Hints (A. von). Ueber die isolirte Zerreissung der Hilfsbänder der Gelenke mit Anschluss eines Falles von Ruptur des Ligamentum genu collaterale fibulare. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.) — De la déchirure isolée des ligaments articulaires, à propos d'un cas de rupture du ligament latéral externe du genou.

Hupp (F. Le Moyne). A contribution to the surgical relief of cancer of the rectum; revision of the statistics to date, with special reference to sacral extirpation. (*Med. News*, 28 sept.)

Jaboulay, Chanoz, Cros et **Carayon**. Paralysie radiale par fracture de l'humérus; libération du nerf; réactions électriques de dégénérescence; traitement électrique; guérison complète en quatre mois. (*Lyon méd.*, 15 sept.)

King (G.). The bucco-antral route in neurectomy for the relief of tic douloureux. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 août.)

Kohlhardt (H.). Ueber Entgiftung des Cocaïns im Tierkörper. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.) — Transformation de la cocaïne, dans l'organisme, en un produit non toxique.

Kramer (W.). Zur chirurgischen Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 14 sept.) — Traitement chirurgical des thromboses des varices de la jambe.

Lathrop (W.). Fracture of the skull. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Fractures du crâne.

Martin (E.). Zur Epityphlitisoperation im freien Intervall; Enteroanastomose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 28 sept.)

Mayo (W. J.). Pre-existing heart disease in reference to surgical operations. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Les affections du cœur dans leurs rapports avec les interventions chirurgicales.

Mertens. Die Fracturen des Calcaneus, mit besonderer Berücksichtigung des Röntgenbildes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.)

Mikulicz (J. von). Die Methoden der Schmerzbetäubung und ihre gegenseitige Abgrenzung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.) — Les diverses méthodes d'anesthésie et leurs indications relatives.

Moggi et **Bordet**. Sur un cas de brûlures graves des deux mains guéries par les pansements à l'acide picrique et le traitement électrique. (*Bull. méd. de l'Algérie*, sept.)

Mongour (Ch.). De l'omentofixation. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 août.)

Monin (F.). Kyste du pancréas; grossesse avec malformations fœtales; rupture spontanée du kyste dans l'intestin; guérison. (*Lyon méd.*, 15 sept.)

Naumann (G.). Cholecystitis, Cholangitis, Hepatitis, Abscessus subphrenicus. Operation, Genesung. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2.)

Pantaloni (J.). Vingt-cinq cas de gastro-entérostomie en Y pour affections non cancéreuses de l'estomac, susceptibles de guérir par l'opération. In-8°, 38 p. avec fig.

OPHTALMOLOGIE

Badal. Nécrose du rebord orbitaire; hétéroplastie sous-cutanée par greffe d'yeux de cobaye. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 août.)

Cosse (F.). L'œil et l'appareil photographique. (*Touraine méd.*, sept.)

Fromaget (C.). Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle en oculistique. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Javal. Auto-observation de glaucome. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Lagrange (F.). Angiome caverneux, en capsule, de l'orbite. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 août.)

Martin (G.). Symblépharon double par atrophie conjonctivale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 25 août.)

Painblan. Thrombophlébite orbitaire consécutive à un traumatisme du front; méningite suppurée; mort. (*Echo méd. du Nord*, 11 août.)

Rogman. Existe-t-il une amblyopie par anopsie? (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Schiele (A.). Das Trachom beim Kinde. (*Arch. f. Augenheilk.*, XLIV, fasc. supplém.) — Le trachome chez l'enfant.

Wilbrand (H.) et **Sänger** (A.). Die Neurologie des Auges. T. II. In-8°, XXXVI-324 p. avec fig. Wiesbaden. — La neurologie de l'œil.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ferraresi (C.). Intorno alla questione storica delle posizioni estese nel parto. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, sept.)

Findley (P.). Hyperplastic glandular endometritis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Füth (J.). Zur intra-uterinen Behandlung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 sept.) — De la technique du traitement intra-utérin.

Garioni (A.). Ueber ein gynäkologisches Speculum. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 sept.)

Gellhorn (G.). A rare case of exfoliative vaginitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Gillette (W. J.). Cesarean section as a method of treatment for placenta previa. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 août.)

Goldspohn (A.). The value of conservative treatment of the uterine appendages. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 août.)

Herrera Vegas (M.). Hernias de la trompa y del ovario. (*Rev. de la Soc. méd. Argentina*, sept.-oct.)

Herzfeld (K. A.). Beitrag zur Dekapitationsfrage. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 sept.)

Josephson (C. D.). Beitrag zur Indikation und Technik der gynäkologischen Laparotomien auf der Basis von 143 während der Jahre 1897-1900 ausgeführten Operationen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2.)

Kaminer (S.). Ueber den Einfluss von Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Prozess und den therapeutischen Wert der Einleitung von künstlichen Aborten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 août.) — De l'influence exercée sur la phtisie par la grossesse et par l'accouchement, et de la valeur thérapeutique de l'avortement artificiel.

Kehrer (E.). Eine sehr seltene Form von Ruptur des muskulösen Beckenbodens und des Perineum. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 sept.) — Une variété très rare de rupture du plancher pelvien musculaire et du périnée.

Kleinertz (F.). Ein Fall von einer wohl intra partum geplatzten Ovarialcyste. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 sept.) — Rupture d'un kyste de l'ovaire survenue pendant le travail.

Kober (K.). Haematocele retro-uterina ohne Extrauterin-Gravidität. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 sept.) — Hématocèle rétro-utérine sans grossesse extra-utérine.

Kreisch (E.). Geburtskomplikation in Folge Hydropsie des Fœtus. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 août.)

Lönnberg (I.). Zur Frage der Einwirkung des Nabelbläschens und des Dotterganges auf den Nabelstrang und auf dessen Insertion. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2.) — De l'influence de la vésicule ombilicale et du conduit omphalo-mésentérique sur le cordon ombilical et sur son insertion.

Loring (D. J.). The treatment of puerperal infection. (*Med. News*, 7 sept.)

Martin (F. H.). Surgical treatment of retroversion of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 août.)

Metcalf (W. F.). A case of congenital malformation leading to error in diagnosis of tubercular peritonitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — Malformation congénitale de l'utérus ayant simulé une péritonite tuberculeuse.

Miclescu. Zur Pathologie und Therapie des Schwangerschaftsikterus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 sept.) — L'ictère gravidique et son traitement.

Miranda (G.). Contributo alla cura dei vomiti incoercibili gravidici. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, sept.)

Morin. Mensuration radiographique du bassin. (*Arch. d'électricité méd.*, sept.)

Nobécourt (P.) et **Delamare** (G.). Cryoscopie des urines chez les femmes enceintes normales et albuminuriques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Noble (Ch. P.). The complications and degenerations of fibroid tumors of the uterus as bearing upon the treatment of these growths. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — Les complications et les dégénérescences des fibromes de l'utérus dans leurs rapports avec le traitement de ces tumeurs.

Oliva (L. A.). Contributo allo studio della patologia del corpo luteo. (*Arch. ital. di ginecol.*, fév.)

Ott (D. de). La ventroscopie dans la laparotomie vaginale (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, juillet-août.)

Paladino (G.). De la caduque et de sa fonction nutritive durant les premiers temps du développement ou avant la circulation placentaire, en l'absence du vitellus nutritif dans l'œuf des mammifères; nouvelles études. (*Arch. ital. de biol.*, XXXV, 3.)

Ries (E.). A new operation for retrodisplacement of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 août.)

Vineberg (H. N.). Partial hysterectomy (?) for puerperal sepsis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Westphalen (F.). Cocain in der geburtshilflichen Praxis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 sept.) — La cocaïne dans la pratique obstétricale.

PÉDIATRIE

Ballantyne (J. W.). The antenatal treatment of hemophilia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 août.)

Breton (M.). A propos d'un cas d'épilepsie jacksonienne d'origine traumatique chez un enfant de quatorze ans. (*Echo méd. du Nord*, 15 sept.)

Comby (J.). Formulaire de poche pour les maladies des enfants. In-18, 611 p.

Filatov (N.). Ueber protrahirte fieberhafte Processe im Kindesalter. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 24 et 28 août.) — Des processus fébriles chroniques chez les enfants.

Griffith (J. P. C.). Symptoms of typhoid fever in infancy and childhood. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 août.)

Monrad (S.). Kronisk, dyspeptisk gastroenteritis hos spæde börn. (*Hospitalstidende*, 18 déc.)

Santucci (A.). Idiosincrasia per il cloroformio legata nei bambini alla elmintiasi intestinale? (*Policlinico*, 31 août.)

Strasser (A.). Infantile typhoid fever. (*Med. Record*, 24 août.)

Walls (F. X.). Protracted influenzal pneumonia in infancy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 août.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Avellis (G.). Ueber eine Art trachealer Haemoptoë. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 août.)

Broca (A.). Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne. In-8°, 48 p. avec fig.

Dionisio (J.) et **Casassa** (A.). Contribution à l'étude de l'intubation du larynx. (*Recueil de mém. ital. sur la laryngol., rhinol. et otol.*, I, 1.)

Guye (A. G.). Over curettage van den sinus sphenoidalis bij recidiveerende neuspolypen, naar aanleiding van vier geopereerde gevallen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 oct.)

Heinleth (von). Ueber maligne Geschwülste der Tonsillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 août et 3 sept.) — Des tumeurs malignes des amygdales.

Jackson (Ch.). Primary carcinoma of the nasopharynx; a table of cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 août.)

Kirchner (W.). Die Verletzungen des Ohres. (*Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Med.*, I, 10.) — Les traumatismes de l'oreille.

Liaras. Du mycosis de l'arrière-gorge (pharyngo-mycose). (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er sept.)

Mayer (E.). Empyema of the antrum of Highmore in young infants. (*Med. Record*, 10 août.) — Empyème de l'antre d'Highmore chez les petits enfants.

Molinié (J.). L'hydrorrhée nasale. In-8°, 96 p.

Möller (J.). Et tilfælde af saakaldt posticusparalyse med sektionsfund. (*Hospitalstidende*, 31 juillet.)

Randall (B. A.). The rationale and technic of pneumatic aural massage. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 août.)

Smith (S. M.). Ménière's disease. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17 août.)

Spira (R.). Ueber Erschütterung des Ohrlabyrinthes (commotio labyrinthi). (*Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Otol. u. Pharyngo-Rhinol.*, V, 1.)

Trétrôp. Un cas d'otomycose. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juillet-août-sept.)

Williams (C.). Uric acid inflammation of the middle ear, membrana tympani and mastoid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 août.)

Woods (H.). Acute mastoiditis after subsidence and without recurrence of tympanic inflammation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 août.) — Mastoïdite aiguë après guérison d'une inflammation de la caisse du tympan.

HYGIÈNE

Balland (A.). Les conserves de légumes et de viandes en usage dans les principales armées. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Gorez. Rapport général sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord pendant l'année 1900. In-8°, 37 p. Lille.

Herr. Das Pasteurisiren des Rahms als Schutz gegen die Verbreitung der Tuberculose durch Butter. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 1.) — La pasteurisation de la crème comme moyen d'éviter la propagation de la tuberculose par le beurre.

Marano (S.). Prontuario di propedeutica sanitaria. In-12, 343 p. avec fig. Salerne.

Poisons industriels. [Publ. de l'Office du travail du ministère du commerce et de l'industrie.] In-8°, 449 p. Imprim. nationale.

Romano (A.). La profilassi del vajuolo e le sue vicende storiche. In-8°, 35 p. Naples.

Travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine-Inférieure pendant l'année 1900. In-8°, 200 p. Rouen.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anderson (W. S.). Intratracheal injections in bronchial and pulmonary affections. (*Med. News*, 28 sept.)

Arcangeli (A.). Contributo alla cura della peritonite tubercolare colle iniezioni iodiche alla Durante. (*Policlinico*, 31 août.)

Brinda (A.). Sull'azione respiratoria della morfina e di alcuni suoi succedanei. (*Gazz. degli Osped.*, 25 août.)

Cavazzani (A.) et **Spadoni** (O.). Sulla liberazione di jodio nascente nel polmone a scopo terapeutico. (*Riforma med.*, 2 sept.)

Galliard (L.). Thérapeutique des maladies du foie. 2e éd. In-18, 314 p.

Jansen (A. P. B.). Een geval van kryptogenetische septicaemie behandeld met injectie van oleum therebinthinae. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 juin.)

Mathieu (A.). Thérapeutique des maladies de l'intestin. 3e éd. In-18, 380 p. avec fig.

Mays (Th. J.). The intimate action of the silver nitrate injections in the treatment of phthisis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 24 août.) — L'action intime des injections de nitrate d'argent dans le traitement de la phtisie.

Monteverdi (I.). Contributo alla cura della tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 11 août.)

Morano (G.). Il metodo Baccelli nella cura del tetano. (*Policlinico*, 10 août.)

Muench (O. L.). Carbolic acid in burns. (*Med. News*, 24 août.) — L'acide phénique contre les brûlures.

Rosenthal (E.). The treatment of temperature by drugs. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 août.)

Singer (H.). Die medicamentöse Behandlung der Darmfäulnis. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — Traitement médicamenteux de la putréfaction intestinale.

Skultecki (E.). Il cacodilato di soda nelle tubercolosi chirurgiche; note preventive. (*Gazz. degli Osped.*, 18 août.)

Thomas (E.). Note sur l'emploi des fortes doses de sérum antidiphtérique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section de thérapeutique, pharmacologie et matière médicale [compte rendu officiel]. In-8°, 567 p. avec fig.

Zeehuisen (H.). Beitrag zur Mechanotherapie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 7 sept.)

BACTÉRIOLOGIE

Belli (C.). Influenza delle bassissime temperature ottenute con l'aria liquida sulla virulenza dei germi patogeni. (*Riforma med.*, 7 sept.)

Biffi (U.). A proposito di un nuovo metodo d'isolamento del bacillo del tifo. (*Riforma med.*, 12 sept.)

Flexner (S.). A comparative study of dysenteric bacilli. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, août.)

Lesieur (Ch.). Etude comparée des bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques du nez et de la gorge. (*Province méd.*, 3 août.)

Nicolas (J.) et **Lesieur** (Ch.). Etude sur le pouvoir bactéricide et atténuant pour le staphylocoque pyogène, du sérum d'une chèvre vaccinée avec des cultures en bouillon de cet agent microbien. (*Province méd.*, 14 sept.)

Niessen (von). Eine einfache Culturmethode für den Gonococcus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 3.) — Un procédé simple de culture du gonocoque.

Pétridis (A.) et **Valassopoulo** (A.). Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde bilieuse. (*Grèce méd.*, sept.)

Ravenel (M. P.). The comparative virulence of the tubercle bacillus from human and bovine sources. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.)

22e ANNÉE. — N° 9. Vingt centimes le numéro. 26 FÉVRIER 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES. — Topographie de la région lombaire en vue de la ponction du canal rachidien, par M. le professeur E. Juvara 65
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — De la chloroformisation chez les cardiopathes 68
Académie des sciences. — Sur le dosage des sucres du sang 69
Société de chirurgie. — Sur les accidents mortels de la chloroformisation 69
Nouveau procédé de gastrostomie 69
Société médicale des hôpitaux. — Sur la rhinelcose (ulcération d'une narine) coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle 69
Méningite aiguë terminée par la guérison .. 69
Hydrocéphalie par oblitération de l'aqueduc de Sylvius 69
Sclérose du poumon avec déviation des gros vaisseaux et de la base du cœur 70
Société de biologie. — Les lésions de l'infection vaccinale et leur histogenèse 70
Kyste hydatique du foie, contenant des microbes strictement anaérobies 70
Etiologie et pathogénie de la maladie du sommeil 70
Les « Plasmazellen » dans les vaisseaux de l'écorce cérébrale au cours de la paralysie générale et de la maladie du sommeil 70
Sur la teneur en urée de chacun des lobes du foie, aux diverses phases de la digestion 70
Causes des accidents provenant du séjour dans les fosses d'aisances 70
De l'action « anaphylactique » de certains venins 70
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — La désinfection des mains par l'alcool. 70
Indications et légitimité du fœticide 71
Société de médecine interne de Berlin. — Les altérations du ganglion cœliaque dans la colique de plomb expérimentale 71
A propos des leucocytes iodophiles 71
Académie de médecine de Belgique. — De l'action curative des cultures filtrées de bacille de Koch dans la tuberculose pulmonaire 71
Recherches sur l'action du suc gastrique renforcé sur les larves d'ankylostome 71
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Sur l'étiologie du cancer 71
De l'urétérite kystique 72
De l'utilisation plastique de l'utérus antéverti dans le vagin pour combattre les prolapsus 72
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les injections de jaune d'œuf dans le traitement de la tuberculose pulmonaire 72
Emploi de l'acide salicylique en petites quantités pour faire tolérer le lait 72
Traitement du lupus et des abcès tuberculeux par des pulvérisations d'eau oxygénée 72
Traitement de la leucoplasie bucco-linguale par l'eau salée 72
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide salicylique pour faire tolérer le lait ... 72²
Adénocarcinome ulcéré de l'S iliaque 71²
Affections cardiaques et chloroformisation ... 68³
Alcool pour la désinfection des mains 70³
Ankylostomes et destruction de leurs larves par le suc gastrique 71³
Cancer et son étiologie 71³
Chloroformisation et accidents mortels 69¹
— et affections cardiaques .. 68³
Colique de plomb et lésions du ganglion cœliaque 71¹
Cultures filtrées de bacille de Koch contre la tuberculose pulmonaire 71²
Désinfection des mains par l'alcool 70³
Eau oxygénée en pulvérisations contre le lupus et les abcès tuberculeux 72³
— salée contre la leucoplasie bucco-linguale 72³
Echinocoques et leur développement 69¹
Fièvre typhoïde avec accidents méningés 70¹
Fœticide 71¹
Foie et sa teneur en urée 70²
Fosses d'aisances et causes des accidents que provoquent leurs gaz 70²
Ganglion cœliaque et ses lésions dans la colique de plomb 71¹
Gastrostomie 69²
Hydrocéphalie par oblitération de l'aqueduc de Sylvius 69³
Hygiène des rues 71¹
Jaune d'œuf en injection dans la tuberculose pulmonaire 72²
Kyste hydatique du foie à suppuration anaérobie 70¹
Lait additionné d'acide salicylique 72²
Leucocytes iodophiles et leur signification .. 71²
Leucoplasie bucco-linguale 72³
Lupus 72³
Maladie du sommeil 70²
Méningite aiguë terminée par guérison 69³
Mort par le chloroforme 69¹
Plasmazellen dans les vaisseaux de l'écorce, au cours de la maladie du sommeil 70²
Ponction lombaire et sa technique 65¹
Prolapsus vésicaux 72¹
Région lombaire et sa topographie 65¹
Rhinelcose et lésions des cordons postérieurs de la moelle 69²
Sang et dosage des sucres qu'il contient 69¹
Sclérose du poumon avec déviation des gros vaisseaux et de la base du cœur 70¹
Suc gastrique et destruction des larves d'ankylostome 71³
Sucres du sang et leur dosage 69¹
Syphilis ancienne et rhinelcose 69²
Traitement de la leucoplasie bucco-linguale . 72³
— de la tuberculose pulmonaire 71² 72²
— des prolapsus vésicaux 72¹
— du lupus 72³
Tuberculose pulmonaire 71² 72²
Urée dans les divers lobes du foie 70²
Urétérite kystique 72¹
Vaccine et ses lésions 70¹
Venins et leur action anaphylactique 70³

VARIA

Congrès allemand de chirurgie en 1902.

Le trente et unième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 2 au 5 avril prochain.

Réunion internationale des délégués de la presse médicale en 1902.

Une réunion internationale des délégués des diverses Associations de la presse médicale aura lieu, à Monte-Carlo, du 7 au 9 avril 1902.

Les discussions porteront sur les deux questions suivantes :

1° *Rédaction des statuts de l'Association internationale de la presse médicale ;*

2° *Texte de la convention assurant le respect de la propriété littéraire.*

Congrès allemand de médecine interne en 1902.

Le vingtième Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbaden du 15 au 18 avril prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac ;*

2° *La photothérapie.*

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur Otto Lanz, privatdocent à la Faculté de médecine de Berne, est nommé professeur de chirurgie, en remplacement de M. J. A. Korteweg.

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Otto Hallauer est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Max zur Nedden est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Lorenzo D'Erchia est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Friedrich Völcker est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Dario Baldi, professeur extraordinaire de matière médicale et de pharmacologie expérimentale, est nommé professeur ordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Barella, membre de l'Académie de médecine de Belgique et correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur J. Wolff, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur N. Th. Filatov, professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Ch. H. Burnett, professeur d'otologie à Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur J. T. Metcalfe, professeur émérite de clinique médicale au College of Physicians and Surgeons de New-York. — M. le docteur P. F. Mundé, professeur de gynécologie à New York Polyclinic and Hospital.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Ascoli (C.). Il meccanismo di formazione della mucosa gastrica umana. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 3.)

Boschetti (F.). Il gran simpatico nell'uomo e negli animali; appunti di storia, anatomia, fisiologia, patologia e terapia comparate. In-8°, 69 p. avec planches. Pavie.

Comptes rendus de l'Association des anatomistes (3e session, Lyon, 1901). In-8°, XXVII-263 p. avec fig. Nancy.

Cruchet (R.). Du cœur chez l'enfant : sa configuration extérieure; ses trois faces. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 sept.)

Falk (E.). Ueber Form und Entwicklung des knöchernen Beckens während der ersten Hälfte des intra-uterinen Lebens. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 2.) — De la forme et du développement du bassin osseux pendant la première moitié de la vie intra-utérine.

Klein. Eine interessante Anomalie der aus dem Aortenbogen entspringenden Schlagadern. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 5 oct.) — Une anomalie intéressante des artères naissant de la crosse de l'aorte.

Krause (W.). Handbuch der Anatomie des Menschen, mit einem Synonymenregister. 2. Abteilung : Splanchnologia; Angeiologia. In-8°, p. 197 à 460. Leipzig.

Meyer (R.). Ueber Drüsen der Vagina und Vulva bei Föten und Neugeborenen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 1.) — Des glandes du vagin et de la vulve chez les fœtus et les filles nouveau-nées.

Rocher (L.). Note sur certains ganglions lymphatiques du testicule. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 sept.)

PHYSIOLOGIE

Bang (I.). Ueber Nucleoproteïde und Nukleïnsäuren. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 sept.)

Calabresi (A.). Alcune ricerche intorno alla formazione postmortale dello zucchero nel fegato dopo la iniezione di glucosio nelle vene. (*Gazz. degli Osped.*, 8 sept.)

Halliburton (W. D.). Handbook of physiology. 4e éd. In-8°, 908 p. Londres.

Hédon (E.). Précis de physiologie. 3e éd. In-18, 664 p. avec fig.

Korczynski (L. von). O wplywie przypraw korzennych na czynnosc wydzielnicza i ruchowa zoladka. (*Gaz. lekarska*, 10 et 17 août.) — De l'influence exercée par les condiments sur l'activité motrice et sécrétoire de l'estomac.

Majewski (F.). O zachowaniu sie blekitu metylenowego w ustroju. (*Gaz. lekarska*, 19 et 26 oct.) — Du sort du bleu de méthylène dans l'organisme.

Rosemann (R.). Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Harnsäureausscheidung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 août.) — De l'influence de l'alcool sur l'élimination de l'acide urique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abesser (M.). Ueber die Herkunft und Bedeutung der in den sog. Naevi der Haut vorkommenden Zellhaufen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — De l'origine et de la signification des amas cellulaires qu'on trouve dans les nævi de la peau.

Bull (P.). Et tilfælde af mikrokephali. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.)

Collmann (B.). Beitrag zur Kenntnis der Chondrodystrophia fœtalis. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.)

Grünfeld (R. L.). Zur Duplicität maligner protopathischer Tumoren. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 août.)

Hansemann (von). Ueber pathologische Anatomie und Histologie des Carcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 août.)

Josefson (A.). Primär lungkancer med svulstceller i pleuraexsudat och sputum. (*Hygiea*, nov.) — Cancer primitif du poumon avec présence de cellules néoplasiques dans l'exsudat pleural et les crachats.

Kattwinkel. Untersuchungen über das Verhalten des Balkens nach grösseren corticalen Hirnläsionen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 1.) — Recherches sur l'état du corps calleux dans les cas de lésions étendues de l'écorce cérébrale.

Pernice (B.) et **Riggio** (G.). Intorno all'afta epizootica. (*Riforma med.*, 26 et 28 oct.)

Rohmer (P.). Ueber Knochenbildung in verkalkten endocarditischen und endarteriitischen Herden. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — Des productions osseuses au niveau des foyers calcifiés d'endocardite et d'endartérite.

Valery (C.). Tableaux synoptiques pour la pratique des autopsies. In-16, 72 p. avec fig.

Wieland (E.). Studien über das primär multipel auftretende Lymphosarcom der Knochen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — Lymphosarcomes multiples primitifs des os.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Balacescu. Die Ligatur der Gefässe der Milz beim Tier. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 août.) — La ligature des vaisseaux spléniques chez les animaux.

Baldi (C.). Tolleranza del peritoneo alle iniezioni di iodo per la cura della peritonite tubercolare. In-8°, 24 p. Pérouse.

Denier (A.). La vaccine chez le lapin et ses modifications sous l'influence des injections de sérum de génisse vaccinée. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Flexner (S.) et **Pearce** (R. M.). Experimental pancreatitis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, août.)

Maurel. Sur la diarrhée expérimentale de suralimentation. (*Arch. de méd. navale*, août.)

Schütze (A.). Experimentelle Untersuchungen zur Kenntnis der Einwirkung der Antipyretica auf den Verlauf acuter Infectionskrankheiten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 2.) — Recherches expérimentales concernant l'influence des antipyrétiques sur l'évolution des maladies infectieuses aiguës.

Scotti (F.). Contributo sperimentale all'origine dell'acido indossilglicuronico. (*Gazz. degli Osped.*, 25 août.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Achalme (P.). Recherches sur les propriétés pathogènes de la trypsine et le pouvoir antitryptique du sérum des cobayes neufs et immunisés. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Albu. Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Harngift. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — Recherches expérimentales sur le poison urinaire.

Auché (B.) et **Vaillant** (L.). Altérations des globules blancs du sang chez les animaux mordus par des serpents venimeux et traités ou non par le sérum antivenimeux de M. Calmette. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 sept.)

Baccarani (U.). Proposta di un nuovo metodo per la ricerca della resistenza del sangue. (*Clinica medica italiana*, avril.)

Besredka. Les antihémolysines naturelles. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Buchner (H.) et **Geret** (L.). Ueber ein krystallinisches Immunisirungsproduct. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juillet et 6 août.)

Ceradini (A.). Sulla relazione che esiste tra la resistenza del sangue ed il numero dei globuli rossi che si colorano a fresco col bleu di metilene nel sangue nelle anemie gravi. (*Riforma med.*, 11 oct.)

Cosentino (A.). Sul meccanismo di guarigione della tubercolosi peritoneale in seguito alla laparotomia; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 13 oct.)

De Luca (B.). I poteri termo-regolatori nelle febbri infettive. (*Riforma med.*, 16 et 17 oct.)

MÉDECINE

Cipollina (A.) et **Maragliano** (D.). Sul meccanismo del segno di Kernig. (*Gazz. degli Osped.*, 8 sept.)

Crawfurd (R.). Tuberculosis of the heart muscle. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.) — Tuberculose du myocarde.

Devic et **Gallavardin** (L.). Etude sur le cancer primitif des canaux biliaires cholédoque, hépatique et cystique. (*Rev. de méd.*, juillet, août et oct.)

Einhorn (M.). Syphilis of the liver. (*Med. Record*, 17 août.) — Syphilis du foie.

Fagge (C. H.) et **Pye-Smith** (P. H.). Text-book of medicine. 4e éd. T. Ier. In-8°, 1142 p. Londres.

Fittipaldi (E.). Di un metodo semplice per liberare dai corpuscoli mucopurulenti i sedimenti urinari. (*Gazz. degli Osped.*, 8 sept.)

Flade (W.). Ueber die Anwendung der Magensonde bei Ulcus ventriculi. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 et 13 août.) — De l'emploi de la sonde dans les cas d'ulcère de l'estomac.

Herringham (W. P.). On essential or toxæmic dropsy : dropsy without albuminuria. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.) — De l'hydropisie essentielle ou toxémique : hydropisie sans albuminurie.

Hirschfeld (F.). Unfall und Diabetes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 août.) — Traumatisme et diabète.

Huyghe. Néphrite et épilepsie symptomatique. (*Nord méd.*, 15 oct.)

Ito (M.). Ueber das Vorkommen von echtem Pepton (Kühne) im Harn. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 1.) — De la présence de la peptone vraie dans les urines.

Josefson (A.). Zur Kasuistik der Erkrankungen der Kreislaufsorgane. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 3.) — Maladies des organes de la circulation.

Lalomia (A.). Sulla fosfaturia. (*Policlinico*, 12 oct.)

Magni (E.). Sul dito a bacchetta di tamburo e sul patereccio indolente nella malattia di Raynaud. (*Gazz. degli Osped.*, 15 sept.)

Maurel (E.). Du rôle de la suralimentation dans la production des diarrhées de la saison chaude et des pays chauds. (*Arch. de méd. navale*, sept.)

May (R.). Notiz über ein einfaches Verfahren zur Kyrtometrie (Anwendung von Gypsbinden). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 1.) — Un procédé simple de cyrtométrie (emploi de bandes plâtrées).

Memmi (G.). Valore prognostico della eosinofilia negli escreati dei tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 22 sept.)

Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (année 1900). In-8°, 459 p. avec fig.

Michelazzi (A.). Scorbuto e intossicazione intestinale. (*Gazz. degli Osped.*, 22 sept.)

Micheli (F.) et **Mattirolo** (G.). Sui versamenti lattescenti non adiposi. (*Gazz. degli Osped.*, 15 sept.)

Mittelbach (F.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Alkaptonurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 1.)

Mühsam (R.). Zur Differentialdiagnose der Appendicitis und des Typhus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

De Grazia (F.). La sierodiagnosi nella tubercolosi polmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 8 sept.)

Jundell (I.). Ueber die Aetiologie der akuten primären und besonders der epidemischen Cerebrospinalmeningitis; ein Beitrag zur Kenntnis des Diplococcus intracellularis meningitidis (Weichselbaum). (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 1, 2 et 3.)

Kleine (F. K.). Observations on blackwater fever. (*Brit. Med. Journ.*, 14 sept.) — De la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Kurth. Ueber typhusähnliche, durch einen bisher nicht beschriebenen Bacillus (Bacillus bremensis febris gastricae) bedingte Erkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juillet et 1er août.) — Affections simulant la fièvre typhoïde et provoquées par un nouveau bacille.

Lewis (C. J.). Typhoid bacilluria. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Lignières (J.). Sur le bacille pesteux et les injections intraveineuses massives de sérum Roux-Yersin dans le traitement de la peste. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Marcou-Mutzner. Purpura infectieux et scorbut. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Maynard (F. P.). Some ophthalmic complications of plague. (*Brit. Med. Journ.*, 14 sept.) — Quelques complications oculaires de la peste.

Raybaud (A.). Traitement de la peste. (*Marseille méd.*, 15 oct.)

Ruata (C.). Pulmonary tuberculosis; its prevention and cure. In-8°, 152 p. Londres.

Terni (C.). Studi sulla peste; memoria prima. (*Riforma med.*, 8, 9 et 10 oct.)

Wasielewski (von). Beiträge zur Kenntnis des Vaccine-Erregers. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 2.) — Contribution à l'étude de l'agent pathogène de la vaccine.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Baudouin (F.). Manifestations gastriques de l'hystérie; des traitements qui leur sont applicables. (*Touraine méd.*, oct.)

Bechterev (V. von). Ueber Reflexe im Antlitz- und Kopfgebiete. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct.) — Des réflexes dans le domaine de la face et de la tête.

Benvenuti (E.). Sulla sintomatologia della mielite trasversa totale sopralombare, con speciale riguardo al comportarsi dei riflessi tendinei. In-8°, 23 p. Pise.

Bikeles (G.). Zur Kenntnis der Lagerung der motorischen Hirnnerven im Hirnschenkelfuss. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct.) — Des rapports des nerfs moteurs crâniens avec le pied du pédoncule cérébral.

Bramwell (E.). A note on the treatment of the ataxia of tabes by means of co-ordinated exercises. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Bregman (L. E.). Ueber Kothbrechen bei Hysterie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Des vomissements fécaloïdes dans l'hystérie.

Cascella (F.). La ruminazione nell'uomo. (*Riforma med.*, 30 oct.)

Chaïkévitch (M.). De l'hémorrhagie médullaire (en russe). (*Vratch*, 1er sept.)

Champeaux (de). Un cas d'épilepsie jaksonienne résultant d'une affection d'oreille. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et rhinol.*, nov.-déc.)

Cumpelik (B.). Prispevek k symptomatologii delirii trementis. (*Casopis lékaru ceskych*, 28 sept. et 5 oct.)

Dopter et **Tanton**. Deux cas de névrite sciatique causée par des injections mercurielles pratiquées dans les muscles de la fesse. (*Rev. de méd.*, sept.)

Fränkel (A.), **Stadelmann** (E.) et **Benda** (C.). Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre von der Akromegalie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er, 8 et 15 août.)

Gläser (J.). Tuberkelknoten im Pons Varolii mit Zwangslachen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 30 oct.) — Tubercules de la protubérance avec rire forcé.

Goldbaum (M.). « Epilepsia procursiva »; przyczynek do kazuistyki padaczki. (*Gaz. lekarska*, 24 et 31 août.)

Grixoni (G.). Sopra un caso di malattia di Thomsen; ricerche ergografiche. (*Morgagni*, nov.)

Guillain (G.). Le bégaiement hystérique. (*Rev. de méd.*, oct.)

Hebold et **Bratz**. Die Rolle der Autointoxikation in der Epilepsie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 sept.)

Heveroch (A.). Transitorni postparoxysmální paraplegie u epileptiku. (*Casopis lékaru ceskych*, 7, 14 et 21 sept.) — Paraplégies transitoires post-paroxystiques chez les épileptiques.

Hudovernig (C.). Zur Frage des Supraorbitalreflexes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Allgeyer. Micosi fungoide e leucocitosi linfatica. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 3.)

Bardwell (E. O.). The local treatment of gonorrhea. (*Med. News*, 21 sept.)

Bruusgaard (E.). Et tilfælde af dermatitis exfoliativa acuta med dödelig udgang. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.) — Un cas mortel de dermatite exfoliatrice aiguë.

Ceramicola (R.). Sull'azione terapeutica dello jodo metallico somministrato per iniezioni ipodermiche nella sifilide terziaria. (*Policlinico*, 28 sept.)

Fox (T. C.) et **Macleod** (J.). On a case of parakeratosis variegata. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.)

Grosse (P.). Die Anomalieen und Krankheiten der Haut in ihrer Bedeutung für die Lebensversicherung. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 oct.) — Les anomalies et les maladies de la peau dans leurs rapports avec l'assurance sur la vie.

Hébert (A.). Prurigo du rouget. (*Rev. méd. de Normandie*, oct.)

Heddaeus. Die prophylactische Schmierkur der Eltern. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 16 oct.) — La cure par frictions [mercurielles] chez les parents comme moyen prophylactique [à l'égard de l'hérédo-syphilis].

Likhatchev (A.). Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de sublimé (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

Rocaz. Hydrocéphalie syphilitique enrayée par le traitement spécifique. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 sept.)

CHIRURGIE

Le Fort (R.). Mastite carcinomateuse. (*Echo méd. du Nord*, 25 août.)

Magnan. Actinomycose de la face. (*Touraine méd.*, sept.)

Payr (E.). Weitere Mitteilungen über Verwendung des Magnesiums bei der Naht der Blutgefässe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 3.) — Nouvelles recherches sur l'emploi du magnésium dans la suture des vaisseaux sanguins.

Peckham (F. E.). General remarks on painful affections of the feet. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 août.) — Remarques générales sur les affections douloureuses des pieds.

Quénu. Luxation du métatarse en dehors. (*Rev. de chir.*, sept.)

Rehn. Die chirurgische Behandlung der acuten Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.)

Riedinger (F.). Die Behandlung der Empyeme. (*Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Med.*, I, 11.) — Traitement de l'empyème.

Rolando (S.). Contributo alla statistica delle tracheotomie praticate per laringostenosi da croup. (*Gazz. degli Osped.*, 4 août.)

Schanz (A.). Was sind und wie entstehen statische Belastungsdeformitäten? (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.) — Qu'est-ce que les déformations statiques du corps par pesanteur et comment se produisent-elles?

Schlatter (C.). Zwei Fälle von durch Naht geheilten Stichverletzungen des Zwerchfells; transdiaphragmatische Leber- und Nierennaht. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 août.) — Deux cas de plaie du diaphragme par instrument piquant; suture transdiaphragmatique du foie et du rein.

Stengel (A.). Cardiac accidents after anæsthetization. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Sultan (G.). Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche. In-8°, 244 p. avec 36 planches en couleurs. Munich. — Atlas et précis des hernies abdominales.

Taddei (D.). Sul grado di restringimento, che si può produrre in una vena colla legatura laterale e colla sutura senza comprometterne la funzione. (*Gazz. degli Osped.*, 11 août.)

Tillmanns (H.). Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, einschliesslich der modernen Operations- und Verbandslehre. 8e éd. T. Ier. In-8°, 773 p. avec fig. Leipzig. — Traité de chirurgie.

Toussaint (H.). Note sur le traitement chirurgical de la sous-maxillite calculeuse. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section de stomatologie [compte rendu officiel]. In-8°, 323 p. avec fig.

Turner (J.). A consideration of hemorrhoids. (*Med. News*, 7 sept.)

Van Eysselsteijn (G.). Fixatio omenti; Talma's operatie bij circulatiestoornissen in het gebied der vena portae. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 nov.)

Villar (F.). A propos du traitement chirurgical de l'ascite dans la cirrhose atrophique du foie. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 août.)

Weiss. Kyste sanguin du cou. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Westerman (C. W. J.). Een geval van invaginatie van den processus vermiformis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 juin.)

Wiemuth. Die habituellen Verrenkungen der Kniescheibe. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 1-2.) — Luxations habituelles de la rotule.

Wodarz (A.). Zur Casuistik der traumatischen Luxationen im Talonaviculargelenk. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 1-2.) — Luxations traumatiques du scaphoïde.

Wolff (J.). Die Arthrolyse und die Resection des Ellenbogengelenks. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.) — L'arthrolyse et la résection du coude.

Wyeth (J. A.). Frequence of recurrence of sarcoma, with especial reference to amputation at the hip-joint on account of this neoplasm. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Fréquence des récidives du sarcome; considérations sur la désarticulation de la hanche pour sarcome.

Zahradnicky (F.). O anaesthesii medullarní. (*Casopis lékaru ceskych*, 17 août.)

UROLOGIE

Björklund (A.). Sex fall af ruptur af bakre urinröret. (*Hygiea*, juillet.) — Six cas de rupture de la partie postérieure de l'urèthre.

Bruscalupi (A.). Il cateterismo degli ureteri a scopo diagnostico e terapeutico. (*Clinica moderna*, 16 oct.)

Chassaignac (Ch.). The treatment of cystitis. (*Med. News*, 14 sept.)

Cholzow (W.). Ueber die Behandlung der Stricturen der Harnröhre mittels Electrolyse. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 25 et 28 sept. et 2 oct.) — Traitement des rétrécissements de l'urèthre au moyen de l'électrolyse.

Fränkel (L.). Versuche über Unterbindung des Harnleiters. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 2.) — Recherches sur la ligature de l'uretère.

Grosglik (S.). Zur Kenntnis und chirurgischen Behandlung der angeborenen Harnleiteranomalien. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 10.) — Les anomalies congénitales des uretères et leur traitement chirurgical.

Illyés (G. von). Der Ureterenkatheterismus im Dienste einiger neuerer Methoden der Nierendiagnostik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 3-4.) — Le cathétérisme des uretères dans ses rapports avec quelques nouvelles méthodes de diagnostic des maladies du rein.

Kelly (H. A.). Scratch-marks on the wax-tipped catheter as a means of determining the presence of stone in the kidney and in the ureter. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — L'emploi de cathéters enduits de cire comme moyen de diagnostic de la présence de calculs dans le rein ou dans l'uretère.

Smith (C. A.). A contribution to experimental uretero-cystostomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Stöckel (W.). Beitrag zur Diagnose der Tuberkulose in der weiblichen Blase. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 oct.) — Diagnostic de la tuberculose de la vessie chez la femme.

Weiss. Traitement des ruptures de l'urèthre membraneux. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.)

BACTÉRIOLOGIE

Bulletin du laboratoire de bactériologie de l'Institut Pasteur de la Loire-Inférieure (année 1900-1901). In-8°, 151 p. Nantes.

Jundell (I.). Klinisk-bakteriologiska studier öfver bronkiterna. (*Hygiea*, nov. et déc.) — Etudes cliniques et bactériologiques sur les bronchites.

Kravkov (N.). De la composition chimique des membranes d'enveloppe des bactéries, et des nucléines contenues dans leur corps (en russe). (*Vratch*, 8 sept.)

Nicolas (J.) et **Lesieur** (Ch.). Sur l'agglutination du *staphylococcus aureus* par le sérum d'animaux vaccinés et infectés. (*Province méd.*, 14 sept.)

Nicolle (M.). Grundzüge der allgemeinen Mikrobiologie. (Trad. du français par H. Dünschmann.) In-8°, 305 p. avec fig. Berlin.

Panichi (L.). Ricerche batteriologiche intorno ad una varietà nevrotossica dello pneumococco di Fränkel; nota preventiva. (*Policlinico*, 19 oct.)

Ruata (G. Q.) et **Caneva** (G.). Della scomposizione delle lecitine; contributo allo studio della putrefazione e della diagnosi bacterica. (*Ann. d'igiene sperim.*, XI, 3.)

22e ANNÉE. — N° 10. Vingt centimes le numéro. 5 MARS 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — De la persistance de production de « travail négatif » dans les muscles paralysés, et de son importance au point de vue du pronostic et du traitement, par M. le docteur Pierre Régnier.. 73

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — La chloroformisation chez les cardiopathes 74

Académie des sciences. — La résistance des globules rouges du sang déterminée par la conductibilité électrique.............. 74
Sur une production conjuguée d'indoxyle et d'urée dans l'organisme.............. 74
Signification de la présence d'acides gras dans les eaux potables.............. 75

Société de chirurgie. — Sur les accidents mortels de la chloroformisation.......... 75
Fibromyome et spasme du pylore.......... 75
De l'hémodiagnostic dans les kystes hydatiques.............. 75

Société médicale des hôpitaux. — Le lactate neutre de mercure dans le traitement de la syphilis.............. 75
Un cas de rhumatisme cérébral avec hypertension du liquide céphalo-rachidien.... 75
L'examen radioscopique des plèvres interlobaires et le diagnostic de la sclérose de l'interlobe.............. 75

Société de biologie. — Sécrétion pancréatique active et sécrétion pancréatique inactive.............. 75
Effets de la décapsulation du rein.......... 75

ETRANGER : *Lettres d'Autriche.* — Traitement de l'ascite par l'opération de Talma...... 75
Amputation sus-malléolaire par la méthode de Bier modifiée.............. 76
Sur un cas de pseudo-leucémie tuberculeuse 76
Paralysie pseudo-bulbaire par lésions du plancher du quatrième ventricule, dues à l'artériosclérose.............. 76

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — De certains dangers de la suralimentation et de la zomothérapie ; leur action sur le foie et les reins.......... 76
Paralysie hystéro-saturnine du nerf radial.. 76
Luxation soudaine de la hanche au cours du rhumatisme aigu.............. 76

Publications allemandes. — De l'état de la pression vasculaire chez l'homme pendant la narcose à l'éther et au chloroforme.... 77
L'électricité et la narcose chloroformique.. 77
Des rapports entre la tuberculose du larynx et la grossesse.............. 77
Des résultats obtenus par la résection partielle des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique sénile.............. 77
Contribution à l'étude du traitement opératoire des suppurations collectées dans les annexes utérines.............. 78
Recherches sur la résolution de la pneumonie lobaire.............. 78
Des arthrites syphilitiques.............. 78
Du traitement de la cystite chronique rebelle, à l'aide du curettage de la vessie... 78

Publications espagnoles. — De la pneumotomie dans le cas de cavernes pulmonaires tuberculeuses communiquant avec un abcès de la paroi costale.............. 78
Un cas d'éléphantiasis des Arabes et son traitement.............. 79

Publications scandinaves. — Contribution à l'étude de l'endémie tuberculeuse........ 79
L'étiologie du béribéri.............. 79

Publications tchèques. — Participation du péritoine et de la plèvre aux maladies du foie.............. 79
Contribution à la symptomatologie de la fissure à l'anus chez les enfants.......... 80
Etude sur l'anémie syphilitique.......... 80
La scoliose dite sciatique.............. 80

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La paramétrite postérieure en tant qu'affection d'origine intestinale, et son traitement.......... 80
Mode d'emploi du salicylate de soude...... 80

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 8, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acides gras dans les eaux potables.......... 75^1
Affections cardiaques et chloroformisation... 74^1
— hépatiques et participation de la plèvre et du péritoine.......... 79^3
Amputation sus-malléolaire de Bier modifiée 76^1
Anémie syphilitique.............. 80^1
Arthrites syphilitiques.............. 78^2
Ascite.............. 75^3
Béribéri et son étiologie.............. 79^3
Cavernes tuberculeuses communiquant avec un abcès de la paroi costale.......... 78^3
Chloroformisation chez les cardiopathes.... 74^1
— et accidents mortels..... 75^1
— et électricité.......... 77^2
— et état de la pression sanguine.......... 77^1
Curettage de la vessie contre la cystite chronique rebelle.............. 78^3
Cystite chronique rebelle.............. 78^3
Décapsulation du rein et ses effets.......... 75^3
Electricité et chloroformisation.......... 77^2
Eléphantiasis des Arabes.............. 79^1
Eosinophilie et kystes hydatiques.......... 75^2
Ethérisation et état de la pression sanguine. 77^1
Fibromyome et spasme du pylore.......... 75^1
Fissure à l'anus chez les enfants.......... 80^1
Grossesse et tuberculose du larynx.......... 77^2
Hématies et moyen de déterminer leur résistance.............. 74^3
Hypertrophie sénile de la prostate.......... 77^3
Indoxyle et sa production dans certains états morbides.............. 74^3
Kystes hydatiques et éosinophilie.......... 75^2
Lactate neutre de mercure dans la syphilis.. 75^2
Lésions intestinales et paramétrite postérieure.............. 80^2
— pleurales et péritonéales en cas d'affections hépatiques.......... 79^3
Liquide céphalo-rachidien et son hypertension dans le rhumatisme cérébral.......... 75^2
Luxation soudaine de la hanche au cours du rhumatisme aigu.............. 76^3
Mort sous le chloroforme.............. 75^1
Opération de Talma.............. 75^3
Paralysie hystéro-saturnine du nerf radial.. 76^3
— pseudo-bulbaire par artériosclérose 76^1
Paramétrite postérieure et lésions intestinales.............. 80^2
Plèvres interlobaires et leur radioscopie.... 75^2
Pneumonie lobaire et sa résolution.......... 78^1
Pression sanguine dans la narcose à l'éther ou au chloroforme.............. 77^1
Pseudo-leucémie tuberculeuse.............. 76^1
Radioscopie des plèvres interlobaires........ 75^2
Résection partielle des canaux déférents dans l'hypertrophie sénile de la prostate.......... 77^3
Rhumatisme aigu et luxation soudaine de la hanche.............. 76^3
— cérébral et hypertension du liquide céphalo-rachidien.... 75^2
Salicylate de soude et son mode d'emploi.... 80^3
Sclérose de l'interlobe.............. 75^2
Scoliose dite sciatique.............. 80^2
Sécrétions pancréatiques active et inactive.. 75^2
Spasme du pylore et fibromyome.......... 75^1
Suppurations collectées des annexes........ 78^1
Suralimentation et ses dangers.......... 76^2
Syphilis.............. 75^2
— et anémie qu'elle provoque........ 80^1
— et arthrites.............. 78^2
Thyroïdothérapie de l'éléphantiasis des Arabes.............. 79^1
Traitement chirurgical de l'ascite.......... 75^3
— — des cavernes tuberculeuses.............. 78^3
— de la cystite chronique rebelle... 78^3
— de la paramétrite postérieure.... 80^2
— de la syphilis.............. 75^2
— de la tuberculose.............. 76^2
— de l'éléphantiasis des Arabes.... 79^1
— de l'hypertrophie sénile de la prostate.............. 77^3
— des arthrites syphilitiques....... 78^2
— des paralysies.............. 73^1
— des suppurations collectées des annexes.............. 78^1
Travail négatif dans les muscles paralysés.. 73^1
Tuberculose.............. 76^2
— du larynx et grossesse........ 77^2
— en tant qu'endémie.......... 79^1
Urée et sa production dans certains états morbides.............. 74^3
Zomothérapie et ses dangers.............. 76^2

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Moynier de Villepoix, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur d'Astros est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

VARIA

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique en 1902.

Le quatrième Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Rome du 15 au 21 septembre 1902.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Les indications médicales de l'accouchement provoqué ;*
2° *L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale ;*
3° *La tuberculose génitale ;*
4° *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Albu. Zur experimentellen Erzeugung von Oedemen und Hydropsien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — Production expérimentale d'œdèmes et d'hydropisies.

Descos (A.). Les sérums précipitants. (*Province méd.*, 5 oct.)

Gazza (A.). Leucocitosi digitalica e sua importanza nella diplococcemia sperimentale. (*Riforma med.*, 18 et 19 oct.)

Harris (H. F.). Experimentell bei Hunden erzeugte Dysenterie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 1.) — Dysenterie obtenue expérimentalement chez des chiens.

Kachkadamov (V.). De l'infection mixte dans la peste (en russe). (*Vratch*, 1er sept.)

Mariotti (A.). Esperimenti sulle iniezioni intrarachidee di sostanze antisettiche; nota preventiva. (*Riforma med.*, 3 oct.)

Martini (E.). Ueber Inhalationspest der Ratten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 2.) — De la peste par inhalations chez les rats.

Pignatti Morano (G.) et **Baccarani** (U.). Sugli effetti dell'asportazione delle glandole parotidi e sotto-mascellari nei conigli. (*Clinica medica italiana*, août.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lucibelli (G.). Contributo alla fisiopatologia delle capsule surrenali. (*Gazz. degli Osped.*, 29 sept.)

Meyer (R.). Das Ausscheidungsverhältnis der Kalium- und Natriumsalze bei Carcinomkachexie und Phthise. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 sept.) — L'élimination des sels de potasse et de soude dans la cachexie cancéreuse et dans la phtisie.

Pisa (A.). Sulle modificazioni dei globuli bianchi in seguito ad atti operativi. (*Gazz. degli Osped.*, 20 oct.)

Römer (P.). Der gegenwärtige Stand der Immunitätsforschung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 et 15 août.) — L'état actuel de la question de l'immunité.

Sanfelice (F.). Inclusioni cellulari, degenerazioni cellulari e parassiti endocellulari dei tumori maligni. (*Riforma med.*, 12 et 14 oct.)

Speck. Abkühlung, Lichtwirkung und Stoffwechselbeschleunigung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 5-6.) — Refroidissement, action de la lumière et accélération des échanges organiques.

Stilo (A.). Studio sperimentale sulla patogenesi della peritonite batterica da propagazione gastro-intestinale. (*Gazz. degli Osped.*, 20 oct.)

Tirelli (V.). Alterazioni del sangue da freddo; nota preventiva. (*Riforma med.*, 3 oct.)

Wright (A. E.). On the changes effected by antityphoid inoculation in the bactericidal power of the blood; with remarks on the probable significance of these changes. (*Lancet*, 14 sept.) — Des modifications qui surviennent dans le pouvoir bactéricide du sang sous l'influence de l'inoculation du sérum antityphoïdique, et de la signification probable de ces modifications.

MÉDECINE

Pignatti Morano (G.). Alcune considerazioni sopra un caso di atrofia gialla acuta del fegato. (*Clinica medica italiana*, août.)

Qurin (A.). Ueber das Verhalten des normalen und pathologisch gesteigerten intra-abdominalen Druckes und seine Rückwirkung auf die arterielle Blutcirculation. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 1.) — La pression intra-abdominale normale et exagérée, et son influence sur la circulation artérielle.

Remlinger (P.). Etude sur quelques complications rares de la dysenterie. (*Rev. de méd.*, oct.)

Richmond (G. E.). A case of acute double pneumonia treated with oxygen; recovery. (*Lancet*, 28 sept.)

Sarkisov (K.). Un cas de fibrome de l'œsophage, guéri spontanément (en russe). (*Vratch*, 8 sept.)

Schmilinsky (H.). Zur Diagnose der pharyngo-œsophagealen Pulsionsdivertikel. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 août.)

Schreiber (E.) et **Hagenberg** (J.). Zur Lehre vom Aderlass; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Stoffwechsel-und Verdauungs-Krankheiten*, juin.) — Sur la saignée.

Senator. Bemerkungen zur Diagnose der Herzkrankheiten. (*Fortsch. der Med.*, 27 mars.) — Sur le diagnostic des maladies du cœur.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Maluta (G.). Principi di suggestione terapeutica. In-8°, 75 p. Padoue.

Manouilov (A.). Sclérose tubéreuse du cerveau chez une épileptique (en russe). (*Vratch*, 22 sept.)

Marchand (L.). Tumeur cérébelleuse et épilepsie. (*Journ. de neurol.*, 20 oct.)

Meige (H.). Les mouvements en miroir; leurs applications pratiques et thérapeutiques. (*Journ. de neurol.*, 20 sept.)

Mongeri (L.). Nervenerkrankungen und Schwangerschaft. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVIII, 5.) — Maladies du système nerveux et grossesse.

Orlowski (S.). Ueber einen Fall von Brückenverletzung bei intactem Schädel. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Lésion traumatique de la protubérance avec crâne intact.

Parhon (C.) et **Goldstein** (M.). Die spinalen motorischen Localisationen und die Theorie der Metamerieen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct. et 1er nov.)

Petrén (K.). Ein Fall von traumatischer Rückenmarksaffection nebst einem Beitrag zur Kenntnis der sekundären Degeneration des Rückenmarks. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 3.) — Un cas d'affection médullaire traumatique; contribution à l'étude de la dégénérescence secondaire de la moelle épinière.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Meric (H. de). Syphilis and other venereal diseases. In-8°, 140 p. Londres.

Plato (J.) et **Guth** (H.). Ueber den Nachweis feinerer Wachstumsvorgänge in Trichophyton- und anderen Fadenpilzen mittels Neutralrot; experimentelle Untersuchungen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 2.) — Etude des phases de développement du trichophyton et d'autres champignons filamenteux au moyen du rouge neutre.

Roberts (L.). The action of arsenic on the healthy tissues of the skin. (*Brit. Med. Journ.*, 28 sept.) — L'action exercée par l'arsenic sur la peau saine.

Rosenquiste (A.). Quelques cas rares d'infection syphilitique extragénitale (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

Snow (H.). The treatment of advanced lupus. (*Brit. Med. Journ.*, 28 sept.)

Wielowieyski et **Kopytowski** (W.). Przyczynek do kliniki i do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy pityriasis rubra Hebrae. (*Gaz. lekarska*, 14 et 21 sept., 5 et 12 oct.) — Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du pityriasis rubra de Hebra.

Winkler (F.). Zum Nachweise von Gonokokken in Urethralfäden. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.) — De la présence de gonocoques dans les filaments urinaires.

CHIRURGIE

Allaria (G.). Splenectomia nella splenomegalia primitiva. (*Clinica moderna*, 23 oct.)

Allen (D. P.) et **Lull** (C.). Pneumococcus arthritis, primary in the knee-joint. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Arthrite pneumococcique primitive du genou.

André (Ch.). Un cas d'abcès gazeux prégastrique; opération, guérison. (*Rev. de méd.*, oct.)

Anzilotti (G.). Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei linfangiomi e della macrochilia. (*Clinica chirurgica*, juin et juillet.)

Bandi (I.). Sulla controindicazione alla chirurgia del sistema linfatico nella peste bubbonica. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, juillet.)

Baret. Note sur un cas de corps étranger de l'œsophage. (*Arch. de méd. navale*, sept.)

Benevento (A.). Due casi di ascessi per congestione d'origine vertebrale in giovani adulti, terminati in guarigione. (*Policlinico*, 28 sept.)

Blauel (C.). Das Verhalten des Blutdrucks beim Menschen während der Aether- und der Chloroform-Narkose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.) — De l'état de la pression sanguine chez l'homme pendant l'éthérisation et pendant la chloroformisation.

Broeckaert. Prothèse nasale au moyen d'injections de paraffine solide d'après le procédé d'Eckstein. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 7 déc.)

Bundschuh (R.). Zur Pathologie und Therapie der Brucheinklemmung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.) — Pathologie et traitement des étranglements herniaires.

Callet (L.). Abcès palatin d'origine dentaire. (*Gaz. méd. de Picardie*, août-sept.-oct.)

Charvet (J.). Un cas de traumatisme crânien avec symptomatologie anormale (troubles de la mémoire, crises subintrantes d'épilepsie jacksonienne, fièvre, hémiparésie droite, guérison rapide et complète); intervention possible d'une épilepsie antérieure. (*Province méd.*, 26 oct.)

Chavannaz. Deux cas d'ostéosarcome de la jambe. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 sept.)

Corner (E. M.). A contribution to the pathology of the sphincters. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Corson (E. R.). The X-ray and photographic technique necessary to bring out bone detail in the print. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Technique de la photographie et de la radiographie des os.

Curtis (B. F.). Milton's method of exposing the anterior mediastinum modified for ligature of the innominate artery. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Deutschländer (C.). Perimetrische Buckelmessung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 26 oct.) — Mensuration périmétrique des gibbosités.

Dietzer (W.). Ueber Spiralfracturen des Oberschenkels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 3-4.) — Des fractures en spirale de la cuisse.

Eliot (E.). Abscess of the liver. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Abcès du foie.

Enderlen et **Justi**. Ueber die Heilung von Wunden der Gallenblase und die Deckung von Defecten der Gallenblase durch transplantirtes Netz. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 3-4.) — De la cicatrisation des plaies de la vésicule biliaire, et de la réparation des pertes de substance de cet organe au moyen de la transplantation de l'épiploon.

Faré (Ch.). De la constriction des mâchoires. (*Touraine méd.*, oct.)

Fox (W. R.). The localisation of foreign bodies by the X-rays. (*Lancet*, 21 sept.) — La localisation des corps étrangers au moyen des rayons de Röntgen.

Fridberg. Zur Aetiologie und Therapie des « Caput obstipum musculare congenitum ». (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 3-4.)

Gangitano (F.). Considerazioni e ricerche sull'antisepsi e sull'asepsi operatoria nella Clinica chirurgica di Messina. (*Riforma med.*, 4, 5 et 7 oct.)

Giordano (E.). Studio analitico sui mezzi di emostasi nelle emorragie del fegato e nuovo processo di legatura intraepatica. (*Riforma med.*, 24 et 25 oct.)

Hänel (F.). Ueber Wundbehandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 août.) — Traitement des plaies.

Harte (R. H.). Some observations on fractures of the skull, based on one hundred and forty-six cases. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Quelques réflexions sur les fractures du crâne; étude basée sur 146 cas.

Heidenhain (L.). Ueber Exstirpation von Hirngeschwülsten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.) — De l'extirpation des tumeurs cérébrales.

Hellendall (H.). Ueber die chirurgische Bedeutung des in der lateralen Ursprungssehne des Musculus gastrocnemius vorkommenden Sesambeines. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 sept.) — Signification chirurgicale de l'os sésamoïde qu'on rencontre dans le tendon latéral d'origine du muscle gastrocnémien.

Herman (M.). Kilka uwag w sprawie leczenia gruzlicy jader. (*Gaz. lekarska*, 7, 14 et 28 sept.) — Traitement de la tuberculose du testicule.

OPHTALMOLOGIE

Abelsdorff (G.). Ueber einige Fortschritte unserer Kenntnisse von den Thatsachen der Gesichtsempfindung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 août.) — Sur quelques progrès dans nos connaissances des sensations visuelles.

Aubaret et **Denier**. Etude clinique et bactériologique de quelques cas d'ophtalmie urineuse. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 et 27 oct.)

Badal. Trois cas de kératocone (résultats immédiats et éloignés des interventions chirurgicales). (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 sept.)

Bauer (C.). Die Enucleation bei Panophthalmitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 sept.)

Cabannes (C.) et **Picot**. Considérations à propos de quelques cas de glaucome chez les myopes. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 sept.)

Collomb (A.). Nouvelle contribution à l'étude de la conjonctivite diplo-bacillaire. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Derocque (P.) et **Petit** (P.). Sarcome de la choroïde ayant envahi l'orbite, le sinus frontal et le canal sous-orbitaire. (*Rev. méd. de Normandie*, oct.)

Pes (O.). Osservazioni chimiche e batteriologiche sul catarro acuto della congiuntiva. In-8°, 43 p. Turin.

Pincus (F.). Ein Fall von transitorischer Blei-Amaurose. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 août.) — Un cas d'amaurose saturnine transitoire.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abel. Zur Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 2.) — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

Aichel (O.). Ueber die sogenannte physiologische Pulsverlangsamung im Wochenbett. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 oct.) — Du soi-disant ralentissement physiologique du pouls dans les suites de couches.

Alexandrov (S.). Traitement opératoire du prolapsus de l'utérus (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

Annales de la Société obstétricale de France. Compte rendu des séances de la 8e session. In-8°, 324 p. avec fig.

Bandler (S. W.). Zur Aetiologie der Dermoidcysten und Teratome. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Bidone (E.). Un caso di isterectomia vaginale per epitelioma del collo uterino, in puerperio. (*Riforma med.*, 15 oct.)

Bröse (P.). Zur Pathologie und Therapie der Parametritis posterior. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 1.)

Cassuto. Un cas de polynévrite puerpérale. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, oct.)

Catellani (S.). Dell'osteomalacia e di due casi nella donna trattati chirurgicamente. (*Gazz. degli Osped.*, 6 oct.)

De Lee (J. B.). Three cases of cesarean section and a consideration of the indication for craniotomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Dorland (W.). Modern obstetrics, general and operative. 2e éd. In-8°, 798 p. Londres.

Eisenberg (J.). Eine einfache und sichere Methode der instrumentellen Ausräumung der Gebärmutter ohne Assistenz bei Abortus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 oct.) — Un procédé simple et sûr d'évidement instrumental de l'utérus, sans assistance, en cas d'avortement.

Fabris (F.). Taglio cesareo Porro. (*Gazz. degli Osped.*, 22 sept.)

Franqué (O. von). Endarteritis obliterans der Placentarzotten bei lebendem Kind. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 1.) — Endartérite oblitérante des villosités placentaires chez un enfant né vivant.

Füth (J.). Ueber Zwillingsgeburten mit langen Pausen zwischen der Geburt des ersten und zweiten Zwillings. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 sept.) — Des accouchements gémellaires avec longs intervalles entre la sortie du premier et du second fœtus.

Gabriel. Ueber die Entstehung der Haematocele retro-uterina aus Ovarialblutungen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 2.) — Sur la formation de l'hématocèle rétro-utérine par hémorrhagie ovarienne.

Garrigues (H. J.). The dilatation of the cervix uteri in obstetric practice. (*Med. News*, 21 sept.)

Gröné (O.). Fall af facialispares efter spontan förlossning (ansiktsbjudning). (*Hygiea*, nov.) — Paralysie faciale dans un cas d'accouchement spontané (présentation de la face).

Hense (K.). Der Einfluss von Schwangerschaft und des Klimakterium auf die Dauerresultate der Radicaloperation des Uteruscarcinoms. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 1.) — L'influence exercée par la grossesse et par la ménopause sur les résultats définitifs de la cure radicale du cancer de l'utérus.

Herzfeld (K. A.). Beitrag zur Eklampsiefrage. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 oct.)

Josephson (C. D.). Ueber die Neoplasmen der missbildeten Gebärmutter. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 2.) — Des néoplasmes de l'utérus malformé.

Kehrer (E.). Ueber Paresen des N. facialis nach Spontangeburten. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 sept.) — Des parésies faciales chez les nouveau-nés, après accouchement naturel.

Klein (G.). Abdominale Exstirpation [illegible] Carcinomrecidiven 1¾ Jahre nach vag[illegible] [illegible]ler Totalexstirpation des Uterus. (*Centr.-[illegible] f. Gynäkol.*, 12 oct.)

Krevet. Castration bei fehlender Scheide und doppelter, vollständig getrennter Gebärmutter. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 1.) — Castration dans un cas d'absence de vagin avec utérus double.

Landau (Th.). Die Entzündungen der inneren weiblichen Genitalien in klinischer Darstellung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 2.) — Les phlegmasies des organes génitaux internes de la femme au point de vue clinique.

Leduc (S.). Traitement des affections gynécologiques par le nouet médicamenteux. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 oct.)

Levy (E.). Beiträge zum Mechanismus der Placentarlösung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 1.) — Mécanisme du décollement du placenta.

Monsiorski (S.). Einiges über Missbildung der weiblichen Genitalorgane. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 oct.) — Quelques réflexions sur les malformations des organes génitaux de la femme.

PÉDIATRIE

Abbott (F. C.). Intrauterine rickets. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.) — Rachitisme intra-utérin.

Batten (F. E.). Diagnosis of suppurative pericarditis in children. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.)

Borde. Traitement par la morphine des gastro-entérites aiguës infectieuses des nourrissons. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 juillet, 8, 15 et 22 sept.)

Carrière (G.) et **Sonneville** (F.). La chorée arythmique hystérique de l'enfance. (*Arch. gén. de méd.*, sept. et oct.)

Ewart (W.) et **Dickinson** (W. L.). Two cases of chronic hydrocephalus in infants treated by tapping and by the introduction of aseptic air in the place of the fluid. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.) — Deux cas d'hydrocéphalie chronique chez des enfants, traités par la ponction avec introduction d'air stérilisé dans les ventricules.

Frölich (Th.). Zur Aetiologie der Chorea minor. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 3.)

Hamilton (E.). Percentage modification of cow's milk for infant-feeding. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — Modification du pourcentage des divers éléments du lait de vache en vue de l'alimentation des petits enfants.

Hayat (I.). De la tuberculose des nourrissons. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, oct.)

Kassowitz (M.). Zur Theorie der Rachitis. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 et 28 sept. et 5 oct.)

Lalli (C.). La medicazione cacodilica nei bambini. (*Pediatria*, sept. et oct.)

Legrand (H.). Traitement de la gastro-entérite aiguë à forme algide (entérite cholériforme) chez un nourrisson athrepsique de six mois. (*Gaz. méd. de Picardie*, août-sept.-oct.)

Oliveira (O. de). Estatistica do dispensario de creanças de Porto Alegre durante o anno de 1900. (*Brazil-medico*, 22 août, 1er et 8 oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alderton (H. A.). A few remarks on a generally unrecognized ear disease (otitis media mucosa). (*Med. News*, 21 sept.)

Guellate (P.). L'otite moyenne chronique purulente et son traitement (en russe). (*Vratch*, 15 sept.)

Harvey (F. G.). Six cases of excision of the larynx. (*Lancet*, 21 sept.)

Kamm (M.). Was muss der practische Arzt von Nasen- Rachen- und Kehlkopf-Krankheiten wissen? Kurzes Compendium der Rhino-Pharyngo- und Laryngologie. In-8°, 72 p. avec fig. Breslau.

Lenoir (O.). Contribution à l'étude de l'antrectomie (ouverture de l'antre pétreux) considérée comme but opératoire et comme temps préliminaire des opérations nécessitées par les complications des suppurations mastoïdiennes. (*Rev. de chir.*, juillet, sept. et oct.)

Mygind (H.). Kurzes Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege. In-8°, 252 p. avec fig. Berlin. — Précis des maladies des voies respiratoires supérieures.

Oppenheimer (S.). A case of primary epithelioma of the uvula. (*Med. Record*, 10 août.)

Salomon (H.). Weitere Mitteilungen über Spirochätenbazillenangina. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 août.)

Suchannek. Ueber Tuberkulome der oberen Luftwege. In-8°, 34 p. Halle. — Les tubercules des voies respiratoires supérieures.

Waterhouse (H. F.). On the graver complications of chronic purulent otitis media. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Auvard (A.). Guide de thérapeutique générale et spéciale. 3e éd. In-18, 924 p.

Beauregard (H.). Matière médicale zoologique; histoire des drogues d'origine animale [revisée par M. Coutière]. In-8°, XXXI-396 p. avec fig.

Beck (C.). The primary treatment of infected wounds with tincture of iodine. (*Med. Record*, 3 août.) — Traitement des plaies infectées par la teinture d'iode.

Cavallero (G.). Le leggi dell'alimentazione negli stati febbrili. (*Gazz. degli Osped.*, 27 oct.)

Davezac. Contribution à la sérothérapie du tétanos. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 sept.)

Dixon (A.). Medicinal treatment of diabetes mellitus. (*Med. News*, 14 sept.)

Einhorn (H.). Ueber die Anwendung der Digitalis bei Erkrankungen des Herzens. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 312.) — De l'emploi de la digitale dans les affections du cœur.

Erni. Die mechanische Herabsetzung der Körpertemperatur. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — L'abaissement mécanique de la température du corps.

Kalabine (I.). Emploi de la grande ortie contre les métrorrhagies (en russe). (*Vratch*, 1er sept.)

Mostkoff (A.). Beitrag zur Frage von der Wirkung des Ichthyols bei Lungentuberculose. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 21 sept.) — Des effets de l'ichtyol dans la tuberculose pulmonaire.

Mutschler (L. H.). A report of two cases of facial anthrax treated by injections of carbolic acid, with recovery. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Otradinsky (P.). Emploi du condurango dans le traitement des maladies de l'estomac (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

Paucot. Traitement des accès de fièvre bilieuse hémoglobinurique par des injections de chlorure de sodium. (*Arch. de méd. navale*, oct.)

Pesina (M.). O vysledcich serotherapie pri diftherii v Cechach. (*Casopis lékaru ceskych*, 12, 19 et 26 oct.) — Des résultats de la sérothérapie antidiphtérique en Bohême.

Regnault. Du traitement des accès de fièvre palustre par un mélange iodo-ioduré. (*Rev. de méd.*, sept.)

Tchitcherine (Th.). Le phénosalyl contre les ulcères gommeux et variqueux (en russe). (*Vratch*, 1er sept.)

Zanoni (G.). Cura della neurastenia femminile cogli estratti ovarici. (*Gazz. degli Osped.*, 22 sept.)

22e ANNÉE. — N° 11. Vingt centimes le numéro. 12 MARS 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — Existe-t-il un diabète rénal? par M. le docteur Francis Munch...... 81

MÉDECINE PRATIQUE. — Le babeurre comme moyen d'alimentation des nourrissons...... 82

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — — De la mort rapide ou subite d'origine gastrique...... 83
Traitement radical de l'hypertrophie de la prostate par la prostatectomie périnéale complète...... 83

Académie des sciences. — Sur la glycosurie asphyxique...... 83
Emploi de l'arc électrique au fer en photothérapie...... 83
Sur un nouveau trypanosome des bovidés.. 83

Société de chirurgie. — Valeur comparée du cathétérisme des uretères et de la séparation instrumentale des urines, au point de vue de l'examen clinique de la sécrétion urinaire...... 83
Nouveau procédé de gastrostomie...... 83

Société de dermatologie et syphiligraphie. — A propos des affections dites parasyphilitiques...... 84
Etiologie de la pelade...... 84

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur la dilatation idiopathique de l'œsophage...... 85
Kyste du maxillaire supérieur...... 85

Société de médecine interne de Berlin. — Bronchite fibrineuse avec bacilles pseudo-tuberculeux dans l'expectoration...... 85
Sur le dosage clinique de l'indican...... 85

Lettres d'Autriche. — Transplantation expérimentale des reins...... 85
Les œdèmes cutanés dans l'étiologie de la sclérodermie...... 85
Troubles oculaires liés à une cirrhose hépatique...... 85
Atrophie musculaire progressive d'origine saturnine...... 86
Acromégalie et diabète...... 86

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Nouvelles recherches sur la dissémination et la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire...... 86
Du pemphigus chronique de la muqueuse des voies respiratoires supérieures...... 86
Sur une nouvelle forme de rétrécissement du rectum...... 86
Un cas d'arthrite rhumatismale de l'articulation temporo-maxillaire...... 86
De l'étranglement récidivant au niveau du trou obturateur, avec torsion de l'intestin grêle...... 87

Publications anglaises. — L'excès de sel dans l'alimentation comme cause probable du cancer...... 87
De la possibilité de traiter le rétrécissement mitral chirurgicalement...... 87
Péricardite suppurée, suite d'appendicite; guérison après incision et drainage du péricarde...... 87
Des rétrodéviations de l'utérus chez les jeunes filles et les nullipares...... 88

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement des diverses formes de conjonctivite granuleuse par des instillations de solutions aqueuses d'ichtyol...... 88
Emploi de l'alcool acidifié pour éviter l'infection des plaies réunies par première intention...... 88
Les injections sous-cutanées de sérum artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire...... 88
Traitement du lupus par l'usage interne de l'urée et les rayons de Röntgen...... 88
La privation de chlorures et l'intolérance à l'égard des iodures alcalins...... 88

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acromégalie et diabète...... 86^{1}
Affections parasyphilitiques...... 84^{1}
Alcool acidifié pour prévenir l'infection des plaies...... 88^{2}
Alimentation des nourrissons par le babeurre...... 82^{3}
— sans chlorures pour faire tolérer les iodures...... 88^{3}
Appendicite et péricardite suppurée...... 87^{3}
Arc électrique au fer contre le lupus...... 83^{2}
Asphyxie et glycosurie...... 83^{2}
Atrophie musculaire d'origine saturnine...... 86^{1}
Babeurre dans l'alimentation des nourrissons. 82^{3}
Bacilles pseudo-tuberculeux et bronchite fibrineuse...... 85^{2}
Bronchite fibrineuse et bacilles pseudo-tuberculeux...... 85^{2}
Cathétérisme des uretères...... 83^{3}
Chloroformisation et accidents mortels...... 84^{1}
Cirrhose hépatique et lésions oculaires...... 85^{3}
Conjonctivites granuleuses...... 88^{1}
Diabète et acromégalie...... 86^{1}
— rénal...... 81^{1}
Dilatation idiopathique de l'œsophage...... 85^{1}
Etranglement récidivant au niveau du trou obturateur...... 87^{1}
Gastrostomie...... 83^{3}
Glycosurie asphyxique...... 83^{2}
Hypertrophie de la prostate...... 83^{2}
Ichtyol contre les conjonctivites granuleuses 88^{1}
Indican et son dosage...... 85^{3}
Intoxication saturnine et atrophie musculaire. 86^{1}
Iodures alcalins et privation de chlorures... 88^{3}
Kyste du maxillaire supérieur...... 85^{2}
Lésions oculaires et cirrhose hépatique...... 85^{3}
Lupus...... 83^{2} 88^{3}
Mort pendant la chloroformisation...... 84^{1}
— subite ou rapide d'origine gastrique.. 83^{2}
Œdèmes cutanés et sclérodermie...... 85^{3}
Pelade et son étiologie...... 84^{3}
Pemphigus chronique des voies aériennes supérieures...... 86^{2}
Péricardite suppurée et appendicite...... 87^{3}
Photothérapie du lupus...... 83^{2}
Prostatectomie périnéale complète...... 83^{2}
Radiothérapie du lupus...... 88^{3}
Reins et leur transplantation...... 85^{3}
Rétrécissement du rectum...... 86^{3}
— mitral...... 87^{2}
Rétrodéviations de l'utérus chez les jeunes filles et les nullipares...... 88^{1}
Rhumatisme de l'articulation temporo-maxillaire...... 86^{3}
Sclérodermie et œdèmes cutanés...... 85^{3}
Sel en excès dans l'alimentation comme cause de cancer...... 87^{1}
Séparation instrumentale des urines...... 83^{3}
Sérum artificiel contre la tuberculose pulmonaire...... 88^{2}
Tabes...... 84^{1}
Traitement chirurgical du rétrécissement mitral...... 87^{2}
— de la dilatation idiopathique de l'œsophage...... 85^{1}
— de la tuberculose pulmonaire.... 88^{2}
— de l'hypertrophie de la prostate. 83^{2}
— des conjonctivites granuleuses.. 88^{1}
— du lupus...... 83^{2} 88^{3}
— du tabes...... 84^{1}
Trypanosoma Theileri...... 83^{3}
Tuberculose pulmonaire...... 88^{2}
— — et sa dissémination. 86^{1}
Typhlite herniaire...... 84^{1}
Urée contre le lupus...... 88^{3}

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Giuseppe Gonella, professeur extraordinaire de clinique ophtalmologique, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Arturo Donaggio est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Domenico De Berardinis est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Ottokar Srdinko (*histologie et embryologie*); Ottokar Kose (*médecine interne*); Wenzel Pitha (*obstétrique et gynécologie*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Bouqué, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Gand. — M. le docteur Heinrich Lahs, professeur extraordinaire de gynécologie à la Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Moriz Kaposi, professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur B. Mircoli, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Camerino. — M. le docteur S. Laura, agrégé de clinique pédiatrique à la Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Levi Cooper Lane, professeur de chirurgie au Cooper Medical College de San Francisco. — M. le docteur Seymour G. Toller, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine du Caire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Cathala (V.) et **Veau** (V.). Examen anatomique d'une pièce de luxation congénitale de la hanche réduite suivant la méthode de Lorenz. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, oct.)

Cuneo. Cancer de l'estomac simulant la linite plastique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, oct.)

Grohé (B.). Die Bedeutung der elastischen Fasern bei pathologischen spec. regenerativen Processen. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er oct.) — De la signification des fibres élastiques dans les processus pathologiques, surtout de nature régénérative.

Jawein (G.). Zur Frage über den Ursprung und die Bedeutung der basophilen Körnchen und der polychromatophilen Degeneration in den roten Blutkörperchen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 sept.) — De l'origine et de la signification des granulations basophiles et de la dégénérescence polychromatophile des hématies.

Tiling (J. von). Ueber die mit Hülfe der Marchifärbung nachweisbaren Veränderungen im Rückenmark von Säuglingen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.) — Des altérations de la moelle épinière des nourrissons, étudiées à l'aide de la méthode de Marchi.

Tuffier (T.) et **Milian** (G.). Hématologie des suppurations chaudes. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, oct.)

Vierhuff (W.). Ueber Atrophie der Magenschleimhaut bei chronischer interstitieller Nephritis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 5 oct.) — De l'atrophie de la muqueuse gastrique dans la néphrite interstitielle chronique.

Vincenzo (G.). Alcune osservazioni sul corpuscolo del Poggi. (*Pammatone*, V, 4.)

Zinno (A.). Ricerche istologiche e sperimentali a proposito di 5 casi di cancro-cirrosi del fegato. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei med. e natural.*, XI, 5.)

MÉDECINE

Rose (A.). Atonia gastrica und eine neue Methode der Behandlung derselben. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 sept.) — L'atonie gastrique et un nouveau procédé de traitement de cet état morbide.

Rumpf (Th.). Ueber einige Störungen der Herzfunktion, welche nicht durch organische Erkrankungen bedingt sind. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er août.) — Sur quelques troubles cardiaques d'origine non organique.

Silvagni (L.). Poliartrite reumatica e rigidità vertebrale. (*Riv. critica di clinica medica*, 31 mai.)

Stillman (E. R.). Acute ulcerative endocarditis. (*Albany Med. Ann.*, sept.)

Supino (R.). Le peritoniti a decorso sub-acuto e cronico. (*Gazz. degli Osped.*, 29 sept.)

Vecki (V. G.). Pathology and treatment of sexual impotence. 3e éd. In-8o, 330 p. Londres.

Vogt (H.). Ein Stoffwechselversuch bei acuter Gicht. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 1.) — Recherches sur les échanges organiques dans un cas de goutte aiguë.

Vysin (W.). Ueber die Beziehungen der Nephritis zur Hydrämie und zum Hydrops. (*Wien. med. Wochensch.*, 7, 14, 21 et 28 sept., 5 et 12 oct.) — Des rapports entre la néphrite, l'hydrémie et l'hydropisie.

Weber (F. P.). The occurrence of green or blue urine and its most frequent cause. (*Lancet*, 21 sept.) — Des urines vertes ou bleues et de la cause la plus fréquente de cette coloration.

MALADIES INFECTIEUSES

Bail (O.). Dritte Mitteilung, betreffend Untersuchungen über die Agglutination von Typhusbakterien. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 et 15 août.)

Boston (L. N.). The spread of tuberculosis by coughing. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 sept.) — La propagation de la tuberculose par la toux.

Brancaleone-Ribaudo (P.). Compendio storico di patologia malarica. In-8o, 67 p. Palerme.

Dünschmann (H. E. A.). Epidemiologie des Typhoids in Wiesbaden im 19. Jahrhundert. (*Vierteljahrssch. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen*, 3e série, XXIII, 1.)

Gordon (D. G.). The etiology and early diagnosis of pulmonary tuberculosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 sept.) — L'étiologie et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Heron (G. A.). On the therapeutic and diagnostic value of tuberculin in human tuberculosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 sept.)

Jäger (H.). Ueber Amoebenbefunde bei epidemischer Dysenterie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 sept.)

Jourdin (C.) et **Fischer** (G.). Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. In-18, 148 p.

Leblanc (E.). Etude des accès de la fièvre intermittente; action de la quinine. (*Bull. méd. de l'Algérie*, oct.)

Mager (W.). Ueber Typhus abdominalis. (*Prag. med. Wochensch.*, 15, 22 et 29 août, 5 et 19 sept.)

McElroy (J. B.). Some phases of malaria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 sept.)

Menzer. Die bakteriologische Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis. (*Berlin. Klinik*, oct.) — Le diagnostic bactériologique précoce de la fièvre typhoïde et son application dans la pratique.

Ribas (E.). O mosquito como agente de propagação da febre amarella. (*Brazil-medico*, 8 sept. et 8 nov.)

Terrile (E.). Note statistiche, cliniche e terapeutiche sull'influenza. (*Pammatone*, V, 3.)

Tréhet (G.). La diazoréaction dans la tuberculose pulmonaire chronique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 2.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Plicque (A. F.). Le traitement des névralgies et névrites. In-16, 96 p.

Sano (F.). Contribution à l'étude du réflexe cutané du pied. (*Journ. de neurol.*, 20 oct.)

Silvestri (S.). Una famiglia di mericisti. (*Policlinico*, 7 sept.)

Thomas (A.) et **Roux** (J.). Sur une forme d'hérédo-ataxie cérébelleuse, à propos d'une observation suivie d'autopsie. (*Rev. de méd.*, sept.)

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section de psychiatrie [compte rendu officiel]. In-8o, 583 p. avec fig.

Vaschide (N.) et **Marchand** (L.). Des troubles respiratoires en rapport avec les différents degrés d'une émotion pathologique. (*Rev. de méd.*, sept.)

Vidal. Beiträge zur Behandlung der motorischen Aphasie nach cerebralen Störungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 août.) — Traitement de l'aphasie motrice d'origine cérébrale.

Vitek (V.). Paramyoclonus multiplex. (*Casopis lékaru ceskych*, 19 et 26 oct.)

Wallenberg (A.). Stichverletzung des dritten linken Dorsalnerven am Ganglion spinale. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Blessure par instrument piquant du troisième nerf dorsal gauche au niveau du ganglion spinal.

CHIRURGIE

Hoxie (G. H.). Bericht über die in der Züricher chirurgischen Klinik in den Jahren 1881-1900 behandelten Fälle von offenen Wunden des Abdomens. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.) — Les cas de plaies ouvertes de l'abdomen traités à la Clinique chirurgicale de Zurich de 1881 à 1900.

Jamain (A.). Manuel de petite chirurgie. 8e éd. par F. Terrier et M. Péraire. In-18, 1048 p. avec fig.

Kaiser (O.). Ueber die Erfolge der Gastro-Enterostomosis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 3-4.) — Des résultats de la gastro-entérostomose.

Kallionzis. A propos de l'analgésie chirurgicale par la voie rachidienne; injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne. (*Rev. de chir.*, oct.)

Kelling (G.). Becken-Hängelage bei horizontalem Rumpf für Operationen in der Nähe des Zwerchfells. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 19 oct.) — De la position pendante du bassin, le tronc restant horizontal, dans les opérations pratiquées au voisinage du diaphragme.

Krafft (B.). Ueber lokale und allgemeine Schädigungen infolge von Taxisversuchen incarcerierter Hernien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.) — Des troubles locaux et généraux consécutifs à des tentatives de taxis pour hernies étranglées.

Krische (F.). Ein Fall von primärem Krompecher'schem drüsenartigem Oberflächenepithelkrebs im geschlossenen Atherom. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.) — Un cas d'épithéliome primitif de Krompecher dans un foyer athéromateux fermé.

Krug. Beitrag zur Ausräumung der Gallenwege nach Rose. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 août.) — De l'évacuation des voies biliaires d'après le procédé de Rose.

Lafond. Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau; hémorrhagie interne abondante par blessure de vaisseaux voisins du hile du foie; laparotomie; guérison. (*Loire méd.*, oct.)

Lauenstein (C.). Das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung, eine gelegentliche Ursache der Sehnenscheidenphlegmone bei Fingeramputationen wegen Verletzung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 12 oct.) — L'élongation des tendons comme cause occasionnelle des phlegmons des gaines tendineuses à la suite des amputations de doigt pour lésions traumatiques.

Lennander (K. G.). Iakttagelser öfver känseln i bukhaalan. (*Hygiea*, sept. et oct.) — Remarques sur la sensibilité à l'intérieur de la cavité abdominale.

Leser (E.). Erfahrungen über bösartige Geschwülste, insbesondere über Carcinome. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 août.) — Des tumeurs malignes et, en particulier, du carcinome.

Lieffring (E.). De la gastro-entérostomie. (*Touraine méd.*, oct.)

Linser (P.). Ueber die Entwicklung von Epitheliomen und Carcinomen in Dermoidcysten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.)

Livon (J.). Deux cas de pincement latéral de l'intestin. (*Marseille méd.*, 15 sept.)

Lloyd (F. G.). Appendicitis; some general remarks on the pathology and treatment. (*Lancet*, 21 sept.)

Mancini (C.). Ematoma aneurismatico diffuso primitivo. (*Riforma med.*, 31 oct.)

Mann (A.). Suppurative pericarditis following appendicitis; recovery after incision and drainage of pericardium. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Marrassini (A.). Contributo allo studio delle alterazioni del testicolo consecutive alle lesioni del cordone spermatico e in modo speciale del dotto deferente; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 15 sept.)

Martel (L.). Cure radicale des hernies. (*Loire méd.*, oct.)

Mertens. Carcinom auf dem Boden eines Dermoids. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.) — Cancer développé sur un kyste dermoïde.

Mikhaïlov (N.). De la gastrostomie d'après le procédé de Marwedel (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

Mintz (W.). Ein Fall von primärer Parotistuberculose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 3-4.)

Oliari (A.). Dell'uribilinuria nei cloroformizzati. (*Rendiconti della Associaz. med.-chir. di Parma*, sept.)

Pacheco Mendes. A propos d'un cas de goundou ou anakhré. (*Rev. de chir.*, oct.)

Parascandolo (C.). Contribuzione alla cura delle varici. (*Clinica moderna*, 18 et 25 sept. et 2 oct.)

Paulli (R.). Om galdestensoperationer. (*Hospitalstidende*, 7, 14 et 21 août.) — Traitement chirurgical de la cholélithiase.

Phocas et **Carrière.** Tuberculose du cæcum. (*Nord méd.*, 1er oct.)

Pozza (P.). Pilorectomia con estesa resezione di stomaco per cancro della piccola curvatura e del piloro; guarigione; osservazioni. (*Riforma med.*, 29 oct.)

Purpura (F.). Sulla legatura della vena cava inferiore. (*Riforma med.*, 30 oct.)

Quervain (F. de). Ueber subcutane Verlagerung und Einklemmung des Leistenhodens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 3-4.) — De l'ectopie sous-cutanée et de l'étranglement du testicule resté à l'aine.

Reymond (E.) et **Alexandre**. A propos d'un cas de staphylococcihémie. (*Rev. de chir.*, oct.)

Rödiger (K.). Weitere Beiträge zur Statistik des Zungencarcinoms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 2.) — Nouvelle contribution à la statistique du cancer de la langue.

Roncali (D. B.). Patologia e chirurgia dei traumi del rigonfiamento lombare del cono terminale e della coda equina. In-8°, 217 p. Rome.

Santillana (L.). Thoracotomie pour adhérences pleurales d'origine traumatique. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, oct.)

Saquet. Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie. (*Touraine méd.*, oct.)

Schanz (A.). Ueber die Bedeutung von Massage und Heilgymnastik in der Skoliosentherapie. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 313.)

Senn (N.). Practical surgery. In-8°, 1134 p. Londres.

Severi (A.). Contributo allo studio dei corpi organizzati liberi nei sacchi erniarii. (*Gazz. degli Osped.*, 8 sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bandler (S. W.). On the origin of retroversioflexio uteri and its pathological dignity. (*Med. Record*, 28 sept.)

Beyea (H. D.). Laceration of the cervix uteri. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 sept.)

Lewitzky (G.). Ein Fall von Pseudomyxoma des Bauchfells und des Netzes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Un cas de pseudomyxome du péritoine et de l'épiploon.

Martin (A.). Enucléation des tumeurs fibreuses utérines (myomectomie conservatrice). (*Rev. méd. de Normandie*, oct.)

Müller (A.). Ueber die Mittelscheitellage Kehrer's, Positio verticalis posterior. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 oct.)

Nadler (J.). Ueber Peroneuslähmung infolge schwerer Geburt. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — Paralysie des péroniers, consécutive à un accouchement pénible.

Neuman (P. G.). Om halfnarkosen vid normal förlossning. (*Hygiea*, déc.) — De la deminarcose dans l'accouchement normal.

Ott (D. de). Traitement opératoire des paramétrites cicatricielles (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, sept.)

Pick (L.). Die Marchand'schen Nebennieren und ihre Neoplasmen nebst Untersuchungen über glykogenreiche Eierstocksgeschwülste. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 3.) — Des capsules surrénales aberrantes de Marchand et de leurs néoplasmes; recherches sur les tumeurs de l'ovaire riches en glycogène.

Pohl (H. J.). Zur Casuistik der eingebildeten Schwangerschaft. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 7 sept.) — Un cas de grossesse imaginaire.

Preiser (G.). Ein Beitrag zur Lehre von den Tuboovarialcysten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 3.)

Recchi (G.). Sulla cura dell'ergotina nei fibromiomi uterini. (*Gazz. degli Osped.*, 8 sept.)

Reifferscheid (K.). Beitrag zur Lehre von der Hydrorrhoea uteri gravidi. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 oct.)

Remy (S.). L'insuffisance utérine pendant le travail. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.)

Rosenfeld (W.). Ein Beitrag zur Anatomie der Tubarschwangerschaft und Bildung der Decidua reflexa. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Anatomie de la grossesse tubaire et formation de la caduque réfléchie.

Rosenstein (P.). Ein Fibromyom der Douglasfalte. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Rühl (W.). Kritische Bemerkungen über Geburtsstörungen nach Vaginaefixatio uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Remarques critiques sur les dystocies consécutives à la vaginofixation de l'utérus.

Schröder (E.). Seltene Entstehungsursache einer Clavicularfractur in der Geburt, nebst Bemerkungen über die Zweckmässigkeit des Zuges am kindlichen Kopfe zur Entwickelung der Schultern. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 1.) — Une cause rare de fracture obstétricale de la clavicule; remarques sur la valeur du dégagement des épaules au moyen de tractions sur la tête fœtale.

Sittner (A.). Ein Fall von siebenmonatlicher Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter mit lebendem Kinde; zugleich einige Betrachtungen über die Diagnose und die Operation bei vorgeschrittener Extrauteringravidität mit lebender Frucht auf Grund einer Zusammenstellung von 126 Fällen dieser Art. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 3.) — Un cas de grossesse extra-utérine de sept mois avec enfant vivant; quelques réflexions concernant le diagnostic et le traitement opératoire de la grossesse extra-utérine avancée avec fœtus vivant, basées sur 126 cas de ce genre.

Stahl (F. A.). Repeated pregnancy in the same tube; a case of homotopic and homositic repeated tubal pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — Un cas de grossesse tubaire répétée dans une seule et même trompe.

Sterne (J.). Utérus double; vagin cloisonné. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.)

Stewart (R. W.). Toxicity of urine in pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — Toxicité de l'urine chez les femmes enceintes.

Taussig (F. J.). On prolonged pregnancy; report of a case and compilation of sixty-one well-authenticated cases of this kind. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — De la grossesse prolongée.

Taylor (W. M.). The excessive vomiting of pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Thumim (L.). Chirurgische Eingriffe bei Myomen der Gebärmutter in Schwangerschaft und Geburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 3.) — Interventions chirurgicales pour myomes utérins au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Varnek (L.). Du sarcome de l'utérus (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

Weir (W. H.). Torsion of a hydrosalpinx resulting in infarction. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Wolkowitsch (N.). Eine plastische Methode, schwer operable vesico-vaginale Fisteln durch den Uterus zu verschliessen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 oct.) — Un procédé d'occlusion autoplastique, aux dépens de l'utérus, des fistules vésico-vaginales difficilement opérables.

Wormser (E.). Ein weiterer Fall von puerperaler Gangrän des Fusses. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — Un nouveau cas de gangrène puerpérale du pied.

PÉDIATRIE

Morse (J. L.). Infantile atrophy. (*Med. News*, 14 sept.)

Pfaundler (M.). Ueber Stoffwechselstörungen bei magendarmkranken Säuglingen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 3.) — Des troubles des échanges organiques chez les nourrissons atteints d'affections gastro-intestinales.

Silvestri (T.). La cura della pertosse; sieroterapia. (*Gazz. degli Osped.*, 22 sept.)

Still (G. F.). Observations on suppurative pericarditis in children. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.)

Thursfield (J. H.). The value of Widal's serum reaction in the diagnosis of typhoid fever in children. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.)

Tubby (A. H.). Results of tendon grafting in infantile and spastic paralysis. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.)

Valagussa (F.). Tre casi di bronchiectasie in bambini; sintomi clinici e reperto necroscopico. (*Policlinico*, 7 sept.)

White (S.). Ultimate results of tendon grafting in infantile paralysis. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept.)

HYGIÈNE

Gautrelet. Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité du département de la Côte-d'Or accomplis pendant les années 1899-1900. In-8°, 154 p. Dijon.

Hobbs (J.). Etude de mortalité comparée. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er sept.)

O'Followell (L.) et **Goudal** (H.). Hygiène des employés de commerce et d'administration. In-12, 82 p.

Paul (G.). Ueber den gegenwärtigen Stand der aseptischen Impftechnik. (*Oesterreich. Sanitätswesen*, 46 et 47.) — Etat actuel de la technique de la vaccination aseptique.

Taylor (A.). Sanitary inspector's handbook. 3e éd. In-8°, 426 p. avec fig. Londres.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Chevalier (G.). Empoisonnement par des chaussures passées au noir d'aniline. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 oct.)

Kühner (A.). Straf- und civilrechtliche Verantwortung des Arztes. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9, 12, 16, 19, 23, 26 et 30 sept., 3, 7, 10, 14, 17, 21, 24 et 28 oct.) — La responsabilité pénale et civile du médecin.

Robertson (W. E.). Fatal polypoid colitis resulting from administration of mercurial inunctions. (*Internation. Med. Magazine*, sept.)

Sabrazès (J.) et **Bourret**. Hématies à granulations basophiles dans l'empoisonnement par l'extrait de saturne. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 sept.)

Sarda (G.). Putréfaction gazeuse des poumons de mort-nés. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Comptes rendus des séances du premier Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales (Paris, 27 juillet-1er août 1900). In-8°, 860 p. avec fig. Lille.

Frey (E.). Die Heilwirkung des Franklin'schen Stromes. (*Pest. med.-chir. Presse*, 15 sept.) — De l'action curative de la franklinisation.

Johnson (A. B.). A personal experience in radiography, together with the technique of stereoscopic radiography. (*Med. Record*, 7 sept.)

Joulia. Sur le traitement de la fissure douloureuse de l'anus par les courants électriques de haute fréquence. (*Touraine méd.*, oct.)

Leduc (S.). L'électrochimie médicale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 5 oct.)

Williams (F. H.). Treatment of certain forms of cancer by the X-rays. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 sept.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Duhourcau (E.). L'albuminurie et son traitement hydrologique (étude comparative). In-8°, 154 p.

Gandy. Traitement hydrominéral des albuminuries. In-8°, 31 p.

Linn (Th.). The health resorts of Europe. 9e éd. In-12, 261 p. Londres. — Les principales stations de cure en Europe.

Weinberger (M.). Das kalte Wasser als Heilmittel in der allgemeinen Praxis. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, août.) — L'eau froide en tant que moyen thérapeutique dans la pratique générale.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Beurnier (L.) et **Cambours** (P.). Joseph-Alexandre Laboulbène, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, président de l'Académie de médecine (1825-1898). In-8°, 494 p. avec portrait. Dijon.

Chauveau (C.). Histoire des maladies du pharynx. T. Ier : période gréco-romaine et byzantine et période arabe. In-16, 315 p.

Nicolas (J.). La médecine dans les œuvres de Sidoine Apollinaire (430-489). (*Rev. méd. du Mont-Dore*, mai et juin.)

Siebold (E. von). Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe. 2e éd. T. Ier. In-8°, 368 p. Tubingue. — Essai d'une histoire de l'obstétrique.

GÉNÉRALITÉS

Besançon. Paradoxes sur la médecine. In-16, 260 p.

Gonçalves Cruz (O.). Contribuição para o estudo dos culicidios do Rio de Janeiro. (*Brazil-medico*, 15 nov.)

Ospedale Amedeo di Savoia di Torino : rendiconto clinico statistico dell'anno 1900. In-8°, 38 p. avec fig. Turin.

Sadoul. Hygiène et médecine coloniales; guide pratique à l'usage des postes militaires dépourvus de médecin. 2e éd. In-8°, 212 p.

Silvagni (L.). La patologia comparata negli Ebrei. (*Riv. critica di clinica medica*, 31 août et 7 sept.)

22e ANNÉE. — N° 12. Vingt centimes le numéro. 19 MARS 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. — M. le professeur Raymond : Sur un cas de mal de Pott cervical 89

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — — Prophylaxie de la diphtérie par les injections préventives de sérum 92
Plaie du crâne avec enfoncement des os et destruction du centre moteur cortical du membre supérieur gauche 92
Académie des sciences. — Recherches expérimentales sur la vie biologique des « jumeaux chinois » 92
Sur la fonction lipolytique du sang 92
Société de chirurgie. — Intervention chirurgicale pour anévrysme de l'aorte 92
Des accidents de la chloroformisation 92
Du choix du procédé dans la gastrostomie 92
Prolapsus recto-périnéal 92
Société médicale des hôpitaux. — Sur les dangers du traitement mercuriel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique 93
A propos de la contagiosité de la pelade 93
Des rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut 93
Myxœdème fruste ou infantilisme 93
Zona vrai récidivant 93
Forme fruste de la maladie d'Addison 93

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur l'agent pathogène de la syphilis 93
L'emploi du méta-arsinate d'aniline en dermatologie 93

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Nouvelles recherches sur le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde 94
La différenciation de la viande des diverses espèces animales à l'aide de sérums spécifiques, et l'application pratique de cette méthode à l'inspection des viandes 94
Deux cas de corps étrangers des sinus de la face 94
Publications italiennes. — Infection mixte typhique et malarienne 94
De l'urobilinurie après la chloroformisation 95
Une forme particulière de réaction électrique anormale 95
Publications russes. — Grossesse en cas d'utérus double 95
Pemphigus congénital syphilitique sans lésions de la paume des mains et de la plante des pieds 95
L'agglutination comme procédé de diagnostic de la morve 95

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La cautérisation étoilée de la cornée comme moyen de traitement conservateur des hydrophtalmies 96
Tétanos à la suite d'injections sous-cutanées de gélatine 96
La pyoctanine bleue contre les ascites d'origine cardiaque ou rénale 96
L'ulcère de la face postérieure de la cornée et son traitement 96
Traitement de la scarlatine par l'usage externe et interne du sublimé 96

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Accidents de la chloroformisation ..... 92^3
Agglutination du bacille de la morve ..... 95^3
Anévrysme de l'aorte ..... 92^2
Arthrite à pneumocoques suivie de pneumonie chez un cardiaque ..... 93^2
Ascites d'origine cardiaque ou rénale ..... 96^2
Bacilles fusiformes et spirilles dans diverses infections ..... 93^1
Cautérisation étoilée de la cornée ..... 96^1
Chloroformisation et ses accidents ..... 92^3
— et urobilinurie ..... 95^1
Corps étrangers des sinus de la face ..... 94^2
Diphtérie ..... 92^1
Fièvre typhoïde et paludisme ..... 94^3
— — et son diagnostic précoce ..... 94^1
Gastrostomie ..... 92^3
Gélatine en injections sous-cutanées, ayant communiqué le tétanos ..... 96^2
Grossesse en cas d'utérus double ..... 95^2
Hydrophtalmies ..... 96^1
Infantilisme ou myxœdème fruste ..... 93^2
Maladie d'Addison à forme fruste ..... 93^2
Mal de Pott cervical ..... 89^1
Méta-arsinate d'aniline en dermatologie ..... 93^3
Morve et son diagnostic par l'agglutination ..... 95^3
Myxœdème fruste ou infantilisme ..... 93^2
Paludisme et fièvre typhoïde ..... 94^3
Paraplégie spasmodique syphilitique ..... 93^1
Pelade ..... 93^1
Pemphigus congénital syphilitique respectant la paume des mains et la plante des pieds ..... 95^3
Plaie du crâne avec destruction du centre moteur du bras gauche ..... 92^1
Plaies du cœur ..... 92^1
Prolapsus recto-périnéal ..... 92^3
Pyoctanine bleue contre les ascites ..... 96^2
Réaction antagoniste ..... 95^1
Sang et sa fonction lipolytique ..... 92^2
Scarlatine ..... 95^3
Sérum antidiphtérique à titre préventif ..... 92^1
Sérums spécifiques pour la différenciation des viandes ..... 94^1
Sublimé contre la scarlatine ..... 96^3
Syphilis et son microbe ..... 93^3
Tétanos à la suite d'injections sous-cutanées de gélatine ..... 96^2
Traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte ..... 92^2
— de la paraplégie spasmodique syphilitique ..... 93^1
— de la scarlatine ..... 96^3
— des ascites ..... 96^2
— des corps étrangers des sinus de la face ..... 94^2
Traitement des hydrophtalmies ..... 96^1
— des plaies du cœur ..... 92^1
— des ulcères de la face postérieure de la cornée ..... 96^3
— du mal de Pott cervical ..... 89^1
— du prolapsus recto-périnéal ..... 92^3
— préventif de la diphtérie ..... 92^1
Ulcères de la face postérieure de la cornée ..... 96^3
Urobilinurie après la chloroformisation ..... 95^1
Viandes et leur différenciation au moyen de sérums spécifiques ..... 94^1
Xiphopage chinois ..... 92^1
Zona vrai récidivant ..... 93^3

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

École de médecine de Poitiers. — M. le docteur Faivre, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de clinique médicale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Ernst Emil Moravcsik, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Laufenauer, décédé.

M. le docteur Emerich Havas, privatdocent de dermatologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Luigi Sabbatani, professeur extraordinaire de matière médicale et de pharmacologie expérimentale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Hugo Sellheim, privatdocent d'obstétrique, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Giovanni Palleroni est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Attilio Bonanni est nommé privatdocent de chimie physiologique.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Paul Manasse, privatdocent d'otologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur L. Krehl, professeur à la Faculté de médecine de Greifswald, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. K. von Liebermeister, décédé.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Edmondo Trombetta est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Theodor Escherich, professeur à la Faculté de médecine de Gratz, est nommé professeur ordinaire de pédiatrie, en remplacement de M. H. von Widerhofer, décédé.

M. le docteur Karl Kreibich est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur John H. Gibbon est nommé professeur de chirurgie, en remplacement de M. T. S. K. Morton, démissionnaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE BORDEAUX

Allard. De la laxité des ligaments articulaires de la main.

Arzac. De la conduite à tenir dans l'hydramnios à marche rapide.

Auber de Peyrelongue (d'). De la stérilisation par la chaleur de l'eau de boisson dans la marine.

Aubian. Etude critique sur l'omentofixation.

Bahans. Contribution à l'étude de la néphrite varicelleuse.

Barrère. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du vagin chez les enfants.

Beaussenat. Contribution à l'étude des mastoïdites à évolution insidieuse (mastoïdites latentes).

Bernel. Sur un nouveau mode de traitement chirurgical des prolapsus totaux du rectum.

Blandin. Considérations sur la croissance dans ses rapports avec l'hygiène.

Bouhadjeb. Accouchement et avortement en Tunisie.

Bourret. Des hématies à granulations basophiles dans le saturnisme expérimental.

Breffeil. De la nécrose de la table externe de l'apophyse mastoïde au cours des mastoïdites aiguës.

Brunet. Considérations sur quelques cas de pseudo-tétanos.

Chichcoff. Etude sur l'urétérectomie.

Clochard. Des malformations congénitales du tube digestif considérées au point de vue de la viabilité de l'enfant.

Collon. Etude sur le traitement de la maladie de Basedow par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé.

Decoly. Contribution à l'étude des corps étrangers des fosses nasales.

Dal Pellegrino. Le livre de la cure des maladies des yeux de Jean Mesné, médecin arabe du XI[e] siècle.

Denier. Hématologie de la vaccine; étude cytologique de la lymphe vaccinale.

Dorso. Herpès récidivant de la peau.

Duprat. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite vertébrale aiguë chez l'enfant.

Duran. De la voie transhyoïdienne dans la chirurgie pharyngo-laryngée.

Epron. Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par les fibromes utérins.

Fauquet. Des kystes dermoïdes de la région mammaire.

Lafond. De la gangrène des membres inférieurs dans les suites de couches.

Lalung-Bonnaire. Considérations sur les choroïdites infectieuses endogènes.

Le Conteur. Réparation des pertes de substance du foie.

Le Hardy. De l'extraction du cristallin transparent dans la myopie progressive.

Le Strat. Du lichen plan palmaire et plantaire.

Magunna. De la voie d'infection nasale de la méningite.

Maillard. De la valeur clinique du cytodiagnostic céphalo-rachidien dans les cas douteux de paralysie générale progressive.

Mathis. Contribution à l'étude hématologique de la syphilis, du tabes et de la paralysie générale.

Mondiet. Contribution à l'étude des amputations partielles du globe oculaire.

Monié. Physiologie pathologique de l'incision rénale.

Montané. Des rapports de la céphalée avec la ponction lombaire.

Moursou. Des procédés opératoires pour atteindre les corps vertébraux de la région lombo-sacrée.

Pallut. De la sortie prématurée des aliénés.

Rivière. Dilatation cylindrique totale de l'œsophage.

Saint-Pau. Contribution à l'étude de l'hygiène de la première enfance.

Salabert. Méthode rationnelle pour pratiquer la castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule.

Sauvaitre. Etude physico-chimique du beurre de femme et son identification avec le beurre de vache.

Trautmann. Le bâillement.

Varenne. Extraction des corps étrangers magnétiques des voies aériennes, par l'électroaimant.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Erdheim (J.). Beitrag zur Kenntnis der branchiogenen Organe des Menschen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.)

Feitel (A.). Zur arteriellen Gefässversorgung des Ureters, insbesondere der Pars pelvina. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — La circulation artérielle de l'uretère, et, en particulier, de sa portion pelvienne.

Jackson (C. M.). A method of teaching relational anatomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 sept.) — Une méthode d'enseignement de l'anatomie topographique.

Keiffer. Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle. In-8°, 33 p. avec fig.

Köster (G.). Ueber den Ursprung des N. depressor; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 nov.) — De l'origine du nerf dépresseur.

Patellani (Rosa S.). La ontogenesi e la filogenesi del bacino osseo femminile; studio di anatomia macroscopica. Parte I : l'ontogenesi del bacino osseo nella femmina umana. In-4°, 45 p. avec planches. Milan.

Stangl (E.). Zur Histologie des Pankreas. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.)

Stransky (E.). Zur Conservirung von Faserfärbungen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1[er] nov.) — Un moyen de conserver les colorations des fibres [nerveuses].

MÉDECINE

Aldor (L. von). Ueber continuirlichen Magensaftfluss (Gastrosuccorrhoe, Reichmann'sche Krankheit). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 sept.)

Allard (E.). Zur Frage des Nachweises der Acetessigsäure im Harn. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 sept.) — Sur la recherche de l'acide acétique dans les urines.

Baccelli (G.). Emorragia endo-renale traumatica del rene destro. (*Gazz. degli Osped.*, 29 sept.)

Caccini (A.). Rumore diastolico alla base del cuore non in rapporto a insufficienza aortica (plica dell'endocardio al disotto della valvola posteriore aortica). (*Policlinico*, 28 sept.)

Dufour (H.). Enclavement d'un gros calcul biliaire dans le duodénum sans phénomènes d'obstruction; néphrite diapédétique; mort avec abcès multiples des poumons. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, oct.)

Einhorn (M.). Das Vorkommen von Schimmel im Magen und dessen wahrscheinliche Bedeutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 sept.) — De la présence de moisissures dans l'estomac et de sa signification.

Futcher (Th. B.). Cirrhosis with pigmentation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 sept.)

Gyurmán (E.). Ueber das kardiale Asthma. (*Pest. med.-chir. Presse*, 22 et 29 sept.)

Holmes (L. E.). Unusual after-effects of a snake bite. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 sept.) — Conséquences insolites d'une morsure de serpent.

Hornung. Herzbefund bei Caissonarbeitern. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 sept.) — De l'état du cœur chez les ouvriers travaillant dans les caissons.

Lüthje (H.). Beitrag zur Frage des renalen Diabetes. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 sept.)

Mayr (K.) et **Dehler** (A.). Beitrag zur Diagnose und Therapie der Divertikel der Speiseröhre. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 sept.) — Diagnostic et traitement des diverticules de l'œsophage.

Osborne (O. T.). Medical shock. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 sept.)

Sabrazès (J.). Note sur la valeur séméiologique de la ligne ombilico-mamelonnaire. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 oct.)

Sicardi (F. A.) et **Colon** (R.). Los abcesos del hígado de los paises templados. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.) — Les abcès du foie dans les climats tempérés.

Spratling (E. J.). A new continued fever. (*Med. Record*, 7 sept.)

Stiller (B.). Magenplätschern und Atonie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 sept.) — Bruit de clapotement et atonie gastrique.

Stockton (Ch. G.). Circulatory disturbances accompanying hepatic cirrhosis, and inosculation of the portal branches with the systemic veins. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 sept.)

Thenen (J.). Broncho-alveolitis fibrinosa haemorrhagica. (*Wien. med. Presse*, 29 sept.)

Türk (W.). Zur Aetiologie der lymphatischen Leukaemie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adler. Ueber die Energetik (präparatorische Thätigkeit) der Ganglienzellen und ihre Bedeutung für die funktionellen Nerven- und Geisteskrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 sept.)

Bregman (L.). Ueber Kleinhirngeschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.) — Des tumeurs du cervelet.

Elgart (J.). Ueber idiopathische und symptomatische Myalgien (Myopathien). (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 sept.)

Hahn (F.). Ueber das Auftreten von Contracturen bei Dystrophia muscularis progressiva. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.)

Kopczynski (S.). Zur Kenntnis der Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Lues cerebri. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.)

Lenz (O.). Der Aetherrausch, eine experimentelle Intoxicationspsychose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 sept.) — L'ivresse éthérique considérée en tant que psychose expérimentale par intoxication.

Norbury (F. P.). The etiology of paretic dementia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 sept.)

Pontoppidan (K.). Retspsykiatriske erklæringer; en eksempelsamling til brug for læger og jurister. In-8°, 322 p. Copenhague. — Certificats et rapports médico-légaux concernant les aliénés (avec modèles).

Porter (R. H.). The home management of epilepsy. (*Med. Record*, 28 sept.) — Traitement familial de l'épilepsie.

Rolly. Angeborene doppelseitige Starre (Little'sche Krankheit) bei Zwillingen, mit Sectionsbefund. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.) — Maladie de Little chez deux jumeaux, avec autopsie.

Schneider (H.). Ueber das Zehenphänomen Babinski's; ein Beitrag zur Lehre von den Fusssohlenreflexen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 sept.)

Schwabe (H.). Ein Fall von multipler Neuritis nach Kohlenoxydvergiftung mit Beteiligung der Sehnerven. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 sept.) — Polynévrite consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone, avec participation des nerfs optiques.

Struppler (Th.). Ueber ausgedehnte confluirende Capillarhaemorrhagien in Pons, Medulla oblongata und im Grosshirn. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 sept.)

Tryde (Ch.). Sindssygdom og strafskyld for dansk domstol. In-8°, 158 p. Copenhague. — Maladies mentales et responsabilité devant les tribunaux danois.

Zahn (Th.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Brückengeschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.) — Contribution à l'étude des tumeurs de la protubérance.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bettmann. Auftreten von Psoriasis vulgaris im Anschluss an eine Tätowirung. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 oct.) — Psoriasis consécutif au tatouage.

Brocq (L.) et **Jacquet** (L.). Précis élémentaire de dermatologie. T. IV : maladies en particulier; dermatoses inflammatoires. 2[e] éd. In-16, 186 p.

Colombini (P.). Nota sulla patogenesi del bubone venereo. In-8°, 25 p. Sassari.

Duhot (R.). Purpura compliquant une blennorrhagie. (*Ann. de la policlinique centrale de Bruxelles*, oct.)

Frédéric (J.). Zur Ekzemfrage. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 sept.)

Luzzatto (A.). Ueber einige ungewöhnliche Erscheinungen bei secundärer Syphilis. (*Wien. med. Presse*, 22 sept.) — Sur quelques manifestations insolites de la syphilis secondaire.

Pusey (W. A.). Röntgen rays in the treatment of diseases of the skin; a review of recent literature and a personal experience. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 sept.) — Traitement des affections cutanées par les rayons de Röntgen.

Sipari (E.). Di alcuni casi non comuni di tigna favosa generalizzata; considerazioni cliniche e terapiche. In-8°, 22 p. Naples.

Sommer (B.). Sarcoma idiopático multiple hemorrágico de Kaposi. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Szánto (E.). Ueber die Verwendung des Acidum salicylicum beim Ulcus molle. (*Wien. med. Presse*, 15 sept.)

Tausz (Béla). Ueber einen schweren Fall von tertiärer Luës. (*Pest. med.-chir. Presse*, 1er sept.) — Un cas grave de syphilis tertiaire.

Wolbarst (A. L.). Gonorrhea in boys. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 sept.) — La gonorrhée chez les petits garçons.

CHIRURGIE

Association française de chirurgie (14e Congrès, tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1901). Informations et documents divers. In-8°, 187 p.

Beck. Beitrag zur Fractur der carpalen Radiusepiphyse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 1.)

Berdach (J.). Zwei Fälle von «Stromeyer'schen Verrenkungsbrüchen». (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 sept.) — Deux cas de «fractures-luxations de Stromeyer».

Bönnecken (H.). Ueber die Nachbehandlung der Zahnextractionswunden. (*Prag. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Du traitement postopératoire des plaies par avulsion des dents.

Bruncher. Note sur un cas de tétanos traumatique, suivi de guérison. (*Bull. méd. de l'Algérie*, oct.)

Brunotte. Ueber einen Fall durch Operation geheilter Perforationsperitonitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 sept.)

Chavannaz. Epithélioma cylindrique de la vésicule biliaire; cholécystostomie au cours d'un érysipèle de la face; disparition immédiate des douleurs, mort au dixième jour. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 oct.)

Cowan (R. H.). The technique of major and minor amputations. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 sept.)

Douriez (H.). Appendicite suppurée; perforation intestinale; sortie d'un ascaride par la plaie. (*Echo méd. du Nord*, 1er sept.)

Eichel. Ueber subkutane traumatische Bauchblutungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 et 15 oct.) — Des hémorrhagies traumatiques abdominales sans plaie des téguments.

Eve (P. F.). Spina bifida or hydrorrhachitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.)

Fairchild (D. S.). The immediate and remote effects of brain injury. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.) — Les conséquences immédiates et éloignées des traumatismes du cerveau.

Folet. Paralysies traumatiques précoces du nerf radial dans la fracture de l'humérus. (*Echo méd. du Nord*, 22 sept.)

Gebhart (A.). Zur Kasuistik der Blutcysten. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 sept.) — Un cas de kyste sanguin.

Georgii (H.). Ueber die Behandlung der Fingerverletzungen mit besonderer Berücksichtigung der späteren Erwerbsfähigkeit. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 oct.) — Traitement des lésions traumatiques des doigts, surtout au point de vue de la capacité ultérieure de travail.

Gevaert (G.). Luxation soudaine de la hanche au cours du rhumatisme aigu. (*Journ. de chir. de Bruxelles*, nov.)

Glass (J. H.). Operative procedure for tumour of the brain. (*Med. Record*, 28 sept.) — Traitement opératoire des tumeurs du cerveau.

Graser. Die Bruchanlage und Erkrankung in ihrer Bedeutung für die Militärdiensttauglichkeit und der Entscheid über Versorgungs-, bezw. Entschädigungsansprüche. (*Wien. med. Presse*, 1er sept.) — La prédisposition aux hernies et les hernies dans leurs rapports avec l'aptitude au service militaire.

Herman (M. W.). Zur Technik der Skolikoidektomie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 19 oct.)

Heusner (L.). Ueber Osteoklase und Osteoklasten. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 sept.)

Jochmann (G.). Osteomyelitis sterni acuta bei Typhus abdominalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 sept.)

Joseph (J.). Zur Streckung des Pott'schen Buckels. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 et 23 sept.) — Du redressement de la gibbosité dans le mal de Pott.

Judet (H.). Rupture de la rate; splénectomie; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, oct.)

Kelling (G.). Die Tamponade der Bauchhöhle mit Luft zur Stillung lebensgefährlicher Intestinalblutungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 sept.) — Le tamponnement de la cavité abdominale au moyen de l'air pour arrêter les hémorrhagies intestinales graves.

Kenerson (V.). A report of two cases of lymphangioma. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 sept.)

Kovács (L.). Dünndarmvorfall durch den Mastdarm. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 sept.) — Prolapsus de l'intestin grêle à travers le rectum.

Lambret (O.). Ostéosarcomes du bassin. (*Echo méd. du Nord*, 29 sept.)

Leszynsky (W. M.) et **Glass** (J. H.). Report of a case of intracranial tumor; operation; recovery. (*Med. Record*, 28 sept.)

Lévai (J.). Wie sichert man die Asepsis bei der Vereinigung der Wunden? (*Pest. med.-chir. Presse*, 29 sept.) — Comment on assure l'asepsie dans la réunion des plaies.

Luxenburger (A.). Ueber zwei Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva und deren kosmetische Behandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 sept.)

Mauclaire. Luxation en avant et bilatérale de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième; ponctions lombaires exploratrice et évacuatrice dans les traumatismes rachidiens. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, oct.)

McCosh (A. J.). Remarks on spinal surgery, with illustrative cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 août et 7 sept.)

Melean (A.). Contribución al estudio de la analgesia quirúrgica por inyección lumbar subaracnoidea de cocaína. (*Thèse de Santiago de Chile.*)

Niola (R.). Anestesia chirurgica. In-16, 39 p. Naples.

Pacheco Mendès (A.). Etudes de clinique chirurgicale. In-8°, 200 p. avec fig.

Paul (Th.) et **Sarwey** (O.). Experimentaluntersuchungen über Händedesinfektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 3, 10, 17, 24 et 31 juillet, 3, 10 et 17 sept.) — Recherches expérimentales sur la désinfection des mains.

Powers (Ch. A.). Early diagnosis in carcinoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 sept.) — Diagnostic précoce du carcinome.

Rauline. Appendicite avec abcès dans le cul-de-sac recto-vaginal; évacuation par le rectum; rougeole pendant la convalescence; guérison. (*Année méd. de Caen*, oct.)

Rothbart (J.). Ueber chirurgische Eingriffe bei Diabetes. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 et 15 sept.)

Schiller (A.). Ueber einen Fall von tumorartiger Hyperostose des Schädels. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er oct.) — Hyperostose du crâne sous forme d'une tumeur.

Schloffer (H.). Zur operativen Behandlung der zweifachen Magenstenose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 sept.) — Traitement opératoire des sténoses doubles de l'estomac.

Selberg (F.). Traumatische Pankreasnekrose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 sept.)

Senn (N.). The present status of the carcinoma question. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 sept.)

Sjövall (S.). Om brankiogena halscystor; 1 anslutning till ett kasuistiskt meddelande. (*Hygiea*, déc.) — Des kystes branchiogènes du cou.

Slavik (V.). Jak rychle nastupuje smrt, zraneno-li srdce? (*Casopis lékaru ceskych*, 12 oct.) — De la rapidité avec laquelle survient la mort dans les cas de blessure du cœur.

Spadaro (F.). Intorno alla cura delle artrosinoviti tubercolari; considerazioni sopra una statistica propria. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 11.)

Steiner (L.). Wie die Javanen narkotisiren. (*Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygiene*, V, 12.) — Comment on obtient l'anesthésie chez les indigènes de Java.

Taddei (D.). Ricerche sperimentali sulla plastica della parete venosa. (*Gazz. degli Osped.*, 1er sept.)

Terrile (E.). A proposito di un caso di appendicite. (*Pammatone*, V, 4.)

Teweles (F.). Ueber den Aetherrausch und seine Anwendungsweise. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 sept.) — De l'ivresse éthérique et de son utilisation [pour l'anesthésie].

Tieschi (D.). Contributo allo studio della operazione di Talma. (*Riforma med.*, 21, 22 et 23 oct.)

Warthin (A. S.) et **Spitzley** (W. A.). Disappearing tumors. (*Med. News*, 21 sept.)

Watten (I.). Zur operativen Behandlung der Stichverletzungen des Herzens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 sept.) — Traitement opératoire des blessures du cœur par instrument piquant.

Wilms. Zur Behandlung der Leberrupturen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 août.) — Traitement des ruptures du foie.

Witzel (O.). Ein operatives Verfahren zur Behandlung der Luxatio congenita coxae; Heteroplastik des Limbus. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 5 oct.)

Wolff (J.). Osteoplastik bei veralteter Patellarfractur. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 4.) — Ostéoplastie pour fractures anciennes de la rotule.

Worobjew (A.). Ueber das Genu recurvatum. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 sept.)

Wyss (M. O.). Medianusdurchtrennung; Heilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 sept.) — Section du nerf médian; guérison.

Young (H.). Genital tuberculosis, with special reference to the seminal vesicles; report of two cases of spermatocystectomy. (*Ann. of Surgery*, nov.)

OPHTALMOLOGIE

Allen (S. B.). A new operative procedure for treating inflammation of the posterior part of the eye. (*Med. Record*, 21 sept.) — Nouveau procédé opératoire pour le traitement des inflammations du segment postérieur de l'œil.

Besio (E.). Contribuzione allo studio della «papilla da stasi» nei tumori cerebrali. (*Pammatone*, V, 4.)

Frugiuele (C.) et **Bevacqua** (A.). Esoftalmo per gomma dei muscoli estrinseci. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei med. e natural.*, XI, 6.)

Garofolo (I.). Zur Kenntnis der pellagrösen Augenerkrankungen. (*Wien. med. Presse*, 8 sept.) — Des affections pellagreuses de l'œil.

Jackson (E.). Thrombosis of the cavernous sinus; double panophthalmitis of septic origin. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 sept.)

Laurent. Traitement du ptosis par la méthode de Motais. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 3.)

Neustätter (O.). Zur Laurenty'schen Theorie der Skiaskopie. (*Wien. med. Presse*, 15, 22 et 29 sept.)

Passow. Zur chirurgischen Behandlung der Verengerungen des Thränen-Nasenkanals. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 sept.) — Traitement chirurgical des sténoses du canal nasolacrymal.

Schweinitz (G. E. de). Concerning the treatment of the apparently unaffected or at most but slightly involved eye in cases of glaucoma. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 sept.) — Traitement de l'œil sain en apparence ou, tout au moins, peu touché, dans les cas de glaucome.

Terrien (F.). Kyste séreux de l'iris. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, oct.)

Thorner (W.). Die stereoskopische Betrachtung des Augenhintergrundes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 sept.) — L'examen stéréoscopique du fond de l'œil.

Williams (C.). The disadvantages of copper sulphate in diseases of the conjunctiva and cornea. (*Med. Record*, 21 sept.) — Les inconvénients du sulfate de cuivre dans les affections de la conjonctive et de la cornée.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Aubery (C.). Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, traité avec succès par la méthode de Copeman. (*Loire méd.*, nov.)

Bishop (E. S.). Uterine fibromyomata; pathology, diagnosis, and treatment. In-8°, 324 p. avec fig. Londres.

Bucura (C. J.). Ueber die Verkürzung der runden Mutterbänder auf vaginalem Wege. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — Du raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale.

Burckhard (G.). Ueber Drainage nach Laparotomieen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.)

Carbonelli (G.). Undici tagli cesarei metodo Porro. (*Unione med. ital.*, 23 et 30 nov. et 7 déc.)

Dixon Jones (Mary A.). The origin and formation of fibroid tumors of the uterus. (*Med. Record*, 14 sept.)

Falk (E.). Tubenruptur und Tubenabort. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 sept.)

Fischer (I.). Darmerkrankungen im Wochenbette. (*Wien. med. Presse*, 29 sept.) — Des affections de l'intestin pendant les suites de couches.

Fry (H. D.). The indications and contra-indications for the use of the curette in obstetric practice. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.)

Hegar (A.). Das Puerperalfieber. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 sept.)

Humiston (W. H.). A case of streptococcus infection following labor; operation and recovery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.)

Kollmann. Zur Lehre von der Dysmenorrhoea membranacea. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 sept.)

Kranowitz (D.). Pruritus und Frühgeburt. (*Pest. med.-chir. Presse*, 22 sept.) — Prurigo et accouchement prématuré.

Le Moniet. Inversion utérine. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 3.)

Moran (J. F.). The prophylaxis and treatment of puerperal sepsis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.)

Porter (W. D.). Position of the woman during delivery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.) — La position de la femme pendant le travail.

Potel. Fistule vésico-cervico-vaginale; opération par le procédé du dédoublement; guérison. (*Echo méd. du Nord*, 1er sept.)

Razetti (L.). La exploración externa en obstetricia, con un apéndice sobre el tratamiento de las hemorragias puerperales. In-8°, 214 p. Caracas.

Remy (S.). Etude sur un bassin généralement rétréci (justo minor). (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.)

Schröder (H.). Ueber das Vorkommen von Follikelanlagen in Neubildungen; ein Beitrag zur Entstehung der Eierstocksgeschwülste. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 2.) — De la présence de follicules dans les néoplasmes; contribution à la pathogénie des tumeurs de l'ovaire.

Verdelet (L.). Quelques considérations sur l'hystérectomie supra-vaginale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 et 27 oct.)

Véron. Bassin rachitique à rétrécissements étagés; symphyséotomie. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 2.)

Walker (E.). Galvanism as a remedy for uterine hemorrhage. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Winkler (K.). Das Deciduom. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.)

PÉDIATRIE

Christopher (W. S.). The relation of unbalanced physical development to pubertal morbidity as shown by physical measurements. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 sept.)

Cotton (A. C.). Diabetes mellitus in childhood, with report of a case. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.) — Le diabète sucré chez les enfants.

Courtin (J.). Traitement chirurgical du prolapsus de la muqueuse du rectum chez l'enfant. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 oct.)

Dieudonné. Experimentelle Untersuchungen über die Tuberculose-Infection im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 sept.) — Recherches expérimentales sur l'infection tuberculeuse chez les enfants.

Hacks (Ch.). La scrofule des enfants. In-8°, 154 p. Fécamp.

Jepson (W.). Congenital cystic kidney. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 sept.) — Le rein kystique congénital.

Ostheimer (M.). Undiluted milk in the chronic gastroenteritis of rachitic infants. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 sept.)

Rathmell (J. R.). Albuminuria in disease of the kidney in infancy and childhood. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.) — Albuminurie au cours des maladies des reins chez les enfants.

Santas (M. A.). Sobre un caso de invaginación crónica del intestino que simula un tumor maligno en un niño de 5 meses. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Schönstadt (A.). Nierentumor bei einem 6 Monate alten Knaben; Operation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 sept.) — Tumeur du rein chez un enfant de six mois; opération.

Scott (C.). Prevention of tuberculosis in babes born of tuberculous parents. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 sept.)

Simonini (R.). Le paralisi nel decorso della pertosse. (*Riforma med.*, 13 et 14 nov.) — Des paralysies survenant au cours de la coqueluche.

Tittel (K.). Ueber eine angeborene Missbildung des Dickdarmes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 sept.) — Sur une malformation congénitale du gros intestin.

TÉRATOLOGIE

Beck (C.). A case of double penis, combined with exstrophy of the bladder and showing four ureteral orifices. (*Med. News*, 21 sept.) — Double pénis avec exstrophie de la vessie et quatre orifices urétéraux.

Durañona (L.). Un caso raro de masculinización. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Smith (A. J.) et **Gammon** (W.). A case of congenital absence of internal genitals; fusion of kidneys; single ureter. (*Med. News*, 21 sept.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Baumgarten (E.). Pruritus senilis linguae. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 sept.)

Cobb (C. M.). Can nasal catarrh and catarrhal deafness be cured? (*Med. Record*, 7 sept.) — Peut-on guérir le catarrhe nasal et la surdité catarrhale?

Fridenberg (P.). Foreign bodies of the nose and ear. (*Med. Record*, 21 sept.) — Corps étrangers du nez et de l'oreille.

Gaudier. Emploi du bleu de méthylène dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques. (*Echo méd. du Nord*, 13 oct.)

Herzfeld (E.). Ein Fall von doppelseitiger Labyrinthnecrose mit doppelseitiger Facialis- und Acusticus-Lähmung; mit Bemerkungen über den Lidschluss bei Facialis-Lähmungen während des Schlafes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 sept.) — Nécrose bilatérale du labyrinthe avec paralysie faciale et acoustique double; remarques sur l'occlusion des paupières, pendant le sommeil, dans les cas de paralysie faciale.

Matheny (R. C.). The function of the tonsils, with a few suggestions regarding the differential diagnosis of tonsillar affections. (*Med. Record*, 14 sept.)

Oppenheimer (S.). Traumatic affections of the uvula. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 sept.)

Pappanicolaou. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fibromes naso-pharyngiens par les voies naturelles. (*Grèce méd.*, oct.)

Thomson (St. C.). The principles of treatment of tuberculous laryngitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 sept.)

HYGIÈNE

Baradat. Les établissements centralisés d'éducation et la tuberculose. In-8°, 16 p.

Fränkel (B.). Bemerkungen zur Prophylaxe der Tuberculose und die Isolirung der Phthisiker. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 sept.)

Kucher (J.). The prophylaxis of tuberculosis. (*Med. Record*, 28 sept.)

Mouly (G.). La tuberculose dans l'armée; les sanatoria militaires. In-8°, 29 p. A. Maloine.

Peri (A.). Come dobbiamo combattere la tubercolosi? In-8°, 19 p. Sestri Ponente.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire (année 1899). T. XXIX. In-8°, 519 p. Melun. Impr. administrative.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire (année 1900). T. XXX. In-8°, 632 p. Melun. Impr. administrative.

Romme (R.). La lutte sociale contre la tuberculose. In-16, 192 p.

Thibaut. Rapport sur les travaux du Conseil central de salubrité et des Conseils d'arrondissement du département du Nord pendant l'année 1900. In-8°, 408 p. Lille.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Cantalamessa (C.). Influenza che alcuni avvelenamenti possono avere nel ritardare la putrefazione. In-8°, 75 p. Macerata.

Dreesmann. Ueber Wismuth-Intoxikation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 sept.)

Jambon (J.). Du tatouage. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 2.)

Le Clerc (R.). Empoisonnement mortel par le calomel. (*Année méd. de Caen*, sept.)

Perrin de la Touche. Morts suspectes consécutives à des lésions tubo-ovariennes anciennes; soupçons d'avortements criminels. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 2.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Aron (E.). Ueber Sauerstoff-Inhalation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 et 23 sept.) — Des inhalations d'oxygène.

Buch (A. H.). The treatment of tuberculosis with urea. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 sept.)

Credé. Lösliches Silber als inneres Antisepticum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 sept.) — L'argent soluble en tant qu'antiseptique interne.

Cruchet (R.). L'opothérapie thymique dans la myopathie pseudo-hypertrophique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 oct.)

Hardoüin (P.). Un cas de septicémie gazeuse suraiguë guérie par l'eau oxygénée. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 2.)

Heinz (R.). Ein Hilfsmittel gegen Seekrankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 sept.) — Un moyen contre le mal de mer.

Le Moniet. Note sur trois cas de pustule maligne et leur traitement par les injections interstitielles d'eau phéniquée forte et la cautérisation au thermocautère. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 2.)

Noorden (C. von). Das Physostigmin gegen Erschlaffung des Darms. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 oct.) — L'ésérine contre l'atonie intestinale.

Taylor (B. M.). Treatment of typhoid fever. (*Med. Record*, 28 sept.)

Wakefield (H.). Some observations on modern cardiotherapy. (*Med. Record*, 14 sept.)

22e ANNÉE. — N° 13. Vingt centimes le numéro. 26 MARS 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Les suppurations de la zone sous-phrénique, par M. le docteur F. Lejars........ 97
MÉDECINE PRATIQUE. — Le diagnostic différentiel entre la pyurie d'origine vésicale et la pyurie due à la pyélite........ 103
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine*. — Sur la recherche médico-légale de l'origine du sang à l'aide des sérums précipitants........ 104
Académie des sciences. — De l'arsenic et du phosphore organiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire........ 104
Recherches expérimentales sur la vie mentale des « jumeaux chinois »........ 104
Société de chirurgie. — Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux, traité par le sérum gélatiné........ 104
Appendicite herniaire compliquée de phlegmon gangreneux du scrotum........ 104
Pseudo-appendicite........ 105
Société médicale des hôpitaux. — Ascite lactescente et cirrhose atrophique........ 105
Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme........ 105
Paralysie spinale antérieure aiguë........ 105
Un cas d'angine goutteuse vraie........ 105
Société de biologie. — De la coloration du sérum dans les néphrites interstitielles et dans la ligature expérimentale des uretères........ 105
Sur la concentration du sang après la suppression de l'élimination rénale........ 106
De l'élimination des phosphates dans la pneumonie et dans la fièvre typhoïde........ 106
Etude du sang d'un fœtus humain à la onzième semaine de la vie intra-utérine........ 106
Sur la diazoréaction d'Ehrlich........ 106
Le voile du palais et la voix de « fausset »........ 106
Recherches sur les lésions spécifiques de la peau, du poumon et du foie dans la variole........ 106
Sur l'immunité vaccinale........ 106
L'influence de l'anticytase sur les animaux qui reçoivent des hémolysines spécifiques........ 106
Sur les précipitines........ 106
ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Quelques cas de chirurgie cérébrale........ 106
Métastases carcinomateuses multiples........ 106
Le traitement des anévrysmes par le sérum gélatiné........ 106
Lettres d'Autriche. — Association de troubles nerveux fonctionnels et organiques........ 106
Tumeur tuberculeuse de l'oreillette droite........ 107
Action des courants électriques de haute fréquence........ 107
Coexistence d'un volvulus et d'un étranglement interne de l'intestin grêle........ 107
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — De l'asystolie progressive des jeunes sujets par myocardite subaiguë primitive........ 107
Anesthésie [par le bromure d'éthyle] dans l'exentération du globe oculaire........ 107
Publications allemandes. — Un signe encore peu connu des affections cancéreuses........ 107
Sur la néphrite tuberculeuse diffuse sans concomitance de tubercules rénaux........ 108
De la myosite suppurée primitive........ 108
De la diphtérie des plaies........ 108
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement de la scarlatine par le sérum de convalescents de cette affection........ 108
Le permanganate de potasse contre les brûlures........ 108

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Anesthésie par le bromure d'éthyle dans l'exentération du globe oculaire........ 107^3
Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux........ 104^3
Anévrysmes........ 106^3
Angine goutteuse........ 105^3
Angiomes cutanés et cancer........ 107^3
Anticytase et son action........ 106^2
Anus vaginal à la suite d'hystérectomie vaginale........ 105^1
Appendicite herniaire avec phlegmon gangreneux du scrotum........ 104^3
Ascite lactescente et cirrhose atrophique........ 105^1
Association hystéro-organique........ 106^3
Asystolie progressive par myocardite subaiguë primitive........ 107^1
Brûlures........ 108^3
Cancer avec métastases multiples........ 106^3
— et angiomes cutanés........ 107^3
Chirurgie cérébrale........ 106^2
Cirrhose atrophique et ascite lactescente........ 105^1
Courants de haute fréquence et leur action........ 107^1
Diazoréaction d'Ehrlich........ 106^1
Diphtérie des plaies........ 108^2
Etranglement interne avec volvulus........ 107^1
Fièvre typhoïde et élimination des phosphates........ 106^1
Goutte et angine........ 105^3
Myocardite subaiguë primitive et asystolie progressive........ 107^1
Myosite suppurée primitive........ 108^1
Néphrite tuberculeuse diffuse........ 108^1
Néphrites interstitielles et coloration du sérum........ 105^3
Paralysie spinale antérieure aiguë........ 105^2
Permanganate de potasse contre les brûlures........ 108^3
Phlegmon gangreneux du scrotum et appendicite herniaire........ 104^3
Phosphates et leur élimination dans la pneumonie et dans la fièvre typhoïde........ 106^1
Phosphore organique dans la tuberculose pulmonaire........ 104^2
Pneumonie et élimination des phosphates........ 106^1
Précipitines........ 104^2 106^2
Pseudo-appendicite........ 105^1
Pseudo-hermaphrodisme........ 105^2
Pyurie et diagnostic de sa cause........ 103^3
Sang du fœtus humain........ 106^1
— et sa concentration après la suppression de l'élimination rénale........ 106^1
— humain et sa différenciation........ 104^2
Scarlatine........ 108^3
Sérothérapie de la scarlatine........ 108^3
Sérum et sa coloration dans les néphrites interstitielles........ 105^3
— gélatiné contre les anévrysmes 104^3 106^3
Sérums précipitants........ 104^2 106^2
Suppurations sous-phréniques........ 97^1
Traitement de l'anus vaginal........ 105^1
— de la scarlatine........ 108^3
— de la tuberculose pulmonaire........ 104^2
— des anévrysmes........ 104^3 106^3
— des brûlures........ 108^3
— des suppurations sous-phréniques 97^1
Tuberculose de l'oreillette........ 107^1
— pulmonaire........ 104^2
— rénale diffuse........ 108^1
Vaccine et son immunité........ 106^2
Variole et lésions de la peau, du poumon et du foie........ 106^2
Voix de fausset........ 106^1
Volvulus avec étranglement interne........ 107^1
Xiphopage chinois........ 104^3

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Carlier, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Jaboulay, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Albert Hoffa, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, est nommé professeur extraordinaire de chirurgie, en remplacement de M. J. Wolff, décédé.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Giulio Cesare Ferrari est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Costantino Ceraso est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

VARIA

Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes en 1902.

Le douzième Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Grenoble du 1er au 8 août prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Les tics en général;*

2° *Des états anxieux dans les maladies mentales;*

3° *Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal.*

NÉCROLOGIE

M. le docteur Crouzat, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur A. Jarisch, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur I. Lazarevitch, ancien professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Kharkov. — Sir Guyer Hunter, ancien membre du Parlement anglais. — M. le docteur Christian Fenger, professeur de chirurgie au Rush Medical College de Chicago.





Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

22e ANNÉE. — N° 14. Vingt centimes le numéro. 2 AVRIL 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — M. Edg. Hirtz : Les stomatites urémiques et leur diagnostic.. 109
SIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (tenu à Toulouse du 1er au 5 avril 1902.) — De l'insuffisance hépatique.......... 110
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — L'actinomycose humaine en France...... 114
A propos de la chloroformisation........... 114
Académie des sciences. — Sur une forme d'ostéomyélite grave polymicrobienne, non suppurative........ 115
Société de chirurgie. — Traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte.......... 115
La résection des canaux déférents contre l'hypertrophie de la prostate........... 115
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — L'opération par voie vaginale dans le traitement de la grossesse tubaire 115
Sur les injections interstitielles de vaseline. 115
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — L'emploi thérapeutique des injections gazeuses sous-cutanées........ 116
Emploi en chirurgie des injections sous-cutanées de sérum artificiel glycosé........ 116
Traitement prophylactique de la cachexie consécutive à l'évacuation d'épanchements abdominaux abondants........ 116
La constipation chez les nouveau-nés et son traitement par le cascara sagrada 116
Un procédé de traitement des vomissements de la grossesse.......... 116
VARIA. — Le nombre des étudiants en médecine inscrits en 1902 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France et leur répartition en nationaux et en étrangers.
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Actinomycose en France........ 114²
Affections cardiaques et chloroformisation... 114³
Anévrysmes de la crosse de l'aorte......... 115¹
Cachexie consécutive aux ponctions d'épanchements abondants 116²
Cascara sagrada contre la constipation du nouveau-né 116³
Chloroformisation et cardiopathies....... 114³
Constipation du nouveau-né 116³
Côtes cervicales........ 116¹
Grossesse tubaire 115²
Hypertrophie de la prostate........ 115²
Injections gazeuses sous-cutanées contre les phénomènes douloureux........ 116¹
— prothétiques de vaseline........ 115³
Insuffisance hépatique........ 110²
Mal de Bright et stomatites........ 109¹
Névralgies........ 116¹
Ostéomyélite aiguë polymicrobienne non suppurée........ 115¹
Résection des canaux déférents contre l'hypertrophie de la prostate........ 115²
Sérum artificiel glycosé et son emploi en chirurgie........ 116²
Stomatites brightiques........ 109¹
Traitement de la constipation du nouveau-né. 116³
— de l'hypertrophie de la prostate. 115²
— de l'ostéomyélite aiguë polymicrobienne non suppurée........ 115¹
— des anévrysmes de la crosse de l'aorte........ 115¹
— des grossesses tubaires........ 115²
— des névralgies........ 116¹
— des stomatites brightiques........ 109¹
— des vomissements de la grossesse 116³
— prophylactique de la cachexie consécutive aux ponctions d'épanchements abondants........ 116²
Vomissements de la grossesse........ 116³

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le respect de la propriété littéraire en matière de presse médicale.

Voici le rapport qui sera présenté sur ce sujet à la « Réunion internationale des délégués de la presse médicale » devant avoir lieu à Monte-Carlo du 7 au 9 avril prochain.

Comme le disait l'avocat général Paillard, dans un procès qui fit un certain bruit : « Que l'ouvrage paraisse dans tout son ensemble, ou par fragments ou par livraisons, peu importe ; or, le mode de publication par le journal est, à vrai dire, une publication par livraisons successives... S'il était une fois admis que la presse périodique est en dehors des règles de la propriété littéraire, il faudrait aller jusqu'aux dernières conséquences, et tout recueil hebdomadaire ou mensuel serait livré au pillage. »

Ainsi donc, les articles de journaux constituent des écrits dans le sens de la loi, et la propriété en appartient soit au journal seul, soit au journal et à l'auteur, suivant la nature des conventions qui les unissent. Néanmoins, certains jurisconsultes, ainsi que la Convention de Berne, distinguent entre les différents genres d'articles. La Convention d'Union, du 9 septembre 1886, dit que les articles de discussion politique, les nouvelles du jour et les faits divers peuvent être librement reproduits ; pour les autres articles, les auteurs ou éditeurs peuvent en interdire la reproduction par une mention expresse insérée dans le journal, sans quoi la reproduction est licite.

Si l'on applique cette législation à la presse technique, et en particulier à la presse médicale, on trouve que :

1° Les travaux originaux, les leçons, et généralement tous les articles de fond, sont, sans discussion possible, susceptibles d'un droit privatif : non seulement ils ne peuvent pas être reproduits ni traduits sans indication de la source, mais ils ne doivent pas l'être sans autorisation du journal.

Ces articles peuvent être analysés sans autorisation aucune, et, dans ce cas, il doit être fait mention de la source originale. Cependant, si l'analyse d'un travail ne porte que sur un point limité du sujet traité par l'auteur, il peut n'être fait mention que du nom de l'auteur.

2° Les autres articles : comptes rendus des Sociétés savantes et des Congrès, analyses ou résumés de travaux déjà publiés, lettres scientifiques, intérêts professionnels, etc., peuvent être reproduits ou traduits sans autorisation, à la condition expresse d'indiquer le périodique dont ils proviennent, et en même temps, pour les analyses, la source originale.

3° La reproduction des nouvelles, des faits médicaux, des varia et de tous autres renseignements de même nature, est absolument libre.

Nous estimons que la discussion pourrait utilement s'engager sur ces bases. Si nous nous sommes bornés à fournir des données un peu limitées, c'est à la seule fin que les débats ne s'écartent pas trop de ce qui touche aux droits et aux devoirs reconnus à la presse périodique dans les pays de l'Union.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Brault, professeur des maladies des pays chauds, est nommé professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.

M. le docteur Bruch, professeur de clinique chirurgicale, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur Vincent, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. le docteur Curtillet, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Ambrogio Cuneo, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Greifswald. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Otto Busse (*anatomie pathologique*); Rudolph Rosemann (*physiologie*).

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Oskar Ehrhardt est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Lemberg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Julius Marischler (*médecine interne*); Adam Szulislawski (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Friedrich Wanner est nommé privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Eugenio Arcolco est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Pasquale Sfameni est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Vincenzo Manzone est nommé privatdocent d'anatomie.

VARIA

Le nombre des étudiants en médecine inscrits en 1902 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France et leur répartition en nationaux et en étrangers.

Comme chaque année à pareille époque, on trouvera ci-dessous le relevé officiel des étudiants en médecine inscrits, au 15 janvier 1902, dans les Facultés et Ecoles de médecine de France; dans ce tableau, les élèves sont divisés, pour chaque Faculté, en deux groupes, français et étrangers :

		Français.	Etrangers.
Facultés de médecine.	Paris	3.142	419
	Bordeaux	649	16
	Lille	246	16
	Lyon	1.006	66
	Montpellier	353	188
	Nancy	238	32
	Toulouse	389	16
		6.023	753
Ecoles de médecine		1.095	11
		7.118	764

Ainsi donc, le total des étudiants en médecine s'élève pour l'année courante à 7,882. Si on compare ce nombre à celui des années antérieures,

Années.	Inscrits.	Différence avec l'année précédente.	
1891	6.212		
1892	7 069	+ 857	
1893	7.589	+ 520	
1894	8.897	+ 1,308	
1895	8 916	+ 19	
1896	8.373		— 543
1897	8 317		— 56
1898	8.316		— 1
1899	8.269		— 47
1900	8.230		— 39
1901	8.078		— 152
1902	7.882		— 196

on trouve que, depuis 1896, le total des étudiants inscrits a constamment diminué. Contrairement à ce qui s'était produit l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. XLVI), la diminution porte sur les deux groupes, ainsi que le prouvent les relevés suivants :

Années.	Français.	Etrangers.
1895	7.779	1.137
1896	7.319	1.054
1897	7.338	979
1898	7.408	908
1899	7.429	840
1900	7.413	817
1901	7.197	881
1902	7.118	764

Le tableau ci-dessous fait connaître le chiffre des étudiants étrangers par pays respectifs, de telle sorte qu'on peut voir comment s'est produite la diminution de cette catégorie d'élèves :

	896	1897	1898	1899	1900	1901	1902
Afrique et îles africaines	22	19	15	16	21	17	15
Allemagne	16	22	32	34	23	25	18
Alsace-Lorraine	8	»	»	»	9	20	1
Amérique centrale	12	»	12	14	8	7	8
— du sud	35	40	19	18	15	18	16
Antilles	30	29	22	14	18	12	11
Autriche-Hongrie	8	5	6	8	12	8	4
Belgique	8	10	6	6	7	5	1
Brésil	6	5	6	8	8	4	5
Bulgarie	147	158	152	147	132	123	101
Canada	3	»	1	2	3	2	2
Danemark	1	»	»	»	»	»	»
Egypte	12	8	9	14	11	10	10
Espagne	6	5	6	6	8	6	6
Etats-Unis	14	10	6	1	5	4	6
Grèce	45	40	44	34	38	38	36
Guyane	1	1	1	»	»	»	»
Iles-Britanniques	17	11	12	15	10	12	11
Italie	11	13	9	13	11	8	2
Luxembourg	12	10	9	8	6	4	4
Mexique	7	7	3	»	3	3	3
Pays-Bas	3	4	4	4	6	6	3
Perse	5	5	4	4	3	2	4
Portugal	9	10	9	7	4	3	3
Roumanie	108	97	81	76	74	61	65
Russie	314	280	263	226	228	333	308
Serbie	6	6	7	6	6	4	4
Suède et Norvège	2	2	3	3	3	3	2
Suisse	33	28	29	22	21	23	15
Tunisie	2	2	»	3	3	2	2
Turquie	151	151	138	131	121	118	98
Totaux	1.054	978	908	840	817	881	764

Comme nous l'avons expliqué à maintes reprises, la diminution des étudiants étrangers tient exclusivement à la mauvaise répartition des élèves qui ne sont guère enclins à venir en France pour être immatriculés dans une Faculté de province. La preuve que le diplôme français de docteur en médecine est toujours très recherché, c'est que le nombre des étudiants inscrits pour le diplôme universitaire de cet ordre, lequel ne donne pas le droit de pratique dans notre pays, va constamment en augmentant depuis sa création : 206 en 1900, 235 en 1901, 299 en 1902. C'est en vain que chaque année nous faisons remarquer cet état de choses fâcheux pour les étrangers qui viennent étudier en France, mais les mêmes errements persistent, comme le montre le tableau que voici :

Années.	Total des étrangers.	Paris.	Province.
1896	1.054	749 soit 71 %	305 soit 29 %
1897	979	657 — 67 %	322 — 33 %
1898	908	546 — 60 %	362 — 40 %
1899	840	486 — 58 %	354 — 42 %
1900	817	478 — 58.5 %	339 — 41.5 %
1901	881	474 — 53.8 %	407 — 46.2 %
1902	764	419 — 54.8 %	345 — 45.2 %

Nous dirons donc à nouveau qu'il appartient aux autorités universitaires de se préoccuper des préférences de nos amis éloignés, pour qui, tout comme pour nos compatriotes, d'ailleurs, Paris, avec ses richesses en établissements scientifiques et ses attraits de toutes sortes, restera toujours la ville idéale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

MÉDECINE

Brun (H. de). Etude sur les résonances tympaniques dans la pneumonie aiguë. (*Rev. de méd.*, nov.)

Burke (J.). Ueber angeborene Enge des Aortensystems. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.) — De l'étroitesse congénitale du système aortique.

Butler (G. R.). The diagnostics of internal medicine. In-8°, 1059 p. avec fig. Londres.

Caccini (V.). La ricerca dello iodio nelle urine. (*Policlinico*, 16 nov.)

Clemens. Zur Ehrlich'schen Dimethylamidobenzaldehydreaction. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.)

Domansky (H.) et **Reimann** (G.). Ueber die Külz'schen Cylinder und ihre Beziehungen zum diabetischen Koma. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 8-9.)

Gabriel (G.). Zur Diagnose des Aneurysmas der Arteria mesenraica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Albrecht (H.) et **Ghon** (A.). Ueber die Aetiologie und pathologische Anatomie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.)

Bing (L. H.). Draabeinfektionen ved ftisis. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — De la propagation de la tuberculose pulmonaire par des gouttelettes projetées pendant la toux.

Buro (P.). Studie über die Wechselfiebererkrankungen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 6 et 13 oct.) — Des affections paludéennes.

Cattaino (R. G.). Emoglobinuria da chinina nei malarici. In-8°, 32 p. Messine.

Duboucher (D.). Malaria et quinine. (*Bull. méd. de l'Algérie*, nov.)

Györy (T. von). Aetiologisches zum Morbus hungaricus. (*Wien. med. Presse*, 6 oct.)

Hagen (W.). Zur Epidemiologie der Masern. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — De l'épidémiologie de la rougeole.

Kleine (F. K.). Ueber Schwarzwasserfieber. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.) — De la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Leiner (K.). Ueber Influenza als Mischinfection bei Diphtherie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.)

Report of the medical officer of health on the Hong-Kong epidemic of bubonic fever (plague) during the half-year ending June 30th, 1901. In-8°, 35 p. Hong-Kong.

Schabad (J.). Die klinische Bacteriologie der Diphtherie; Beitrag zur Differentialdiagnose des Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillus. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 4.)

Schüder. Zur Aetiologie des Typhus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.)

Uriarte (L.). Sur les épidémies de peste bubonique à l'Assomption (Paraguay) et au Rosario (République Argentine). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Allchin (W. H.). A manual of medicine. Vol. III : Diseases of the nervous system. In-8°, 428 p. Londres.

Bäumlin (J.). Ueber familiäre Erkrankungen des Nervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.)

Blum (E.). Ueber die häusliche und Gemeindepflege der Irrsinnigen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 20 et 27 oct.) — De l'assistance familiale et communale des aliénés.

Bregman (L. E.). Reflexepilepsie bei spastischer Oesophagusstenose. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.)

Cimbal (W.). Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten im 4. Ventrikel. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 2.) — Des tumeurs du quatrième ventricule.

Donath (J.). Beiträge zur Lehre von der Amusie, nebst einem Falle von instrumentaler Amusie bei beginnender progressiver Paralyse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 oct.) — Contribution à l'étude de l'amusie; amusie instrumentale dans un cas de paralysie progressive au début.

Hauser (G.) et **Lortat-Jacob** (L.). Contribution à l'étude des paralysies psychiques. (*Rev. de méd.*, nov.)

Hirschkron (J.). Ueber Masturbation und ihre Behandlung. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — De la masturbation et de son traitement.

Hirt (W.). Beiträge zur Pathologie der Harnblase bei Tabes dorsalis und anderen Rückenmarkserkrankungen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 13 nov.) — Pathologie de la vessie dans le tabes et dans d'autres affections de la moelle épinière.

Mathis (C.). Un cas de migraine ophtalmoplégique (paralysie oculo-motrice périodique ou récidivante). (*Rev. de méd.*, nov.)

CHIRURGIE

Alessandrini (G.). Dei trapianti tendinei nella cura della paralisi spinale infantile. (*Arch. di ortopedia*, XVIII, 5 et 6.)

Anschütz (W.). Ueber Selbstverstümmelungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.) — Des mutilations volontaires.

Anzilotti (G.). Contributo allo studio dei processi suppurativi causati dal diplococco di Fränkel; artriti e mastoiditi primitive da pneumococco. (*Clinica moderna*, 20 et 27 nov.)

Baldassari (L.) et **Finotti** (R.). Trapianto sperimentale di lembi di peritoneo; nota preventiva. (*Riforma med.*, 29 nov.) — Transplantation expérimentale de lambeaux péritonéaux.

Baracz (R. von). Ein Beitrag zur Tracheoplastik. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 oct.)

Beck (C.). Ueber die Fractur des Processus coronoideus ulnae. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.) — Des fractures de l'apophyse coronoïde du cubitus.

Biagi (N.). Sulla cura chirurgica della nevralgia del trigemino. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 12.)

Borszéky (K.). Ileus durch Embolie der Arteria mesenterica superior. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.)

Braun (H.). Resection einer Narbenstrictur des Oesophagus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — Résection d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

Brunner (C.). Klinische Beobachtungen über Aetiologie und chirurgische Therapie der Magen-Duodenumperforation und Magenperitonitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.) — Observations cliniques sur l'étiologie et le traitement chirurgical des perforations de l'estomac et du duodénum, et de la péritonite d'origine gastrique.

Bryant (J. D.). Operative surgery. 3e éd. T. II. In-8°, 650 p. avec fig. Londres.

Bum (A.). Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Knochencallus. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 23 nov.) — Recherches expérimentales relatives à l'influence exercée par la congestion sur le développement du cal osseux.

Casper (L.). Die Verwertung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren-und Bauch-Chirurgie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 2 nov.) — Sur la valeur diagnostique de l'examen fonctionnel des reins dans la chirurgie rénale et abdominale.

Curcio (A.). I trapianti dei tendini in ortopedia. (*Riv. di ortoped. e terap. fisica*, nov.)

Delanglade. Implantation d'un fort couteau dans la base du crâne, à travers l'orbite. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

De Paoli (E.). Contributo allo studio della patologia e terapia del gozzo. In-8°, 81 p. Pérouse. — Pathologie et traitement du goitre.

Dunning (L. H.). Gallstone in the common duct; remarks upon the frequency, symptoms, diagnosis and treatment. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Concrétions biliaires dans le canal cholédoque.

D'Urso (G.). Cisti da echinococco del mesentere; estirpazione; guarigione. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 12.)

Enderlen. Ein Beitrag zur Chirurgie des hinteren Mediastinum. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — Chirurgie du médiastin postérieur.

UROLOGIE

Appel (J.). Ein Fall von Bakteriurie durch einen typhusähnlichen Bacillus bedingt. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.) — Un cas de bactériurie provoqué par un bacille ressemblant à celui d'Eberth.

Bazénerie. Traité des maladies des voies urinaires (canal de l'urèthre; prostate; vessie; traitement électrique et guérison). 2e éd. In-16, 150 p. avec fig.

Craciunescu (A.). Tuberkelbacillen in Fäden im klaren Urin. (*Wien. méd. Presse*, 8 sept.)

Delagrammatica (H.). Manière de laver l'urèthre antérieur et postérieur à l'exclusion de la vessie. (*Grèce méd.*, nov.)

Duhot (R.). Electrolyse et abcès urineux. (*Ann. de la policlinique centrale de Bruxelles*, oct.)

Ferraro (A.). Nuovo metodo di sutura per l'anastomosi dell'uretere reciso. (*Riforma med.*, 2 et 4 nov.)

König. Cancroid des Bulbus und der Pars nuda urethrae. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 11.)

Lohnstein (H.). Impotenz als Folge traumatischer Prostatitis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 27 nov.) — L'impuissance comme conséquence de la prostatite traumatique.

OPHTALMOLOGIE

Badal. Deux cas de greffe orbitaire par inclusion d'un œil de lapin après énucléation. (*Clinique ophtalmol.*, nov.)

Gonella (G.). Nuovo contributo alla eziologia delle congiuntiviti : congiuntiviti pseudomembranose con particolare riguardo alle infezioni successive della congiuntiva. In-8°, 25 p. Turin.

Guiot. Paralysies oculaires. (*Année méd. de Caen*, nov.)

Ischreyt (G.). Ueber Hornhautfremdkörper. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 oct.) — Des corps étrangers de la cornée.

Lohnstein (R.). Eine Methode zur objectiven Bestimmung der Refraction bei hochgradiger Myopie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 30 nov.) — Un procédé de détermination objective de la réfraction dans les cas de myopie excessive.

Wintersteiner. Ueber metastatische Ophthalmie bei Meningitis cerebrospinalis epidemica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Crockett (M. A.). Gynæcology; a manual. In-8°, 368 p. avec fig. Londres.

Davidsohn (G.). Zur Lehre von der Mola haematomatosa. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.)

Evans (D. J.). Obstetrics; a manual. In-8°, 430 p. avec fig. Londres.

Freund (H. W.). Zur erweiterten Freund'schen Operation bei Krebs der Gebärmutter. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — Traitement opératoire du cancer de l'utérus, d'après le procédé de Freund.

Goldspohn (A.). Indications, technique and remote results of salpingostomy and of resection and ignipuncture of ovaries, with records of 104 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Hall (R. B.). Indications for the combined vagino-abdominal operation for hysterectomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Herzfeld (K. A.). Ruptur des schwangeren Uterus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 nov.) — Rupture de l'utérus gravide.

Hyde (J. W.). Diseases and injuries of the cervix uteri and their treatment. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Ihm (E.). Zur Therapie der Extrauterinschwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — Traitement de la grossesse extra-utérine.

Ingraham (H. D.). Personal experience with uterine fibromyomata. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Jung (Ph.). Zur Frage der Malignität der soliden Embryome. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Kundrat (R.). Zur Tuberculose der Tuben und der Uterusmucosa. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.)

Küstner (O.). Das Princip der medianen Uterusspaltung, seine weitere Verwendung im Dienste operativer Massnahmen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 nov.) — Nouvelles applications de la section médiane de l'utérus en gynécologie opératoire.

La Torre (F.). Le indicazioni dell'isterectomia nelle infezioni puerperali e la cura di esse. (*Policlinico*, 23 nov.)

Lindenthal (O. Th.). Zur Entstehung der Tubarruptur. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Du mécanisme de la rupture de la grossesse tubaire.

Lomer (R.). Zur Therapie wiederholter Aborte und der Frühgeburt toter Kinder. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — Traitement de l'avortement habituel et des accouchements prématurés d'enfants mort-nés.

Löwenstein (H.). Klinisch-statistische Beiträge zur Puerperalfieberfrage. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.) — De la fièvre puerpérale.

Meyer-Ruegg (H.). Cave hymini! (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.)

Montgomery (E.). Practical gynecology. In-8°, 830 p. avec fig. Londres.

Nordmann (A.). Zur Frage der Placentaradhärenz. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.)

Orgler (E.). Zur Prognose und Indication der Ovariotomie während der Schwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.) — Pronostic et indications de l'ovariotomie pendant la grossesse.

PÉDIATRIE

Comby (J.). Dictionnaire d'hygiène des enfants. 2e éd. In-18, 454 p. avec fig.

Concetti (L.). Sull'atrofia primitiva infantile e sui varii generi di allattamento dal punto di vista della nuova teoria dei fermenti solubili. (*Policlinico*, 9 nov.)

Edwards (W. A.). Cyclopædia of the diseases of children. T. V. In-8°, 1330 p. Londres. — Encyclopédie des maladies des enfants.

Friedjung (J.). Einige Bemerkungen über die Lumbalpunction bei Meningitis tuberculosa. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 oct.)

Fürst (L.). Die Asomnie im Kindesalter. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 14 nov.)

Galli (G.). Della prima e seconda dentizione. In-8°, 60 p. Naples.

Kassowitz (M.). Alkoholismus im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 4.) — L'alcoolisme chez l'enfant.

Kien (G.). Zwei Fälle eigentümlicher Schwellung der Parotis bei Neugeborenen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 2.) — Deux cas singuliers de parotidite chez le nouveau-né.

Moro (E.). Biologische Beziehungen zwischen Milch und Serum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 oct.) — Rapports biologiques entre le lait et le sérum sanguin.

Reinbach (G.). Ueber Hämorrhoiden im Kindesalter und über das Wesen der Hämorrhoidalaffection überhaupt. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 30 nov.) — Des hémorrhoïdes chez les enfants, et de la nature de cette affection en général.

Rothschild (H. de). Pasteurisation et stérilisation du lait. In-16, 93 p. avec fig.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bocquillon-Limousin (H.). Formulaire des médicaments nouveaux. 13e éd. In-18, 332 p.

Carrière (G.). Des dangers de la médication thyroïdienne mal ou non surveillée. (*Nord méd.*, 1er nov.)

Cavazzani (G.). La rachicocainizzazione nella sciatica ed in altre forme nevrosiche. (*Riv. veneta di scienze med.*, XXXV, 5.)

Gilbert (A.) et **Yvon** (P.). Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie (ancien formulaire de Dujardin-Beaumetz). 14e éd. In-18, 750 p.

Jendrassik (E.). Doit-on traiter la fièvre et comment? (*Rev. de méd.*, nov.)

Kleine (F. K.). Ueber die Resorption von Chininsalzen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.) — De l'absorption des sels de quinine.

Lemoine (G.). Traitement des oreillons. (*Nord méd.*, 1er nov.)

Marx. Experimentelle Untersuchungen über die Beziehung zwischen dem Gehalt an Immunitätseinheiten und dem schützenden und heilenden Wert der Diphtherieheilsera. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.) — Recherches expérimentales sur les rapports qui existent entre la teneur des sérums antidiphtériques en unités antitoxiques et leur valeur préventive et curative.

Meyer (A.). Ueber das Fieber bei der Lungentuberculose und seine Behandlung. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — De la fièvre dans la tuberculose pulmonaire et de son traitement.

Raynaud (L.). Emploi du cacodylate de soude dans la lèpre. (*Bull. méd. de l'Algérie*, nov.)

Sollmann (T.). A textbook of pharmacology and some allied sciences. In-8°, 894 p. avec fig. Londres et Philadelphie.

BACTÉRIOLOGIE

Cahanesco. Contribution à l'étude de l'autopurification microbienne du vagin; expériences sur les animaux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Cornil. Leptothrix dans un noyau de pneumonie caséeuse et gangréneuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, oct.)

Gessard (C.). Variété mélanogène du bacille pyocyanique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Hölscher. Ueber die Differenz der histologischen Wirkung von Tuberkelbacillen und anderen diesen ähnlichen säurefesten Bacillen (Grasbacillus II Moeller, Butterbacillus Petri-Rabinowitsch, Thimotheebacillus Moeller). (*Münch. med. Wochensch.*, 17 sept.) — Sur la différence dans les lésions histologiques produites par le bacille de la tuberculose et par d'autres microorganismes qui lui ressemblent et qui résistent à l'action décolorante des acides.

Klebs (E.). Diplococcus semilunaris, ein Begleiter der Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er oct.) — La présence du diplocoque semi-lunaire dans les lésions tuberculeuses.

Kozai (Y.). Weitere Beiträge zur Kenntnis der natürlichen Milchgerinnung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.) — Nouvelles recherches sur la coagulation spontanée du lait.

Ostertag. Untersuchungen über den Tuberkelbacillengehalt der Milch von Kühen, welche auf Tuberculin reagirt haben, klinische Erscheinungen der Tuberculose aber noch nicht zeigen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.) — Recherches sur la teneur en bacilles de Koch du lait des vaches qui réagissent à l'égard de la tuberculine, sans encore présenter de symptômes de la tuberculose.

Pane (N.). Sull'importanza biologica dell'agglutinazione dei batteri. (*Riforma med.*, 26 nov.)

Tedeschi (E.). Assorbimento vegetativo dei batteri sui principii attivi del siero. (*Riforma med.*, 27 et 28 nov.)

Williams (H. W.). A manual of bacteriology. 2e éd. In-8°, 290 p. avec fig. Londres.

22e ANNÉE. — N° 15. Vingt centimes le numéro. 9 AVRIL 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRENTE ET UNIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE (tenu à Berlin du 2 au 5 avril 1902). — Du premier pansement sur le champ de bataille.......... 117
Du traitement des fractures à l'aide de la suture osseuse immédiate.......... 117
De la formation des moignons d'amputation 118
De l'implantation d'os mort avec ou sans périoste.......... 118
Nature et histogenèse du cancer.......... 119
Du traitement du cancer de l'intestin...... 120
De l'évolution du cancer de l'estomac avec ou sans traitement chirurgical.......... 120
De l'abcès sous-diaphragmatique.......... 120
Du traitement des foyers infectieux de la cavité abdominale.......... 121
Des complications pulmonaires dans l'appendicite.......... 122
De la torsion des organes abdominaux..... 122
Remplacement de l'extrémité inférieure du radius par la première phalange du gros orteil.......... 122
SIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (tenu à Toulouse du 1er au 5 avril 1902). — De l'insuffisance hépatique.......... 122
Des convulsions de l'enfance.......... 123
Des médicaments d'épargne.......... 126
Sur la nature et le traitement des affections parasyphilitiques.......... 127
Valeur pronostique de l'examen bactériologique des crachats tuberculeux.......... 127
Endocardite dysentérique.......... 128
Sur le diagnostic de variété, dans les anévrysmes de l'aorte, d'après les caractères du pouls aortique.......... 128
Sur la tension superficielle des liquides de l'organisme humain.......... 128
Sur le diagnostic de l'aortite abdominale... 128
Sur les abcès de fixation.......... 128
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Sur le xiphopage hindou Radica-Doodica. 128
De l'emploi du lait de chèvre dans l'alimentation des enfants.......... 128

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès de fixation.......... 128²
— sous-diaphragmatique.......... 120³
Affections parasyphilitiques.......... 127²
Anévrysmes de l'aorte et pouls aortique.... 128¹
Aortite abdominale.......... 128¹
Appendicite.......... 121¹
— et complications pulmonaires.... 122¹
Cancer de l'estomac.......... 120²
— de l'intestin.......... 120¹
— et sa nature.......... 119¹
Convulsions de l'enfance.......... 123²
Crachats tuberculeux au point de vue du pronostic.......... 127³
Diphtérie.......... 128³
Dysenterie et endocardite.......... 128¹
Endocardite dysentérique.......... 128¹
Fractures.......... 117³
Insuffisance hépatique.......... 122²
Lait de chèvre dans l'alimentation des enfants 128³
Liquides de l'organisme et leur tension superficielle.......... 128¹
Médicaments d'épargne.......... 126³
Moignons d'amputation.......... 118³
Os mort et son implantation.......... 118³
Pansement sur le champ de bataille.......... 117¹
Péritonites.......... 121¹
Pouls aortique dans les anévrysmes de l'aorte.......... 128¹
Première phalange du gros orteil pour remplacer l'extrémité inférieure du radius.... 122¹
Radica-Doodica et leur séparation.......... 128²
Sérothérapie préventive de la diphtérie..... 128³
Suture osseuse immédiate contre les fractures.......... 117³
Tabes sénile.......... 127²
Tissu élastique et réparation du tissu osseux 122¹
Torsion des organes abdominaux.......... 122¹
Traitement de l'abcès sous-diaphragmatique. 120³
— de l'appendicite.......... 121¹
— des affections parasyphilitiques.. 127²
— des fractures.......... 117³
— des péritonites.......... 121¹
— du cancer de l'estomac.......... 120²
— — de l'intestin.......... 120¹
— prophylactique de la diphtérie... 128³
Tuberculose pulmonaire et son pronostic.... 127³
Vésicatoire et leucocytose qu'il produit..... 128²
Xiphopage hindou.......... 128²

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Martin Ficker (*hygiène*); Richard Henneberg (*neurologie et psychiatrie*); Karl Kaiserling (*anatomie pathologique*); Erich Opitz (*gynécologie*).

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Leo Liebermann, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire d'hygiène, en remplacement de M. von Fodor, décédé.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Carmelo Addosio, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Göttingue. — M. le docteur Jenkel est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur L. Wullstein est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Heinrich Eggeling, privatdocent à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Roman Rencki est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Carmine Grossi est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Raffaele Cimmino est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Giovanni Masnata, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Carlo Fedeli, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de pathologie médicale.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Rudolf Kimla (*anatomie pathologique*); Franz Scherer (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur M. Wolters, privatdocent à la Faculté de médecine de Bonn, est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Sassari. — M. le docteur Nicolino Federici est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Orazio Modica est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Karl Biehl est nommé privatdocent d'otologie.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur George C. Stout est nommé professeur d'otologie, en remplacement de M. B. Alexander Randall, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Adolphe Henrot, ancien suppléant à l'Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur Giovanni Inzani, ancien professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur E. Long Fox, ancien lecteur de médecine et d'anatomie pathologique à l'University College de Bristol. — M. le docteur I. M. Balinski, ancien professeur de psychiatrie à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Wosskressenski, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur E. Mott Moore, professeur émérite de chirurgie à l'Université de Buffalo. — M. le docteur W. W. Johnston, ancien professeur de médecine au Medical Department of Columbian University de Washington. — M. le docteur George W. Cushing, lecteur de gynécologie à Long Island College Hospital de Brooklyn.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.



LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(Pepsine végétale tirée du Carica Papaya)

LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger sous les formes suivantes :

L'**Elixir Trouette-Perret** à la *Papaïne* (un verre à liqueur après chaque repas).
Le **Sirop Trouette-Perret** à la *Papaïne* (une cuillerée à bouche après chaque repas).
Les **Cachets Trouette-Perret** à la *Papaïne* (deux cachets après chaque repas).

Contre les **MALADIES D'ESTOMAC, GASTRITES, GASTRALGIES VOMISSEMENTS, DYSPEPSIES**
Pour la **DIARRHÉE DES ENFANTS** de 1 à 2 cuillerées à café de sirop après chaque repas.

POUDRE DE VIANDE
Diastasée
DE TROUETTE-PERRET



FORMULE
Poudre de Viande. 3/5
Lactine 1/5
Malt de Lentilles.. 1/5

Nous recommandons tout spécialement à MM. les Docteurs notre *Poudre de Viande diastasée,* que nous garantissons SANS ODEUR NI SAVEUR et d'assimilation très facile.

L'addition de Lactine et de Poudre de Lentilles germées constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne, et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

DOSE : De une à deux cuillerées à bouche délayées dans du chocolat, du lait, du bouillon, de l'eau sucrée, ou du punch, grog, etc. Répéter cette dose de deux à six fois par jour, suivant l'effet que l'on désire obtenir.

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Étranger. — Vente en Gros à PARIS : TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels.

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE PELLETIER

ou des TROIS CACHETS

Ces Capsules, de la grosseur d'un pois, contiennent dix centigrammes de sulfate de quinine, garanti par l'inscription, sur chacune d'elles, du nom de PELLETIER elles s'entr'ouvrent en quelques minutes dans l'eau froide, ne durcissent pas comme les pilules, s'avalent plus facilement que les cachets. Le prix pour le pharmacien est de **six centimes** la capsule par flacon de 100; il peut les détailler au gré du médecin.

LES SELS SUIVANTS :

Bi-Sulfate de Quinine	Chlorhydro-Sulfate de Quinine
Bromhydrate de Quinine	Lactate de Quinine
Bi-Chlorhydrate de Quinine	Salicylate de Quinine
Chlorhydrate de Quinine	Valérianate de Quinine

Se délivrent également en Capsules de 10 centigrammes, mais leur prix varie suivant les cours.

Dépôt principal : Pharm^cie VIAL, 1, rue Bourdaloue, et toutes Pharm^cies

---

L'Apioline exerce son action sur le système circulatoire, en déterminant des phénomènes de congestion vasculaire et d'excitation, en même temps que sur la contractibilité de la fibre musculaire lisse de la matrice.

APIOLINE CHAPOTEAUT

Ne pas confondre avec l'Apiol

Administrée 2 à 3 jours avant l'apparition des règles, à la dose de 2 à 3 capsules de 20 centigr. par jour, prises aux repas, l'*Apioline* rappelle et régularise le flux mensuel.

DÉPOT PRINCIPAL : Pharmacie VIAL
1, rue Bourdaloue, PARIS

AMÉNORRHÉE — DYSMÉNORRHÉE

CAPSULES DE

LÉCITHINE VIAL

(PHOSPHORE ASSIMILABLE DE L'ŒUF)

à 0 gr. 05 de Lécithine pure par capsule.

La lécithine, grâce à son action spécifique sur les déperditions phosphatiques et à son influence remarquable sur les échanges nutritifs, est nettement indiquée dans la *Tuberculose, Neurasthénie, Surmenage, Convalescence, Chloro-Anémie, Rachitisme, Croissance, Diabète, Phosphaturie.*

Les CAPSULES DE LÉCITHINE VIAL qui renferment la lécithine à l'***état soluble,*** ont l'avantage de masquer la saveur âcre et écœurante que les solutions, sirops, granulés, etc. de ce produit ne parviennent pas à atténuer.

DOSES : ADULTES : **3** capsules par jour; — ENFANTS : **1** capsule par jour.
Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

TOLU LE BEUF

ÉMULSION CONCENTRÉE

Ce produit a sur les autres préparations de **Baume de Tolu** *l'avantage de contenir, sous une forme aisément absorbable,* **l'ensemble des principes actifs** *de ce médicament.* (Com. Thér. du Codex, du Professeur **GUBLER**, 2e édit., p. 314.)

Doses : Une ou deux cuillerées à café, deux ou trois fois par jour, dans de l'eau ou du lait chaud sucrés, un lait de poule ou une tisane appropriée. — Le flacon : **2 fr. 50.**

SE MÉFIER DES IMITATIONS

Xéroforme Remplace avantageusement l'**Iodoforme sans en avoir l'odeur.** Il n'est pas toxique et ne produit **jamais d'eczéma.** — C'est un bon **analgésique** et **hémostatique** et un **épidermisant** infiniment **supérieur à l'Iodoforme**; un remède éminemment **siccatif** et **désodorisant.** Il possède une action spécifique dans la guérison des **Ulcères** de **Jambes** et des **Eczémas humides.**
Notice et Renseignements : **L. BARBERON,** *15, Place des Vosges, PARIS.*

Polyglycérophosphate Granulé Freyssinge

Contenant par cuillerée à café de sucre granulé 25 centigrammes de glycérophosphate composé (chaux, soude, fer et magnésie). — C'est le meilleur reconstituant à donner aux enfants et aux adolescents anémiques, chlorotiques ou surmenés.
Le flacon, **4** *fr.,* **rue de Rennes, 105, Paris,** et les Pharmacies

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)
SOURCE BADOIT
L'EAU DE TABLE SANS RIVALE.— La plus Légère à l'Estomac.
DÉBIT DE LA SOURCE : 30 Millions de Bouteilles PAR AN
Déclarée d'Intérêt Public *Décret du 12 Août 1897.*

LANOLINE LIEBREICH
Seule Graisse { *Se combinant avec l'eau; Ne rancissant jamais; Absolument aseptique et stérile.*
LANOLINE MARQUE DÉPOSÉE — SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO
Préparé à l'aide de macérés de **VIANDE CRUE** hachée, il trouve dans la *zomothérapie* une nouvelle raison de son efficacité : Prescrit aux *Phtisiques, Anémiques,* etc... dont il réveille l'appétit et rétablit les forces.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, Place des Vosges* et Pharmacies.

EAU PURGATIVE NATURELLE DE VILLACABRAS
La plus active de toutes les eaux purgatives connues.
Purge à très petite dose, n'est pas amère, n'exige pas de régime.

VIN DE BUGEAUD
TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO
Dépôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, 5, PARIS

CARBONATE de GAIACOL VIGIER
en **CAPSULES** de **0,10** cent. — Dose : 2 à 6 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts
St LÉGER
GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Rapport favorable de l'Académie de Médecine.
VINAIGRE DE PENNÈS
Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique
Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiq. & contagieuses
Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels** du **FOIE**, la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIÈVRES INTERMITTENTES** les **Cachexies** d'origine **paludéenne** et consécutives au long séjour dans les pays chauds
On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de
BOLDO-VERNE
ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE
Dépôt : **VERNE,** Professeur à l'École de Médecine GRENOBLE (FRANCE)
Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger

CÉRÉBRINE
(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)
Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès.
MIGRAINES, NÉVRALGIES, Vertige stomacal, Coliques menstruelles. Fl. 5 fr. et 3 fr.
C. BROMÉE et C. IODÉE : Neurasthénie, Névroses, États congestifs du cerveau. Fl. 5 fr.
C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau, sciatiques et autres, rebelles à *tous traitements antérieurs.* Fl. 6 fr.
C. QUINIÉE : Grippe, Influenza, Coryza, Fièvres éruptives Fl. 5 fr
E. FOURNIER, 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris et Phies.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris — Imprimerie de la *Semaine Médicale,* 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, TUBERCULOSE RACHITISME, DIABÈTE, SURMENAGE, ETC.

LÉCITHOSINE ROBIN

LÉCITHINE NATURELLE CHIMIQUEMENT PURE
Extraite du Jaune d'Œuf
Contient environ 4 % de Phosphore entièrement assimilable
Se prépare sous deux formes différentes :

LÉCITHOSINE GRANULÉE ROBIN

d'une **ASSIMILATION** et d'un **GOUT TRÈS AGRÉABLE**

(Contient 0 gr. 05 de Lécithine naturelle chimiquement pure, par cuillerée à café.)

DOSES JOURNALIÈRES { Enfants : 1 à 2 cuillerées à café. Adultes : 2 à 5 cuillerées à café.

PILULES DE LÉCITHOSINE ROBIN

Ces Pilules, d'un très petit volume et d'une **DISSOLUTION PARFAITE DANS L'ESTOMAC,** *sont dosées à 0 gr. 05 de Lécithine naturelle chimiquement pure.*

DOSES JOURNALIÈRES { Enfants : 1 à 2 pilules. Adultes : 2 à 5 pilules.

VENTE EN GROS : **ROBIN,** 13, Rue de Poissy, PARIS.

22e ANNÉE. — N° 16. Vingt centimes le numéro. 16 AVRIL 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

MÉDECINE PRATIQUE. — La numération des leucocytes du sang comme moyen de diagnostic de la présence de pus et, en particulier, des suppurations pelviennes 129

SIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (tenu à Toulouse du 1er au 5 avril 1902). — Le pouls instable dans l'hypotension artérielle 129
Du diabète dans ses rapports avec la cirrhose atrophique 130
Sur l'existence de leucomaïnes diabétogènes 130
Sur l'action utéro-motrice de quelques substances injectées dans l'espace sous-arachnoïdien 130
Sur les tics 130
Sur les prétendus rapports du béribéri et du paludisme 130

TRENTE ET UNIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE (tenu à Berlin du 2 au 5 avril 1902). — Recherches expérimentales sur la péritonite par épanchement du contenu stomacal 130
Le traitement opératoire des hémorrhagies dans l'ulcère stomacal 130
De l'ulcère peptique du jéjunum après la gastro-entérostomie 131
De la greffe intestinale au niveau de l'estomac 131
L'entérostomie dans la péritonite 131
Sur l'antipéristaltisme 131
De la dilatation cæcale en cas d'obstruction du gros intestin 131
Traitement chirurgical de la constipation chronique 131
Du traitement opératoire du prolapsus rectal volumineux 131
Sur la pathologie des troubles de la circulation dans les vaisseaux mésentériques 131
De l'opération de Talma 132
De la ligature des vaisseaux du foie 132
Sur l'obturation des plaies du cholédoque 132
Des limites de la néphrectomie et du diagnostic de la néphrite d'après les résultats de la cryoscopie du sang 132
Les papillomes du bassinet 132
De la néphrotomie exploratrice 132
Valeur clinique de l'examen du sang 132
Quelques cas de chirurgie cérébrale 133
Du sérum antistreptococcique 133
De la thyroïdite aiguë non suppurée 133
La péri-arthrite scapulo-humérale 133
Un cas de plaie du cœur par coup de revolver 133
De la valeur séméiologique de la douleur 134
Sur l'innervation du muscle carré du menton 134

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Les dangers des préparations mercurielles dans la fièvre typhoïde 134
La perception du radium dans la cécité 134
Société de chirurgie. — De l'intervention dans les cas de grossesse compliquée de fibrome 134
Plaie pénétrante du rachis par arme blanche, avec écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien 134
Société médicale des hôpitaux. — Grande dilatation du cœur, action dissociée de la digitale et rythme couplé 134
Paraplégie spasmodique due à une compression de la moelle dorsale par un endothéliome 135
Sur un cas de fièvre typhoïde avec phénomènes spinaux 135
De l'emploi thérapeutique des composés organiques de mercure 135

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Un cas de mélanosarcomes multiples 135
Quelques cas de chirurgie cérébrale 135
Lettres d'Autriche. — Du cancer du pénis 135
Erythromélie localisée au côté gauche du corps 136
Traitement prothétique de l'ensellure du nez par les injections de vaseline 136

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement de l'érysipèle par la lumière rouge 136
La zomothérapie de la tuberculose pulmonaire chez les enfants 136
Les lavages de l'estomac avec une solution de nitrate d'argent comme cholagogue 136
L'ichtyol contre la bronchite chronique chez les enfants 136

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Alcaloïdothérapie de l'insuffisance hépatique. 130^2
Antipéristaltisme .... 131^2
Ascite .... 132^1
Béribéri et paludisme .... 130^2
Bronchite chronique des enfants .... 136^3
Cancer de la verge .... 135^3
Chirurgie cérébrale .... 133^1 135^2
Cirrhose atrophique et diabète .... 130^1
Constipation chronique .... 131^2
Cryoscopie du sang dans les néphrites .... 132^2
Diabète et cirrhose atrophique .... 130^1
— et leucomaïnes .... 130^1
Digitale et rythme couplé du cœur .... 134^3
Dilatation du cæcum et obstruction du gros intestin .... 131^2
Douleur et sa valeur séméiologique .... 134^1
Dyspepsies rebelles .... 134^2
Embolies mésentériques .... 131^3
Endothéliome intra-rachidien .... 135^1
Entérostomie en cas de péritonite .... 131^2
Erysipèle .... 136^1
Erythème scarlatiniforme paludéen .... 135^2
Erythromélie localisée à une moitié du corps 136^1
Fibromes compliquant la grossesse .... 134^2
Fièvre typhoïde avec phénomènes spinaux .... 135^1
— — et traitement mercuriel .... 134^1
Gastro-entérostomie et ulcère peptique du jéjunum .... 131^1
Greffe intestinale au niveau de l'estomac .... 131^1
Grossesse compliquée de fibrome .... 134^2
Hémorrhagies par ulcère stomacal .... 130^3
Hémorrhoïdes .... 134^1
Hydronéphrose intermittente .... 132^3
Hypotension artérielle et pouls instable .... 129^3
Ichtyol contre la bronchite chronique des enfants .... 136^3
Injections médicamenteuses sous-arachnoïdiennes et leur action utéro-motrice .... 130^2
— prothétiques de vaseline .... 136^1
Insuffisance hépatique .... 130^2
Leucocytose en cas de suppuration .... 129^1 132^3
Leucomaïnes diabétogènes .... 130^1
Ligature des vaisseaux du foie et ses effets .... 132^1
Lithiase intestinale .... 130^2
Lumière rouge contre l'érysipèle .... 136^1
Mélanosarcomes multiples .... 135^2
Mercure dans la fièvre typhoïde .... 134^1
— et ses composés organiques .... 135^2
Muscle carré du menton et son innervation .... 134^1
Néphrites .... 132^2
Néphrotomie exploratrice .... 132^3
Nitrate d'argent en lavages de l'estomac comme cholagogue .... 136^3
Obstruction du gros intestin et dilatation du cæcum .... 131^2
Opération de Talma .... 132^1
Paludisme et béribéri .... 130^2
Papillomes du bassinet .... 132^2
Paraplégie spasmodique par compression médullaire .... 135^1
Péri-arthrite scapulo-humérale .... 133^3
Péritonite .... 131^2
— par épanchement du contenu stomacal .... 130^3
Plaie du cœur par coup de revolver .... 133^3
— pénétrante du rachis par coup de couteau .... 134^2
Plaies du cholédoque .... 132^2
Pouls instable et hypotension artérielle .... 129^3
Prolapsus rectal volumineux .... 131^3
Radium et sa perception dans la cécité .... 134^1
Rupture intrapéritonéale de la vessie .... 134^1
Rythme couplé du cœur et digitale .... 134^3
Sang et sa cryoscopie dans les néphrites .... 132^2
— et son examen clinique .... 129^1 132^3
Sérum antistreptococcique .... 133^1
Suppurations et leur diagnostic .... 129^1 132^3
Syphilis .... 135^2
Thyroïdite aiguë non suppurée .... 133^2
Tics .... 130^2
Traitement chirurgical de la constipation chronique .... 131^2
— — de l'ascite .... 132^1
— — des dyspepsies rebelles .... 134^2
— — des hémorrhagies par ulcère de l'estomac .... 130^3
— de la bronchite chronique des enfants .... 136^3
— de la péritonite .... 131^2
— de la syphilis .... 135^2
— de la tuberculose pulmonaire chez les enfants .... 136^2
— de l'érysipèle .... 136^1
— des embolies mésentériques .... 131^3
— des hémorrhoïdes .... 134^1
— des plaies du cholédoque .... 132^2
— — pénétrantes du rachis .... 134^2
— du prolapsus rectal volumineux .... 131^3
Tuberculose pulmonaire chez les enfants .... 136^2
Ulcère peptique du jéjunum après la gastro-entérostomie .... 131^1
Zomothérapie chez les enfants .... 136^2

NÉCROLOGIE

M. le docteur Rendu, médecin des hôpitaux et agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur B. Robert, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Barcelone. — M. le docteur Hans Buchner, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Josef Schöbl, professeur d'ophtalmologie à la Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur R. M. Bruzelius, ancien professeur de pathologie et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Stockholm. — M. le docteur George M. Warner, professeur de matière médicale et de thérapeutique au Louisville Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bull (P.). Nok et tilfælde af mikrokephali. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.)

Hirschfeld (H.). Ueber die Entstehung der Blutplättchen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 2.) — De l'origine des plaquettes sanguines.

Külbs (F.). Flimmerepithel in einem Magencarcinom und seinen Metastasen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Epithélium vibratil dans un carcinome de l'estomac et dans ses métastases.

Landsteiner (K.). Ueber degenerative Veränderungen der Nierenepithelien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Les altérations dégénératives de l'épithélium rénal.

Meyer (E.). Ueber scheinbare metaplastische Veränderungen an Epithelien der Uterus-Drüsen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 2.) — Les altérations métaplastiques apparentes de l'épithélium des glandes utérines.

Pigg (T. S.). Clinical pathology and practical morbid histology. 2e éd. In-8°, 107 p. Londres.

Störk (O.). Ueber Nierenveränderungen bei Lues congenita; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Des altérations rénales dans la syphilis congénitale.

Stravoskiadis (Ch.). Ueber die Bildung und Rückbildung von Deciduagewebe im Peritoneum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — De la formation et de la métamorphose régressive des cellules de la caduque dans le péritoine.

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section d'anatomie pathologique, de bactériologie et de parasitologie [compte rendu officiel]. In-8°, 578 p. avec fig.

Weichselbaum (A.) et **Stangl** (E.). Zur Kenntnis der feineren Veränderungen des Pankreas bei Diabetes mellitus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Contribution à l'étude des altérations fines du pancréas dans le diabète sucré.

Wolff (B.). Beiträge zur pathologischen Histologie der Ovarien, mit besonderer Berücksichtigung der Ovarial-Cysten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 2.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Baumgarten (P.). Ueber das Verhältnis von Perlsucht und Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 sept.) — Des rapports qui existent entre la pommelière et la tuberculose.

Bentivegna (A.). Contributo allo studio della fisiopatologia della milza; le alterazioni sperimentali del fegato e del rene consecutive alla splenectomia. (*Sperimentale*, LV, 4.)

Brucauff (O.). Ueber die Heilungs-Vorgänge bei disseminirten infectiösen Nephritiden, insbesondere bei der Pyelonephritis ascendens. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 2.) — Du processus de guérison dans les néphrites infectieuses diffuses, et surtout dans la pyélonéphrite ascendante.

Busse (O.). Ueber die Säurevergiftung beim Diabetes mellitus. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 sept.) — De l'intoxication acide dans le diabète.

Ehrlich. Die Schutzstoffe des Blutes. (*Wien. med. Presse*, 6 oct.) — Les substances protectrices du sang.

Festa (E.). Influenza del fegato sul passaggio dell'acido ossalico alimentare nelle orine; ricerche sperimentali. In-8°, 8 p. Avellino.

Levin (I.). Pathological physiology of the animal heat economy and its relation to the modern theories of fever. (*Med. Record*, 21 sept.)

Mohr (L.). Zur Frage der Zuckerbildung aus Fett in schweren Fällen von Diabetes mellitus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 sept.) — La formation du sucre aux dépens de la graisse dans les cas graves de diabète.

Park (R.). The nature of the cancerous process. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 sept.)

Schütze (A.). Weitere Beiträge zum Nachweis verschiedener Eiweissarten auf biologischem Wege. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.) — Nouvelles recherches sur la différenciation des albumines au moyen de la réaction biologique.

Weichardt (W.). Recherches sur l'antispermotoxine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

MÉDECINE

Aboulker (H.). Fièvre ganglionnaire et adénoïdite aiguë. (*Bull. méd. de l'Algérie*, nov.)

Adler (E.). Ueber die Beteiligung der verschiedenen Arten der Leukocyten bei plötzlichem Abfall derselben im Verlaufe der myelogenen Leukämie. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 8-9.) — De la participation des diverses sortes de leucocytes à la diminution subite de leur nombre au cours de la leucémie myélogène.

Baccelli (G.). Dell'ileotifo. (*Gazz. degli Osped.*, 27 oct.)

Bartel (J.). Zur Aetiologie und Histologie der Endocarditis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.)

Blum (F.). Ueber Nebennierendiabetes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.) — Du diabète surrénal.

Braun (L.). Die Entstehung des ersten Tones an der Herzbasis. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 2 nov.) — De l'origine du premier bruit à la base du cœur.

Brouardel (P.) et **Gilbert** (A.). Traité de médecine et de thérapeutique. T. VIII : maladies des plèvres et du médiastin; maladies de l'axe cérébro-spinal. In-8°, 848 p. avec fig.

Brugnola (A.). Il bilancio organico dei pellagrosi. (*Policlinico*, 2 nov.)

Hamel. Klinische Beobachtungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.) — Remarques cliniques sur deux cas de maladie d'Addison, en particulier au point de vue hématologique.

Hawthorn (E.). Kyste hydatique primitif de la plèvre; pleurésie purulente. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Hoke (E.). Ueber den Stickstoffgehalt der roten Blutzellen bei Anämien und bei der Chlorose. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 8-9.) — De la teneur des érythrocytes en azote dans les anémies et dans la chlorose.

Jaksch (R. von). Multiple Periostaffection und an myelogene Leukämie mahnender Blutbefund. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 8-9.)

Link (R.). Untersuchungen über die Entleerung des Magens bei verschiedenen Lagen des Körpers. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.) — Recherches sur l'évacuation de l'estomac dans les différentes positions du corps.

Osler (W.). The principles and practice of medicine. 4e éd. In-8°, 1182 p. Edimbourg et Londres.

Recueil des travaux de la Société de médecine du Loiret (année 1901, 1er semestre). In-8°, 51 p. avec fig. Orléans.

Rössler (K.). Ueber das Vorkommen von Zucker im Stuhle der Diabetiker. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 8-9.) — De la présence du sucre dans les fèces des diabétiques.

Strupplér (Th.). Ueber alternirenden En- und Exophthalmus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.)

Türk (W.). Beiträge zur Diagnostik der Concretio pericardii und der Tricuspidalfehler. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 et 26 sept. et 3 oct.)

Walko (K.). Ueber den therapeutischen Wert und die Wirkungsweise des Aderlasses bei Urämie. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 8-9.) — De la valeur thérapeutique et du mode d'action de la saignée dans l'urémie.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Nalbandoff (S.). Zur Frage der Pathogenese von Rückgratsverkrümmungen bei Syringomyelie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.) — Pathogénie de la scoliose dans les cas de syringomyélie.

Pansini (S.). Su di una sindrome cerebellare con anartria da malaria acuta. (*Riforma med.*, 16, 18, 19, 20 et 21 nov.)

Patella (V.). Studio anatomo-patologico e clinico sul policlono. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 12.)

Pieri (A.). Intorno alla patogenesi del delirio acuto. (*Riforma med.*, 9 et 12 nov.)

Rolly. Weiterer Beitrag zur congenitalen Muskelstarre. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 3-4.) — Nouvelle contribution à l'étude de la rigidité musculaire congénitale.

Sarbó (A. von). Ein Fall von Dystrophia musculorum progressiva (Schulterarmtypus). (*Pest. med.-chir. Presse*, 27 oct.)

Tozzi (A.). Il riflesso cremasterico. (*Riforma med.*, 6 et 7 nov.)

Wiebe (A.). Ueber hysterische Taubheit. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 2-3.) — De la surdité hystérique.

Zappert (J.). Kinderrückenmark und Syringomyelie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — La moelle épinière de l'enfant et la syringomyélie.

CHIRURGIE

Fritzsche (C.). Ueber Unterkieferprothesen und über einen neuen künstlichen Unterkiefer. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — De la prothèse du maxillaire inférieur.

Gardner (H. B.). The asphyxial factor in anæsthesia. In-8°, 63 p. Londres.

Giannettasio (N.). Nuovo processo di nefropessia; nota preventiva. (*Riforma med.*, 25 nov.)

Goldmann (E.). Zur Pathogenese und Therapie des Keloids; ein Beitrag zur Pathologie der Narbe. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.)

Hammer. Zur Kasuistik der Leberverletzungen mit Beteiligung grosser Gallenwege. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.) — Des traumatismes du foie avec participation des grosses voies biliaires.

Hermes. Zur praktischen Verwertbarkeit der Netzplastik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — Utilisation de l'épiploon en autoplastie et sa valeur pratique.

Hotchkiss (L. W.). Acute intestinal obstruction following appendicitis; a report of three cases successfully operated upon. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Trois cas d'occlusion intestinale par appendicite, opérés avec succès.

Ill (E. J.). Report of a case of acute pancreatitis and fat necrosis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Un cas de pancréatite aiguë avec nécrose du tissu graisseux.

Kammerer (F.). Cervical ribs. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Côtes cervicales.

Kühner (A.). Neue Beiträge zur Würdigung der Intussusception in klinischer und forensischer Beziehung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 25 nov.) — Nouvelles recherches sur la signification de l'intussusception au point de vue clinique et médico-légal.

Lengemann (P.). Statistisches über Chloroformverbrauch. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.)

Lieblein (V.). Zur retrograden Bougierung der entzündlichen Mastdarmverengerungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.) — Du cathétérisme rétrograde dans les rétrécissements inflammatoires du rectum.

McMurtry (L. S.). Some observations on the surgery of the spleen. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — A propos de la chirurgie de la rate.

Mertens. Eine seltene Verletzung des Fussgelenkes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — Traumatisme rare de l'articulation du pied.

Muscatello (G.) et **Ottaviano** (J.). Ueber die Staphylokokken-Pyämie : Pathogenese der Pyämie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 2.)

Phocas. Inflammations et tumeurs de la mamelle. (*Nord méd.*, 15 nov.)

Price (J.). Early operations in appendicitis, and method. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Traitement opératoire précoce de l'appendicite.

Probyn-Williams (R. J.). A practical guide to the administration of anæsthetics. In-8°, 211 p. avec fig. Londres.

Ricketts (E.). Sarcoma of the breast. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Sarcome du sein.

Rushmore (J. D.). Anorectal transplantation. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Schloffer (H.). Zur operativen Ausschaltung entzündlicher Mastdarmstrikturen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.) — De l'exclusion opératoire des sténoses inflammatoires du rectum.

Schüller (H.). Zur Kasuistik und Chirurgie des primären Carcinoms der Papilla Vateri. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.)

Sthamer (E.). Zur Frage der Entstehung von Magengeschwüren und Leberinfarcten nach experimentellen Netzresectionen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — Sur la formation d'ulcères de l'estomac et d'infarctus du foie après résection expérimentale de l'épiploon.

Tavel (E.). Durchwanderungs-Peritonitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Péritonite due au passage de microbes à travers les parois d'un organe avoisinant le péritoine.

Turazza (G.). Occlusione intestinale da carcinoma del crasso. (*Riforma med.*, 8 nov.)

Wallace (D.) et **Boyd** (F. D.). Report of the Edinburgh and East of Scotland South-African Hospital. In-8°, 193 p. Edimbourg.

Wiesinger. Zur Behandlung hochsitzender Mastdarmcarcinome. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.) — Traitement du cancer haut situé du gros intestin.

Wilms. Zur Frage der Gefässverletzungen der Radix mesenterii. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 août.) — Des lésions vasculaires de la base du mésentère.

UROLOGIE

Morris (H.). Surgical diseases of the kidney and ureter, including injuries, malformations, and misplacements. 2 vol. In-8°, 1352 p. avec fig. Londres. — Affections chirurgicales du rein et de l'uretère.

Negretto (A.). Cura radicale dell'iscuria da ipertrofia prostatica, mediante la cauterizzazione della prostata dalla via rettale. (*Riforma med.*, 22 et 23 nov.)

Seelig (A.). Welche localdiagnostischen Schlüsse kann man aus der Untersuchung des Urins bei Urogenital-Erkrankungen ziehen? (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23 et 27 nov.) — Quelles sont les conclusions qu'on peut tirer de l'examen des urines des sujets atteints de maladies de l'appareil génito-urinaire au point de vue de la localisation des lésions?

Trombetta (S.). Ureterite e cistite tubercolare; epicistotomia; guarigione. (*Riforma med.*, 5 nov.)

Weinreb. Ein Beitrag zur Therapie der Ureterenverletzungen bei Laparotomien. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.) — Traitement des blessures des uretères survenues au cours des laparotomies.

Zuckerkandl (O.). Ueber Blasensteinoperationen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 oct.) — Des opérations pour calculs vésicaux.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ostermayer (N.). Ein Fall von ausgedehnter Ruptur des linken Scheidengewölbes durch Coïtus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 nov.) — Un cas de rupture étendue du cul-de-sac vaginal gauche par le coït.

Rauline. Imperforation de l'hymen. (*Année méd. de Caen*, nov.)

Roberts (H.). Outlines of gynæcological pathology and morbid anatomy. In-8°, 332 p. avec fig. Londres.

Rosenwasser (M.). The mechanical or combined plastic and mechanical treatment of retrodeviations of the womb. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Rühl (W.). Ueber einen Fall von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Nachgeburt; Beendigung der Geburt durch vaginalen Kaiserschnitt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 nov.) — Un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré; terminaison de l'accouchement par une opération césarienne vaginale.

Schäffer (O.). Anatomical atlas of obstetrics. (Trad. de l'allemand par J. C. Edgar.) 2e éd. In-8°, 315 p. avec fig. et planches. Londres et Philadelphie.

Schmit (H.). Ueber malignes Chorioepitheliom der Scheide bei gesundem Uterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 oct.) — Tumeurs chorio-épithéliales malignes du vagin en l'absence de lésions utérines.

Siller (F.). Multipler Echinococcus des Peritoneum und des Beckenbindegewebes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 nov.) — Echinocoque multiple du péritoine et du tissu conjonctif du bassin.

Szántó (E.). Ein Fall von myxoedematöser Atrophia uteri et ovarii. (*Pest. med.-chir. Presse*, 20 oct.)

Székely (S.). Emphysema subcutaneum, während des Geburtsaktes entstanden. (*Pest. med.-chir. Presse*, 6 oct.) — Emphysème sous-cutané survenu pendant le travail.

Szili (A.). Fibrosarkom der Vulva. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.)

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section d'obstétrique et de gynécologie [compte rendu officiel]. In-8°, 981 p. avec fig.

Wertheim (E.). Ein neuer Beitrag zur Frage der Radikaloperation beim Uteruskrebs. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.) — Nouvelle contribution à l'étude de la cure radicale du cancer de l'utérus.

PÉDIATRIE

Audry (J.). Notes sur les hémorrhagies gastro-intestinales des prématurés et des nouveau-nés. (*Lyon méd.*, 27 oct.)

Cappuccio (D.). Intorno alla genesi delle esostosi osteogeniche multiple. (*Pediatria*, nov.)

Cozzolino (O.). Ueber Säurung von Kuh-, Schaf-, Eselin- und Frauenmilch durch Bacterium coli commune. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 3-4.) — Sur l'acidification du lait de vache, de brebis, d'ânesse et de celui de femme par le bacterium coli commune.

Cristeanu et **Bruckner** (J.). Sur la diphtérie des nouveau-nés. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucharest*, oct.)

Dowd (Ch. N.). Strangulated hernia in infants. (*Med. Record*, 12 oct.)

Durante (D.). Esame citologico del liquido ascitico nella peritonite tubercolare dei bambini; contributo alla citodiagnostica. (*Pediatria*, nov.)

Folger (C.). Zur Lehre vom erschwerten Decanulement und dessen Behandlung bei tracheotomirten diphtheriekranken Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 5.) — Du décanulement pénible chez les enfants trachéotomisés pour croup.

Galli (P.). Flebite tifica in un bambino di 5 anni. (*Pediatria*, nov.)

Griffith (J. C.). Appendicitis in children of two years and under. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.) — Appendicite chez les enfants âgés de deux ans ou au-dessous.

Hauser (O.). Grundriss der Kinderheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. 2e éd. In-8°, 443 p. Wiesbaden. — Précis de pédiatrie.

Luzzatti (T.) et **Sorgente** (P.). Ueber einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie *a frigore*; klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 3-4.)

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 16. In-8°, p. 87 à 154. Vienne.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Ball (J. B.). Handbook of diseases of the nose and pharynx. 4e éd. In-8°, 452 p. avec fig. Londres. — Manuel des maladies du nez et du pharynx.

Donath (J.). Ménière'scher Symptomencomplex, geheilt mittelst galvanischen Stromes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 nov.) — Un cas de maladie de Ménière, guéri par le courant galvanique.

Heymann (B.) et **Matzuschita** (T.). Zur Actiologie des Heufiebers. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVIII, 3.) — Etiologie de la fièvre de foin.

Jürgens (E.). Ueber die Bedeutung der Lymphdrüsen in der Umgebung des Ohres. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 26 oct.) — Sur la signification des ganglions lymphatiques du voisinage de l'oreille.

Lichtwitz. Elargissement de la racine du nez occasionné par des polypes des fosses nasales. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 nov.)

Lubinski (M.). Zur Lehre von der Perichondritis acuta purulenta septi narium. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 sept.)

McCosh (A. J.). Skin-grafting in the treatment of complete stenosis of the larynx. (*Ann. of Surgery*, nov.) — La greffe cutanée dans le traitement des sténoses complètes du larynx.

Montoro de Francesco (G.). Azione curativa dello «streptococcus erysipelatis» sull'ozena. (*Riforma med.*, 15 nov.)

Pellegrino (P. L.). Contributo allo studio delle fistole laringo-tracheali. (*Riforma med.*, 30 nov.)

Roubtzov (I.). Des complications de l'otite moyenne purulente (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Theisen (C. F.). A case of accessory thyroid tumor at the base of the tongue. (*Albany Med. Ann.*, oct.)

HYGIÈNE

Andrews (O. W.). Handbook of public health, laboratory work and food inspection. In-8°, 292 p. Londres. — Manuel d'hygiène publique, d'analyses et d'inspection des denrées alimentaires.

Rapport sur les travaux : 1° du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la ville de Nantes et du département de la Loire-Inférieure; 2° des Conseils d'hygiène des arrondissements; 3° des médecins des épidémies, etc., pendant l'année 1900. In-8°, 242 p. Nantes.

Recueil des travaux des Conseils d'hygiène du département des Basses-Pyrénées (années 1899-1900). In-8°, 203 p. Pau.

Report on sanitary measures in India in 1899-1900, T. XXXIII. In-8°, 262 p. Londres.

Statistique du service de la protection des enfants du premier âge; enfants admis pendant l'année 1897. In-4°, XXV-286 p. Melun. Impr. administrative.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Binda (C.). La reazione di Uhlenhuth e Wassermann-Schütze per la diagnosi specifica del sangue. (*Giorn. di med. legale*, nov.-déc.)

Deutsch (W.). Der Morphinismus. In-8°, 156 p. Stuttgart.

Perrin de la Touche. Morts suspectes dans les affections cardiaques chroniques. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 3.)

Sonnenburg (E.). Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen, vom gerichtsärztlichen Standpunkte. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 sept.) — L'appendicite dans ses rapports avec les traumatismes, au point de vue médico-légal.

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section de médecine légale [compte rendu officiel]. In-8°, 179 p.

Walko (K.). Ueber spontane und alimentäre Glykosurie und über Acetonurie bei acuter Phosphorvergiftung. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 8-9.) — De la glycosurie spontanée et alimentaire et de l'acétonurie en cas d'intoxication aiguë par le phosphore.

Ziemke (E.). Weitere Mitteilungen über die Unterscheidung von Menschen- und Tierblut mit Hilfe eines spezifischen Serums. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 oct.) — Nouvelles recherches sur la différenciation du sang humain d'avec celui des animaux à l'aide d'un sérum spécifique.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Ayres (W.). The treatment of syphilis, with special reference to the best methods of administering mercury. (*Lancet*, 19 oct.) — Traitement de la syphilis, surtout au point de vue des meilleures méthodes d'administration du mercure.

Bernard (R.). Emploi du sérum gélatiné dans les pleurésies hémorrhagiques. (*Lyon méd.*, 13 oct.)

Caton (R.). The means of arresting acute endocarditis. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Finsen (N. R.). Phototherapy. (Trad. de l'allemand.) In-8°, 86 p. Londres.

Homberger (E.). Zur Behandlung der Ex- und Transsudate. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 sept.)

22e ANNÉE. — N° 17. Vingt centimes le numéro. 23 AVRIL 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Progrès à réaliser dans le traitement mercuriel des accidents graves de la syphilis, par M. le docteur Leredde 137

MÉDECINE PRATIQUE. — Un procédé perfectionné de percussion........ 139
L'urobilinurie de la grossesse et ses rapports avec la mort du fœtus........ 139
Un signe précoce de la pleurésie avec épanchement........ 139

VINGTIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE (tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril 1902). — Le diagnostic et le traitement de l'ulcère de l'estomac........ 140

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — De l'action du sérum humain sur le trypanosome du « nagana »........ 142
Sur les variations provoquées dans la toxicité de certains composés minéraux ou organiques suivant les groupements chimiques auxquels ils sont liés dans leurs composés solubles........ 142
L'huile de foie de morue lécithinée contre le rachitisme........ 142

Société de chirurgie. — Rétrécissement de l'angle gauche du côlon transverse, traité par la colo-colostomie........ 142
Tumeur maligne de l'ovaire, améliorée par les injections de sérum de Wlaiev........ 142
De l'intervention dans les cas de grossesse compliquée de fibrome........ 143

Société de biologie. — Influence de la glycosurie phlorizique et de la glycosurie pancréatique sur l'élimination du chlorure de sodium........ 143
Utilisation des sérums précipitants pour déceler l'existence d'une albuminurie d'origine digestive........ 143
Du microorganisme de la fièvre jaune........ 143
Contagiosité des selles des tuberculeux........ 143
Action de la toxine tétanique injectée dans le corps vitré........ 143
Etude graphique des réflexes plantaires........ 143
Influence de l'ablation de la rate sur la digestion pancréatique chez des animaux privés d'estomac........ 143
Embolies expérimentales intramédullaires produites par le poison caséifiant du bacille tuberculeux........ 143

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Le chlorure d'or dans le traitement des tuberculoses locales........ 143
L'essence de térébenthine contre les métrorrhagies........ 144
La photothérapie dans le traitement de la neurasthénie........ 144
Valeur du bleu de méthylène employé comme calmant chez les aliénés........ 144
Traitement de la tuberculose oculaire par des injections d'air dans la chambre antérieure........ 144
Emploi des capsules surrénales contre la pneumonie........ 144
Le traitement des affections de la cornée par l'ésérine........ 144

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Ablation de la rate et digestion pancréatique chez les animaux privés d'estomac........ 143³
Affections de la cornée........ 144³
Albuminurie digestive et sérums précipitants........ 143¹
« Attitude fixe des côtes » en cas de pleurésie avec épanchement........ 139³
Bleu de méthylène comme calmant........ 144²
Cancer de l'ovaire traité par le sérum de Wlaiev........ 142³
Capsules surrénales contre la pneumonie........ 144³
Chlorure d'or contre les tuberculoses locales........ 143³
Colo-colostomie dans un cas de rétrécissement de l'angle gauche du côlon........ 142³
Digestion pancréatique après ablation de la rate chez les animaux privés d'estomac........ 143³
Esérine contre les affections de la cornée........ 144³
Essence de térébenthine contre les métrorrhagies........ 144¹
Ethéro-bacilline et embolies médullaires........ 143³
Fibromes et grossesse........ 143¹
Fièvre jaune et son microorganisme........ 143²
Glycosurie et son influence sur l'élimination du chlorure de sodium........ 143¹
Grossesse et fibromes........ 143¹
— et urobilinurie en cas de mort du fœtus........ 139³
Huile de foie de morue lécithinée contre le rachitisme........ 142²
Injections d'air dans la chambre antérieure contre la tuberculose oculaire........ 144³
Mercure et doses auxquelles il convient de l'employer........ 137¹
Métrorrhagies........ 144¹
Neurasthénie........ 144²
Percussion........ 139²
Photothérapie de la neurasthénie........ 144²
Pleurésie avec épanchement........ 139³
Pneumonie........ 144³
Rachitisme........ 142²
Réflexes plantaires et leur étude graphique........ 143²
Rétrécissement de l'angle gauche du côlon........ 142³
Sérum anticancéreux........ 142³
— humain et son action sur le trypanosome du nagana........ 142¹
Sérums précipitants et albuminurie digestive........ 143¹
— sanguins normaux et leurs propriétés physiques........ 142³
Syphilis........ 137¹
Toxicité de divers composés et ses variations suivant les groupements chimiques auxquels ils sont liés........ 142²
Toxine tétanique en injection dans le corps vitré........ 143²
Traitement de la neurasthénie........ 144²
— de la pneumonie........ 144³
— de la syphilis........ 137¹
— de la tuberculose oculaire........ 144³
— de l'ulcère de l'estomac........ 140¹
— des affections de la cornée........ 144³
— des métrorrhagies........ 144¹
— des rétrécissements de l'angle du côlon........ 142³
— des tuberculoses locales........ 143³
— du cancer........ 142³
— du rachitisme........ 142²
Trypanosome du nagana et sérum humain........ 142¹
Tuberculose oculaire........ 144³
— pulmonaire et contagiosité des selles........ 143²
Tuberculoses locales........ 143³
Ulcère de l'estomac........ 140¹
Urines pathologiques et leur tension superficielle........ 142³
Urobilinurie des femmes enceintes et mort du fœtus........ 139³

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Michelangelo Luzzatto est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Alfonso Cattaneo est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur Joseph Sailer est nommé professeur des maladies de l'estomac et de l'intestin, en remplacement de M. Stewart, démissionnaire.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1901* inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1901), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE LYON

Almès (G.). De l'emploi thérapeutique de l'aniodol.

Azémar (E.). De la docimasie hépatique; variations du glucose et du glycogène sous l'influence de la putréfaction.

Barailhé (J.). Contribution à l'étude cryoscopique des urines.

Barthélémy (R.). Maladie osseuse de Paget chez l'homme; maladie du son chez le cheval; analogie de ces deux maladies.

Bau (J.). Etude expérimentale de l'action physiologique de l'ozone.

Beau (M.). Du rôle de la rate dans les intoxications expérimentales.

Bertrand (H.). Hystérectomie totale et subtotale; parallèle entre les deux méthodes; deux cas de transformation néoplasique sur le moignon utérin à la suite d'hystérectomie subtotale.

Brun (R.). Traitement chirurgical de la péritonite généralisée consécutive à l'ulcère perforé de l'estomac.

Capdevielle (A.). Contribution à l'étude de l'action des rayons chimiques de la lumière sur la peau et sur les microorganismes.

Carrez (F.-P.-J.). Contribution à l'étude du rein polykystique.

Champy (H.). Sur quelques matières réductrices trouvées dans le foie post mortem.

Chrétien (R.). Traitement du tétanos par les injections phéniquées (méthode de Baccelli).

Colineau (A.-J.). Traitement des rétrécissements graves de l'urèthre par l'autoplastie cutanée (empiècement cutané de l'urèthre).

Conte (R.). De l'étranglement herniaire par pincement latéral de l'intestin, à signes latents.

Coulomb (L.). De la toxicité du tube digestif après la mort et de ses rapports avec la médecine légale.

Couturier (A.). Mobilisation temporaire des surfaces condyliennes d'insertion des ligaments latéraux du genou comme voie d'approche de la surface poplitée dans l'arthrectomie.

Darmezin (H.). Des variations de poids dans la tuberculose chronique.

Dautheville (L.). De la valeur séméiologique des empreintes plantaires dans les affections chirurgicales du membre inférieur.

Daviot (M.). Etude clinique sur les myélites syphilitiques aiguës, les formes anormales en particulier.

Deleuze (E.). Contribution à l'étude des ruptures et perforations de la vessie, spontanées, intra-péritonéales.

Ebstein (L.). De la valeur du traitement de la tuberculose pulmonaire par les sanatoria.

Egmann (F.). Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux; pseudo-rhumatisme infectieux articulaire à marche aiguë, d'origine bacillaire.

Epaulard (A.). Vampirisme, nécrophilie, nécrosadisme, nécrophagie.

Fayot (E.-L.). Des injections sous-cutanées d'huile stérilisée comme méthode générale de traitement dans les débilités graves.

Fieux (M.). Contribution au traitement de l'hydrocèle par l'injection de chlorure de zinc.

Frangopoulos (P.). De la rétention dans l'utérus de la tête venant dernière.

Gagnol (A.). De la valeur thérapeutique des injections de cocaïne ou de quinine dans l'arachnoïde lombaire.

Genet (G.). Sur un cas de filariose.

Grenier (P.-H.-M.). Le rhinosclérome en France; le rhinosclérome chez l'homme et la maladie de renîflement chez le porc.

Hugues (J.). Tuberculose traumatique de la plèvre.

Izaac (G.). Etude obstétricale de l'arc antérieur du bassin.

Jousselin (E.). De la valeur séméiologique des souffles extra-cardiaques de la base, considérés surtout au point de vue du diagnostic précoce des aortites.

Jouve (A.). Contribution à l'étude du rhumatisme vertébral chronique et de la spondylose rhyzomélique.

Jude (R.). La symphyse généralisée du péritoine.

Kaeppelin (Ch.). Le cancer du testicule dans l'ectopie abdominale.

Laferrière (G.-J.). La viabilité en médecine légale; discussion sur la valeur de ses signes et la possibilité de son diagnostic.

Lecomte (A.-D.-L.). Recherches expérimentales sur l'action physiologique des courants de haute fréquence.

Lesieur (Ch.). Les bacilles dits « pseudo-diphtériques ».

Limasset (R.). Contribution à l'étude du traitement des ruptures musculaires.

Lloppet (C.). Contribution à l'étude des troubles gastriques consécutifs aux inflammations des organes génitaux de la femme; sur le rôle du grand épiploon dans la pathogénie de ces troubles; leur thérapeutique.

Long (A.). De la tension artérielle; ses modifications chez le vieillard.

Louis (I.). Position élevée de l'omoplate de cause musculaire dans l'hystérie infantile.

Lussac (M.). Contribution à l'étude de la lithiase pancréatique.

Macaire (J.). De l'envahissement ganglionnaire dans le cancer de la prostate.

Mailland-Gonod (M.). Des exostoses : exostoses ostéogéniques, exostoses inflammatoires.

Metzger (Ch.). La lutte contre la variole en Allemagne; la vaccination et la revaccination obligatoires; règlement; organisation.

Moreau (B.). Recherches sur le dosage du fer dans le sang et sur la teneur en fer du sang du nouveau-né.

Nédeleff (I.). Des applications de l'électricité statique dans les eczémas.

Nicolle (G.). De l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale (procédé de Jaboulay); parallèle avec les autres méthodes d'hystérectomie.

Olmer (D.-R.). Recherches sur les granulations de la cellule nerveuse.

Orticoni (A.). De l'héliothérapie; application médico-chirurgicale.

Patel (M.). Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin; leur thérapeutique.

Pourpre (L.). De l'actinomycose cutanée primitive de la face.

Raoul (F.). Le parricide au point de vue médico-légal.

Raybaud (A.-M.). La méningite cérébro-spinale épidémique à Marseille.

Richoux (F.). Les sarcomes musculaires; résultats opératoires éloignés.

Rit (E.). Le syndrome mitro-aortique chez les athéromateux.

Roualet (A.). Contribution à l'étude du traitement des luxations de l'épaule compliquées de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Vallat (G.). De la fistule pyo-stercorale entéro-cutanée d'origine appendiculo-cæcale et de son traitement chirurgical par la méthode intra-péritonéale d'emblée.

Van Méris. De la résection du trépied orbitaire externe dans la chirurgie de l'orbite et de la face.

Widmann (J.-F.). De l'exercice musculaire en hygiène et en thérapeutique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Hirschfeld (H.). Sind die Lymphocyten amoeboider Bewegung fähig? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 oct.) — Les lymphocytes sont-ils capables de présenter des mouvements amœboïdes?

Hughes (A. W.). Manual of practical anatomy. Part I : Upper and lower extremities. In-8°, 294 p. avec fig. et planches en couleurs. Londres.

Michaelis (L.) et **Wolff** (A.). Die Lymphocyten; ein Beitrag zur Frage nach ihrer Spezifizität. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 sept.)

Schatz. Ueber die Uterusformen bei Menschen und Affen. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 oct.) — De la forme de l'utérus chez la femme et chez la guenon.

Schwarz (E.). Zur Cytogenese der Zellen des Knochenmarkes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 oct.) — Sur la cytogenèse des cellules de la moelle osseuse.

Sommariva (D.). Contributo allo studio delle terminazioni nervose nei muscoli striati. (*Monit. zoologico ital.*, déc.)

PHYSIOLOGIE

Baur (J.). De l'ozone; son action sur le sang et sur la température. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Bunge (G. von). Lehrbuch der Physiologie des Menschen. T. II. In-8°, 592 p. avec fig. Leipzig. — Traité de physiologie humaine.

Denoyés (J.), **Martre** (J.) et **Rouvière** (H.). Action des courants de haute fréquence sur la sécrétion urinaire. (*Arch. d'électricité méd.*, oct. et nov.)

Edinger (A.) et **Treupel** (G.). Untersuchungen über Rhodan-Verbindungen; 2. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 sept.) — Recherches sur l'action des composés rhodaniques.

Emerson (R. L.). Upon the occurrence of oxyphenylethylamin in pancreatic digestion. (*Journ. of Med. Research*, nov.)

Féré (Ch.). Note sur l'action excitante de l'antipyrine. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

MacMurchy (Helen). Physiological phenomena preceding or accompanying menstruation, together with notes on the normal temperature of women. (*Lancet*, 5 oct.)

Morandi (E.) et **Sisto** (P.). Contribution à l'étude des glandes hémolymphatiques chez l'homme et chez quelques mammifères. (*Arch. ital. de biol.*, XXXV, 3.)

Pal (J.). Ueber Beziehungen zwischen Circulation, Motilität und Tonus des Darmes. (*Wien. med. Presse*, 3 nov.) — Des rapports qui existent entre la circulation, la motilité et la tonicité de l'intestin.

Paul (Th.). Die Bedeutung der Ionen-Theorie für die physiologische Chemie. (*Wien. med. Presse*, 13 oct.)

Rosenfeld (G.). Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus. In-8°, 266 p. Wiesbaden. — L'influence de l'alcool sur l'organisme.

Strzyzowski (C.). Ueber die Ermittelung von Blut in Fäcalmassen; die Resistenz des Blutes und seine Nachweisbarkeit auf krystallographischem, spectroskopischem und chemischem Wege nach Einwirkung von höheren Temperaturen. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — De la recherche du sang dans les matières fécales; la résistance du sang aux hautes températures et son étude cristallographique, spectroscopique et chimique.

Vigot (A.). Quelques expériences physiologiques sur l'eau oxygénée. (*Année méd. de Caen*, sept.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Almkvist (J.). Beiträge zur Kenntnis der Plasmazellen, insbesondere beim Lupus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.)

Babes (V.). Ueber Neurogliawucherung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 oct.) — De la prolifération de la névroglie.

Bloch (E.) et **Hirschfeld** (H.). Ueber die weissen Blutkörperchen im Blut und im Knochenmark bei der Biermer'schen progressiven Anaemie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 oct.) — Les leucocytes dans le liquide sanguin et dans la moelle osseuse en cas d'anémie progressive de Biermer.

Chiari (H.). Gliomatöse Entartung des einen Tractus und Bulbus olfactorius bei Glioma cerebri. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 oct.)

Fischer (O.). Ueber ein selten mächtig entwickeltes Glioma sarcomatodes des Rückenmarkes. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 11.) — Un cas de gliome sarcomateux de la moelle épinière, à développement insolite.

Krzysztalowicz (F. von). Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 oct.) — Histologie de l'atrophie idiopathique diffuse de la peau.

Mallory (F. B.) et **Wright** (J. H.). Pathological technique, 2e éd. In-8°, 432 p. avec fig. Londres.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Breitenstein (H.). Carcinom in den Tropen. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 nov.) — Le cancer dans la région tropicale.

Eisenberg (Ph.). Ueber Isoagglutinine und Isolysine in menschlichen Seris. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 oct.)

Jordan. Ueber die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt (unter Ausschluss von Frakturen, Luxationen, Hernien und traumatischen Neurosen). (*Münch. med. Wochensch.*, 29 oct.) — Sur la production de tumeurs, de la tuberculose et d'autres affections organiques à la suite de traumatismes (les fractures, les luxations, les hernies et les névroses traumatiques exceptées).

Kraus (R.) et **Clairmont** (P.). Ueber Bacteriohämolysine und Antihämolysine; 2. Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 oct.)

Martius (F.). Die Vererbbarkeit des constitutionellen Factors der Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 nov.) — Sur l'hérédité de la prédisposition constitutionnelle à la tuberculose.

Metchnikoff (E.). L'immunité dans les maladies infectieuses. In-8°, 600 p. avec fig.

Paltauf (R.). Cellularpathologie und Immunität. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 oct.)

Régnier (P.). Des impotences fonctionnelles par adaptation physiologique et morphologique des muscles. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 nov.)

Simnitzky (S.). Ueber den Einfluss der Gallenretention auf die secretorische Thätigkeit der Magendrüsen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 oct.) — De l'influence exercée par la rétention de bile sur l'activité sécrétoire des glandes stomacales.

MÉDECINE

Allaire (G.). Un cas de polyarthrite chronique déformante chez une fillette de onze ans (radiographies). (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Ascoli (G.) et **De Grazia** (F.). Zur Verteilung der Eiweissschlacken im Harn. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 oct.) — De la répartition des sédiments d'albumine dans l'urine.

Bard (L.). De l'emploi du siphon pour pratiquer et pour limiter la thoracentèse. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Becker (E.). Ein Beitrag zur Lehre von den Lymphomen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 et 24 oct.)

Bendix (E.). Zur Cytodiagnose der Meningitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 oct.)

Bernard (R.). Méningite cérébro-spinale. (*Lyon méd.*, 10 nov.)

Boas (J.). Ueber nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. (*Berlin. Klinik*, nov.)

Bouveret (L.). Sur le pronostic de l'artériosclérose (néphrite interstitielle). (*Lyon méd.*, 27 oct. et 3 nov.)

Buch (M.). Die Grenzbestimmung der Organe der Brust- und Bauchhöhle, insbesondere auch des Magens und Dickdarms, durch perkussorische Auskultation oder Transsonanz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 sept.) — La détermination, par transsonance, des limites des organes thoraciques et abdominaux, notamment de l'estomac et du gros intestin.

Caccini (A.). La ricerca di minime quantità di jodio nelle urine. (*Riforma med.*, 25 nov.)

Chatin (P.) et **Cade** (A.). Déformations hippocratiques des doigts avec lésions osseuses dans la néphrite et la cirrhose biliaire. (*Lyon méd.*, 1er sept.)

Ebstein (W.). Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis. In-8°, 258 p. Stuttgart. — La constipation habituelle.

Eckert (A.). Insuffisance relative de la valvule tricuspide (en russe). (*Vratch*, 13 et 20 oct.)

Einhorn (M.). Scheinbare Tumoren des Abdomens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 oct.) — Fausses tumeurs de l'abdomen.

Ewald (C. A.). Ueber subacute Herzschwäche im Verlaufe von Herzfehlern, nebst Bemerkungen zur Therapie der Herzkrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 oct.) — De l'asystolie subaiguë au cours des cardiopathies organiques; remarques sur le traitement des maladies du cœur.

Fenwick (W. S.). Primary carcinoma of the duodenum. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Fiedler. Ueber Gallensteine und Gallensteinkrankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 oct.) — Des calculs biliaires et de la cholélithiase.

Fürbringer. Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes. 2e éd. In-8°, 232 p. avec fig. Vienne. — Troubles des fonctions génitales chez l'homme.

Gumprecht. Ein äusserer Handgriff zur Erleichterung der Defäkation («Hinterdammschutz»). (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 oct.) — Une manœuvre destinée à faciliter la défécation.

Hawkins (F.). On mucous disease of the intestines. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Hellin (D.). Ueber das Collabiren der Lunge beim Pneumothorax, nebst Bemerkungen über die Wiederentfaltung der Lunge und den doppelseitigen Pneumothorax. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 oct.) — De l'état du poumon dans le pneumothorax; remarques sur le retour du poumon à l'état normal et sur le pneumothorax bilatéral.

Hoke (E.). Ein zweiter Fall von Cirrhosis hepatis mit schwerer Anaemie. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 oct.) — Un second cas de cirrhose hépatique avec anémie grave.

MALADIES INFECTIEUSES

Aubert (P.). La peste à bord du «Sénégal». (*Lyon méd.*, 29 sept.)

Barker (L. F.). On the clinical aspects of plague. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Des formes cliniques de la peste.

Biernacki (J.). The treatment of severe diphtheria. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Grassi (B.). Die Malaria. 2e éd. In-4°, 250 p. avec fig. Iéna.

Hammer (H.). Ueber Milzbrandinfection. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 11.) — De l'infection charbonneuse.

Hess (K.). Ueber die Diagnose, speziell die Frühdiagnose, der Lungentuberkulose. (*Deutsche Praxis*, 10 nov.) — Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Meissen (E.). Beiträge zur Kenntnis der Lungentuberculose. In-8°, 349 p. Wiesbaden. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire.

Navarre (P.-J.). Le paludisme et les moustiques à Porto-Novo. (*Lyon méd.*, 29 sept. et 6 oct.)

Schultze (F.). Zur Therapie des Milzbrandes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 oct.) — Traitement de la pustule maligne.

Shiga (K.). Studien über die epidemische Dysenterie in Japan, unter besonderer Berücksichtigung des Bacillus dysenteriae. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 et 31 oct. et 7 nov.)

Süsswein (J.). Die Influenza bei Masern. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 nov.) — Coexistence de la grippe avec la rougeole.

Zupnik (L.). Erfahrungen über die Gruber-Widal'sche Reaction und Autoagglutination bei Typhus abdominalis. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 11.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bowman (J. L.). Epilepsy; its etiology and treatment. (*Med. Record*, 12 oct.)

De Buck. Scoliose neuropathique. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Gallavardin (L.). Hystérie para et post-pneumonique. (*Province méd.*, 2 nov.)

Gumpertz (K.). Ueber doppeltes Bewusstsein. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 nov.) — De la conscience double.

Heldenbergh (C.). Un cas de tremblement fonctionnel de la main droite. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Idelsohn (H.). Ueber postluetische conjugale Nervenkrankheiten. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 nov.)

Krahulik (V.). Ischias scoliotica. (*Sbornik klinicky*, III, 2.)

Leclerc. Ramollissement bulbaire aigu et syndrome cérébelleux. (*Lyon méd.*, 20 oct.)

Lundborg (H.). Klinische Studien und Erfahrungen betreffs der familiären Myoklonie und damit verwandten Krankheiten. In-8°, 131 p. avec fig. Stockholm.

Pick (A.). Symptomatologisches zur Epilepsie. (*Prag. med. Wochensch.*, 26 sept. et 3 oct.)

Raymond (F.). Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, année 1898-1899). 5e série. In-8°, 678 p. avec fig.

Schofield (A. T.). Some conditions of success in the treatment of neurasthenia. (*Brit. Med. Journ.*, 26 oct.)

Spitzer (A.). Ueber Migräne. In-8°, 119 p. Iéna.

Thévenet (V.) et **Péhu** (M.). Syndrome cérébro-spinal vraisemblablement urémique avec signe de Kernig. (*Lyon méd.*, 29 sept.)

Touche. Contribution à l'étude anatomo-clinique des aphasies; 28 observations inédites suivies d'autopsie. (*Arch. gén. de méd.*, sept., oct. et nov.)

Turner (J.). The physical basis of melancholia. (*Brit. Med. Journ.*, 26 oct.)

Weber (E.). Drei neue Fälle von «reiner» hereditärer Ataxie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 sept.) — Trois nouveaux cas d'ataxie héréditaire «pure».

Zahn (Th.). Zur Kenntnis der infantilen Pseudobulbärparalyse und der angeborenen allgemeinen Bewegungsstörungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 et 22 oct.) — Des paralysies pseudo-bulbaires infantiles et des troubles moteurs généraux congénitaux.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Arning (E.). Therapeutisches Detail bei der Behandlung der Furunkulosis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er oct.)

Aubeau (A.). A propos de la bactériologie de la syphilis. (*Clin. gén. de chir.*, oct.)

Bloch (I.). Der Ursprung der Syphilis. 1re partie. In-8°, 313 p. Iéna. — L'origine de la syphilis.

Bockhart (M.). Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems und über das Staphylotoxin-Ekzem. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er nov.)

Brocq (L.) et **Jacquet** (L.). Précis élémentaire de dermatologie. T. V : maladies en particulier; dermatoses d'origine nerveuse. 2e éd. In-16, 192 p.

Carle et **Montagard**. De l'éosinophilie dans la dermatite de Duhring. (*Lyon méd.*, 22 sept.)

Dubreuilh (W.). Paget's disease of the vulva. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, nov.)

Freeland (E. H.). Some observations on the pathology and treatment of corns. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Freund (L.). Beitrag zur Physiologie der Epidermis, mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.) — Contribution à la physiologie de l'épiderme, surtout au point de vue de sa perméabilité à la lumière.

Gassmann (A.). Fünf Fälle von Nævi cystepitheliomatosi disseminati (hydradénomes Jacquet et Darier, etc.). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.)

Herz (A.). Zur Therapie der Prostatitis chronica blennorrhoica. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er oct.)

Jadassohn (J.). Ueber eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern («Granulosis rubra nasi»). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.)

Judalewitsch (G.). Zur Histogenese der weichen Nævi. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.) — De l'histogenèse des nævi mous.

Kienböck (R.). Die gonorrhoische Neuritis und ihre Beziehungen zur gonorrhoischen Myositis und Arthritis. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 315.)

Kreibich (K.). Histologie des Erythema multiforme. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.)

Lochte. Mikroskopische Gonokokkenbefunde bei alten und bei gefangenen Prostituierten. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er oct.)

Macleod (J.) et **Ormsby** (O. S.). Report on the histo-pathology of two cases of cutaneous tuberculides, in one of which tubercle bacilli were found. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.)

Pick (W.). Ueber das Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) und seine Beziehung zum Adenom der Talgdrüsen (Adeno epitheliom). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.) — De l'épithélioma adénoïde kystique et de ses rapports avec l'adénome sébacé.

PARASITOLOGIE

Cao (G.). Ancora sulla pretesa tossicità dei succhi degli elminti intestinali. (*Riforma med.*, 29 nov.)

Galli (P.). Echinococco del polmone nell'infanzia. (*Gazz. med. di Torino*, 31 oct., 7, 14 et 21 nov.)

Opie (E. L.). Filarial lymphatic varix. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Sipari (E.). Due nuovi casi di cisti multiple da cysticercus cellulosae con convulsioni epilettoidi. In-8°, 18 p. Naples.

Topsent (E.). Notice sur une larve d'*Hypoderma lineata* parasite de l'homme. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 2.)

Verdun. Aperçu général des divers modes d'action des helminthes sur l'organisme. (*Echo méd. du Nord*, 8 déc.)

CHIRURGIE

Allingham (W. et H. W.). Diagnosis and treatment of diseases of the rectum. 7e éd. In-8°, 484 p. Londres.

Bayer (C.). Spina bifida. (*Prag. med. Wochensch.*, 5, 12 et 26 sept., 3, 10, 17 et 24 oct.)

Beatson (G. Th.). The treatment of cancer of the breast by oöphorectomy and thyroid extract. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct.) — Traitement du cancer du sein par l'oophorectomie et les préparations thyroïdiennes.

Beck (C.). Modern aspects of congenital osseous malformations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 oct.)

Benedict (A. L.). The differential diagnosis of scolecitis (appendicitis). (*Internation. Med. Magazine*, nov.)

Biedert. Zur Behandlung der Perityphlitis, insbesondere zur operativen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 5.) — Traitement opératoire de la pérityphlite.

Borszéky (K.). Diabetes insipidus nach Basisfraktur und Commotio cerebri. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXI, 3.)

Braquehaye (J.). De la cholécystite tuberculeuse. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, nov.)

Brennsohn (J.). Ueber die Frühsymptome und die heutige Behandlung der tuberculösen Wirbelentzündung. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 2 nov.) — Des symptômes précoces et du traitement actuel de la tuberculose des vertèbres.

Burghard (F.). The treatment (non-operative and operative) of congenital dislocation of the hip. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct.) — Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Enright (J. B.). Preputial division versus circumcision in the young. (*Amer. Practitioner and News*, 1er oct.) — Dilatation du prépuce substituée à la circoncision chez les jeunes sujets.

Frazier (B. C.). Tubercular peritonitis. (*Amer. Practitioner and News*, 1er oct.)

Heath (C.). A manual of minor surgery and bandaging. 12e éd. In-12, 442 p. Londres.

Hutchinson (J.). On certain points in the operative treatment of renal calculus. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct.)

Koudriachov (A.). Spondylite déformante (en russe). (*Vratch*, 13 oct.)

Le Bayon (J.). Sur un cas d'arthropathie tabétique. (*Clin. gén. de chir.*, oct.)

Le Conte (R. G.). Hydatid disease of the breast. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Kystes hydatiques du sein.

Marchand (F.). Der Process der Wundheilung mit Einschluss der Transplantation. In-8°, LX-528 p. avec fig. Stuttgart. — Le processus de cicatrisation des plaies.

Morestin (H.). Cancer du maxillaire inférieur à point de départ gingival. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Ochsner (A. J.). Some practical points in the treatment of appendicitis. (*Internation. Med. Magazine*, nov.)

Patamia. Ligature des iliaques internes dans l'hypertrophie de la prostate. (*Clin. gén. de chir.*, oct.)

Rigal. Plaie pénétrante de poitrine par coup de fleuret; pleuro-pneumonie; fistule persistante; pneumotomie. (*Province méd.*, 9 nov.)

UROLOGIE

Casper. De l'examen fonctionnel des reins en vue du diagnostic des affections chirurgicales de ces organes et de la cavité abdominale (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Goldberg (B.). Acute primäre Streptococcen-Urethritis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.)

Haguen-Torn (I.). Du cathétérisme des uretères; son application dans les cas de tuberculose rénale et d'inflammation des bassinets due à la présence de calculs (en russe). (*Vratch*, 6 et 13 oct.)

Parascandolo (C.) et **Marchese** (E.). Das Curettement der Blase als Behandlungsmethode der Cystitis. (*Wien. med. Wochensch.*, 5, 12, 19 et 26 oct.) — Le curettage de la vessie comme procédé de traitement de la cystite.

OPHTALMOLOGIE

Bourgeois. Quelques expertises radiographiques à propos de corps étrangers de l'œil et de l'orbite. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Brunschvig. Anesthésie dans l'exentération du globe oculaire. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Cabannes (C.). Etude sur les kératites du rhumatisme (interstitielle et ulcéreuse), avec quelques considérations sur la kératite interstitielle en général. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 nov.)

Cordiale. Un cas de microphakie. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Gallemaerts (E.). Larmoiement provoqué par des glandes lacrymales accessoires. (*Policlinique*, 1er nov.)

Hamburger (J.). Heilung des Pannus mit dem Paquelin. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 oct.) — La cure du pannus au moyen du thermocautère.

Hamilton (R. J.). Treatment of hypopyon ulcers of the cornea. (*Brit. Med. Journ.*, 26 oct.)

Hocquard (E.). La plaie de la cornée dans l'opération de la cataracte chez l'homme. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Kalt. Des altérations oculaires consécutives aux névralgies de la cinquième paire. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Morax et **Lakah**. Recherches cliniques sur l'étiologie du trachome en Egypte. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Parinaud (H.) et **Roche** (L.). Angio-fibrome de l'orbite; modification au procédé de Krönlein. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Power (H.). A plea for the occasional performance of the operation of depression in cases of cataract. (*Brit. Med. Journ.*, 26 oct.)

Rählmann (E.). Ueber Dakryocystitis trachomatosa und über die Ursache der akuten Dakryocystitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 oct.)

Rollet (E.). 500 opérations de cataracte sénile. (*Lyon méd.*, 3 nov.)

Scott (K.). Phlyctenular conjunctivitis. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Szili (A.). Augenspiegel-Studien zu einer Morphographie des Sehnerven-Eintrittes im menschlichen Auge. In-8°, 92 p. avec fig. Wiesbaden. — Etudes ophtalmoscopiques relatives à l'entrée du nerf optique dans l'œil humain.

Wecker (L. de). Complications extra-oculaires de l'ophtalmie sympathique. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Commandeur. Note sur les vomissements survenant dans le puerperium. (*Province méd.*, 9 nov.)

Edebohls (G. M.). Panhysterokolpectomy, a new prolapsus operation. (*Med. Record*, 12 oct.)

Eisenberg (J.). Ueber methodische Anwendung heisser Scheidenirrigationen (Innendouchen) bei Frauenleiden. (*Wien. med. Presse*, 20 oct.) — De l'emploi systématique des irrigations vaginales chaudes en gynécologie.

Eury (J.). Quelques observations urologiques d'hépato-toxhémie gravidique. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXIII, 3.)

Franqué (O. von). Uterusabscess und Metritis dissecans. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 316.)

Gayet (G.). Traitement de l'inversion utérine par la colpohystérotomie antérieure. (*Lyon méd.*, 17 nov.)

Hayd (H. E.). Retrodisplacements of the uterus in young girls and unmarried women; their frequency and best methods of treatment. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — La fréquence et le traitement de choix des rétrodéviations de l'utérus chez les jeunes filles et chez les femmes non mariées.

Heil (K.). Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. (*Deutsche Praxis*, 25 nov.) — Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Jellett (H.). Short practice of midwifery. 3e éd. In-8°, 558 p. avec fig. Londres. — Précis d'obstétrique.

Martin (A.). Symphyseotomie und Kaiserschnitt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 oct.) — Symphyséotomie et opération césarienne.

Parsons (J. I.). Further report on a new operation for prolapsus uteri, with notes of 40 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 5 oct.)

PÉDIATRIE

Neter (E.). Die Beziehungen der congenitalen Anomalien des S romanum zur habituellen Verstopfung im Kindesalter (zur Hirschsprungschen Krankheit) und zum Volvulus flexurae sigmoideae der Erwachsenen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 3-4.) — Des rapports entre les anomalies congénitales de l'S iliaque et la constipation habituelle des enfants (maladie de Hirschsprung), d'une part, et le volvulus de cette portion de l'intestin chez les adultes, d'autre part.

Pearson (S. V.). The acute retro-pharyngeal abscess of infants. (*Lancet*, 26 oct.)

Pfaundler (M.). Zur Kenntnis der « Spätstörungen » nach Tracheotomie und Intubation. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 oct.) — Des troubles tardifs après la trachéotomie et l'intubation.

Piersol (G. A.). Early infantile inguinal hernia of the vermiform appendix. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.)

Ranke (H. von). Ueber die Behandlung des erschwerten Decanulements in Folge von Granulombildung nach Intubation und sekundärer Tracheotomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 oct.)

Revillet (L.). Réceptivité de l'enfant à la tuberculose des animaux; faits contraires aux idées de M. Koch. (*Lyon méd.*, 20 oct.)

Stamm (C.). Ueber Spasmus nutans der Kinder. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 3-4.)

Svehla (K.). Nové symptomy fissurae ani. (*Sborník klinický*, III, 2.)

Trumpp. Das fernere Schicksal der überlebenden tracheotomirten und intubirten Kinder. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 oct.) — Le sort ultérieur des enfants qui survivent à la trachéotomie ou à l'intubation.

HYGIÈNE

Frottier. Les dispensaires antituberculeux. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 nov.)

Horrocks (W. H.). An introduction to the bacteriological examination of water. In-8°, 320 p. Londres. — Introduction à l'examen bactériologique de l'eau.

Orr (J.). Handbook of public health. In-8°, 248 p. avec fig. Londres. — Manuel d'hygiène publique.

Schoull (E.). Nécessité de la désinfection des paquebots. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, nov.)

Simmons (A. T.) et **Stenhouse** (E.). Experimental hygiene. In-8°, 340 p. Londres.

Thresh (J. C.). A simple method of water analysis. 3e éd. In-12, 58 p. Londres. — Un procédé simple d'analyse de l'eau.

Uhlenhuth. Die Unterscheidung des Fleisches verschiedener Tiere mit Hilfe spezifischer Sera und die praktische Anwendung der Methode in der Fleischbeschau. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 nov.) — La différenciation de la viande des diverses espèces animales à l'aide de sérums spécifiques, et l'application pratique de cette méthode à l'inspection des viandes.

22e ANNÉE. — N° 18. Vingt centimes le numéro. 30 AVRIL 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — M. le professeur L. Bard : Un cas d'alexie d'origine opératoire 145
MÉDECINE PRATIQUE. — La valeur de quelques altérations cutanées pour le diagnostic précoce du cancer 147
VINGTIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE (tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril 1902). — La photothérapie 147
Le rôle de l'autodigestion en pathologie.... 148
Le parasitisme du cancer 148
Les nerfs pneumovasomoteurs 148
Pouls veineux présystolique du foie 148
Le diabète surrénal 148
La glycosurie passagère 148
Sur l'élimination de l'acide glycuronique... 149
Sur l'utilisation des mannoses 149
Sur la glycosurie expérimentale par la phlorizine 149
Existe-t-il une dilatation aiguë du cœur?... 149
La pression sanguine dans le surmenage aigu du cœur 149
L'actinomycose du cœur 149
Le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'acide carbonique 149
La pathogénie de l'ulcère de l'estomac..... 149
Sur la teneur du rein en graisse 149
Les selles graisseuses 149
La composition du sang après la néphrectomie double 149
Traitement du lupus érythémateux par l'administration interne de quinine associée aux applications locales de teinture d'iode 149
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — La peste chez les rats d'Odessa 150
Société de chirurgie. — Traitement du cancer de la langue 150
Occlusion intestinale par bride comprimant l'angle gauche du côlon 150
Société médicale des hôpitaux. — Injections salines et rétention des chlorures 150
Fièvre nerveuse ayant simulé des accès paludéens 150
Paralysie saturnine due à l'usage d'une trompette à embouchure de plomb....... 150
Dégénérescence polykystique des reins.... 150
La forme spasmodique de la syringomyélie. 151
Ascite lactescente dans un cas de cancer secondaire du foie chez un cirrhotique... 151
Corps étrangers du péricarde 151
ETRANGER : *Académie de médecine de Belgique.* — Sur les résultats obtenus dans la tuberculose pulmonaire au moyen de cultures filtrées de bacille de Koch 151
Tumeur thyroïdienne de la base de la langue extirpée par les voies naturelles 151
Les centres corticaux de la vision après l'énucléation du globe oculaire 151
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Luxation externe et torsion de la rotule par traction musculaire 151
Rapports entre le diabète insipide et le diabète sucré 152
De l'oblitération des fistules vésico-vaginales de cure difficile par l'utilisation autoplastique de l'utérus 152
Recherches expérimentales sur la toxicité urinaire 152
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement du chancre mou par la réfrigération....... 152
Syncopes consécutives à des injections de sérum antidiphtérique 152
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide carbonique contre la tuberculose pulmonaire .... 149[2]
— glycuronique et son élimination ...... 149[1]
— urique et sa solubilité dans l'urine.... 149[3]
Actinomycose du cœur .... 149[2]
Alexie d'origine opératoire .... 145[1]
Angiomes cutanés et cancer .... 147[1]
Ascite lactescente dans un cas de cancer du foie chez un cirrhotique .... 151[1]
Autodigestion en pathologie .... 148[2]
Cancer de la langue .... 150[1]
— et son diagnostic précoce .... 147[1]
— et son parasite .... 148[2]
Centres corticaux de la vision après énucléation de l'œil .... 151[3]
Chancre mou .... 152[2]
Chlorures et leur rétention après injection de sérum artificiel .... 150[2]
Corps étrangers du péricarde .... 151[1]
Cultures filtrées du bacille de Koch contre la tuberculose pulmonaire .... 151[2]
Dégénérescence polykystique des reins..... 150[3]
Diabète sucré et diabète insipide .... 152[1]
— surrénal .... 148[3]
Digitale et ses effets d'accumulation .... 149[3]
Dilatation aiguë du cœur .... 149[1]
Extirpation du ganglion ciliaire .... 150[2]
Fièvre nerveuse simulant la malaria .... 150[3]
Fistules vésico-vaginales .... 152[1]
Glycosurie passagère des vagabonds .... 148[3]
— phlorizique .... 149[1]
Goitre de la base de la langue .... 151[2]
Hystérie sénile .... 151[1]
Injections salines et rétention des chlorures. 150[2]
Lupus .... 147[3]
— érythémateux .... 149[3]
Luxation externe et torsion de la rotule..... 151[3]
Mannoses et leur utilisation .... 149[1]
Nerfs pneumovasomoteurs .... 148[3]
Occlusion intestinale au niveau de l'angle gauche du côlon .... 150[2]
Paralysie saturnine due à l'usage d'une trompette à embouchure plombifère ...... 150[3]
Pemphigus folliacé avec lésions médullaires. 149[3]
Peste chez les rats à Odessa .... 150[1]
Photothérapie .... 147[3]
Pouls veineux présystolique du foie .... 148[3]
Pression sanguine et surmenage aigu du cœur .... 149[1]
Quinine contre le lupus érythémateux ...... 149[3]
Réfrigération contre le chancre mou .... 152[2]
Rein et sa teneur en graisse .... 149[2]
Sang et sa composition après néphrectomie double .... 149[3]
Selles graisseuses .... 149[3]
Sérum antidiphtérique et syncopes .... 152[3]
Surmenage aigu du cœur et pression sanguine .... 149[1]
Syncopes consécutives à des injections de sérum antidiphtérique .... 152[3]
Syringomyélie spasmodique .... 151[1]
Traitement de la tuberculose pulmonaire.... 149[2] 151[2]
— des fistules vésico-vaginales...... 152[1]
— du cancer de la langue .... 150[1]
— du chancre mou .... 152[2]
— du lupus .... 147[3]
— — érythémateux .... 149[3]
Tuberculose pulmonaire .... 149[2] 151[2]
Ulcère de l'estomac .... 149[2]
Urines et leur toxicité .... 152[2]

NÉCROLOGIE

M. le docteur Henri Filhol, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, associé libre de l'Académie de médecine. — M. le docteur Francesco Frusci, professeur d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Naples. — MM. les docteurs Hans von Hebra, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, et Johann Habart, privatdocent de chirurgie militaire à la Faculté de médecine de Vienne.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1901* inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1901), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Packard (F. A.) et **Hand** (A.). A contribution to the pathological anatomy of sporadic cretinism. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Ribbert (H.). Lehrbuch der pathologischen Histologie. 2e éd. In-8°, 469 p. avec fig. Bonn.

Schwarz (E.). Ein Fall von Leukämie mit Riesenzellenembolie und allgemeiner Osteosklerose. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 11.) — Un cas de leucémie avec embolie à cellules géantes et ostéosclérose générale.

Steffen (A.). Zur pathologischen Anatomie des kindlichen Alters. In-8°, 327 p. Wiesbaden. — L'anatomie pathologique des maladies des enfants.

Sternberg (C.). Multiple Sarkome des Dünndarmes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 oct.) — Sarcomes multiples de l'intestin grêle.

Unna (P.). Ueber spontanen und künstlichen Transport von Zellsubstanzen und über Kochsalz als mikrochemisches Reagens. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er oct.) — Le transport spontané ou artificiel des substances cellulaires et le sel de cuisine en tant que réactif microchimique.

White (C. Y.) et **Pepper** (W.). Granular degeneration of the erythrocyte. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Wright (J.) et **Joslin** (E.). Degeneration of the islands of Langerhans of the pancreas in diabetes mellitus. (*Journ. of Med. Research*, nov.)

MÉDECINE

Holzknecht (G.). Die röntgenologische Diagnostik der Erkrankungen der Brusteingeweide. In-8°, 229 p. avec fig. Hambourg. — Diagnostic radiographique des affections des organes thoraciques.

Jores (L.). Ueber eine seltene Form der Lebercirrhose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 nov.) — Sur une forme rare de cirrhose hépatique.

Joslin (E. P.). Metabolism in diabetic coma, with especial reference to acid intoxication. (*Journ. of Med. Research*, nov.)

Kast (L.). Ueber das Verhalten der Herzaffectionen bei chronischem Gelenkrheumatismus, resp. Arthritis deformans. (*Prag. med. Wochensch.*, 10, 17, 24 et 31 oct.) — Des affections cardiaques dans le rhumatisme articulaire chronique et, en particulier, dans l'arthrite déformante.

Kraft (H.). Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane. In-8°, 61 p. avec fig. Strasbourg. — L'exploration des organes thoraciques au moyen des rayons de Röntgen.

Kühnemann (G.). Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Differential-Diagnostik. In-8°, 393 p. Leipzig.

Laqueur (A.). Zur Kenntnis urämischer Zustände. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 oct.) — Des états urémiques.

Levachov (S.). Des cirrhoses du foie d'origine cardiaque et de leur valeur au point de vue du diagnostic et du traitement des cardiopathies organiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 oct.)

Paltauf (R.). Dextrocardie und Dextroversio cordis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 oct.)

Sigaud (C.). Exploration externe du tube digestif et indications du régime alimentaire. (*Lyon méd.*, 6 et 13 oct.)

Stenitzer (R. von). Ueber den Fluctuationsnachweis bei Pleuraergüssen und dessen diagnostische Bedeutung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 nov.) — La recherche de la fluctuation dans les épanchements pleurétiques et sa signification diagnostique.

Strauss (H.). Zur Funktionsprüfung der Leber. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 oct. et 7 nov.) — De l'examen fonctionnel du foie.

Thomas (P.). Cirrhose hypertrophique alcoolique; hématome sous-cutané abdominal; érysipèle de la face; phlegmon du bras; ictère; œdème de la glotte. (*Lyon méd.*, 1er sept.)

Thomson (H. C.). Acute dilatation of the stomach, with illustrative cases. (*Lancet*, 26 oct.)

Ury (H.). Zur Methodik der Fäkaluntersuchungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 oct.) — Technique de l'examen des fèces.

Vaillant (A.). De l'anévrysme de l'aorte abdominale; son traitement par le sérum gélatiné. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 nov.)

Viannay (Ch.). Valeur séméiologique de l'adénopathie inguinale dans le diagnostic des cancers viscéraux. (*Lyon méd.*, 22 sept.)

Voss (G. von). Ueber eine besondere Form der Stenokardie (Pseudostenocardia rheumatica). (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 oct.)

Walbaum. Ein interessanter Fall von erworbener Dextrocardie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 sept.) — Un cas intéressant de dextrocardie acquise.

Wolff (A.). Untersuchungen über Pleuraergüsse : Die Degenerationserscheinungen in den pleuritischen Exsudaten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 nov.) — Recherches sur les épanchements pleurétiques.

MALADIES INFECTIEUSES

Anders (H. S.). The relation of sunshine to the prevalence of influenza. (*Med. News*, 9 nov.) — Le rapport entre la lumière solaire et les épidémies d'influenza.

Aubry. De la mort subite dans la convalescence de la diphtérie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 21 déc.)

Bernard (R.). Recherches critiques sur les épidémies de streptococcie. (*Rev. de méd.*, sept., nov. et déc.)

Celli (A.). Malaria, according to the new researches. (Trad. de l'italien par J. Eyre.) 2e éd. In-8°, 300 p. avec fig. Londres.

Doty (A. H.). On the mode of transmission of the infectious agent in yellow fever and its bearing upon quarantine regulations. (*Med. Record*, 26 oct.) — Le mode de transmission de l'agent infectieux de la fièvre jaune dans ses rapports avec les quarantaines.

Finlay (Ch. J.). Two different ways in which yellow fever may be transmitted by the culex mosquito — *Stegomyia tæniata*. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 nov.) — Deux modes de propagation de la fièvre jaune par la *Stegomyia tæniata*.

Francesconi (E.). Ricerche sperimentali sulle alterazioni del timo nelle infezioni. (*Clinica moderna*, 11 déc.)

Geirsvold (M.). Pestfaren og Europa. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.) — Le danger de la peste pour l'Europe.

Grixoni (G.). A proposito dell'agglutinazione del sangue malarico. (*Gazz. degli Osped.*, 17 nov.)

Hewlett (A. W.). On the presence of typhoid bacilli in the blood of typhoid-fever patients. (*Med. Record*, 30 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aaron (Ch. D.). The close relationship existing between epilepsy and dyspepsia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 oct.)

Bidon (H.). Quelques applications thérapeutiques de l'hypnotisme. (*Marseille méd.*, 15 nov. et 1er déc.)

Bikeles (G.). Zur Kenntnis des Symptomencomplexes bei disseminirter Hinter-Seitenstrangerkrankung (auf Grund von Befunden in einem Fall von Meningo-Myelitis probabil. luetica). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 1-2.) — Sur le syndrome correspondant aux lésions des faisceaux postéro-latéraux de la moelle (étude basée sur un cas de méningomyélite probablement syphilitique).

Bouchaud. A propos du signe de Ch. Bell dans la paralysie faciale périphérique. (*Journ. de neurol.*, 5 déc.)

Brandenberg (F.). Zur Aetiologie der Tetanie. (*Therap. Monatsh.*, nov.)

Brasch (M.). Beiträge zur Aetiologie der Tabes (Tabes infantilis hereditaria; Syphilis-Tabes-Paralyse unter Ehegatten; syphilitische Erscheinungen bei Tabikern). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.)

Carrière (G.). Sur un cas de paraplégie pottique. (*Nord méd.*, 1er déc.)

Dewey (R.). The psychosis in cerebral syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 oct.)

Diller (Th.). Some observations on the symptomatology and differential diagnosis of apoplexy, with the reports of several illustrative cases. (*Med. Record*, 9 nov.)

Ferraris (C.). Sulla neurite da tubercolosi. (*Riforma med.*, 13 et 14 déc.)

Finkelnburg. Ueber Myeloencephalitis disseminata und Sclerosis multiplex acuta mit anatomischem Befund. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.)

Gavazzeni (S.). Eziologia ed anatomia patologica delle encefaliti acute emorragiche (con due osservazioni personali). (*Policlinico*, partie méd., VIII, 12 bis.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Neuhaus. Ueber Tripper-Behandlung. (*Deutsche Praxis*, 10 oct.) — Traitement de la blennorrhagie.

Neumann. Ueber ein durch den internen Gebrauch von Solutio Fowleri entstandenes Erythema gyratum, papulosum und bullosum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 nov.)

Reiss (W.). Ueber die Haltbarkeit des Begriffes « primäre Syphilis » als rein locale Affection. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.)

Samberger (F.). Prispevek k nauce o syfilitické anaemii se zvlastnim ohiedem na zmeny krve a urobilinurii. (*Sbornik klinicky*, III, 2.) — Contribution à l'étude de l'anémie syphilitique.

Schneider (K.). Ueber die Bedeutung der Gonococcen für die Complicationen und Metastasen der Gonorrhoe. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 10.) — De la signification des gonocoques au point de vue des complications et des métastases dans la blennorrhagie.

Tannenhain (E. von). Zur Kenntnis des Pseudoxanthoma elasticum (Darier). (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 oct.)

Thimm (P.). Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2e éd. In-8°, 457 p. Leipzig. — Traitement des maladies cutanées et vénériennes.

Vollmer (E.). Ueber Mycosis fungoïdes Alibert. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 1-2.)

Westberg (F.). Ein Fall von mit weissen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er oct.) — Un cas de dermatose non encore décrite, se propageant par taches blanches.

CHIRURGIE

Andrews (E. W.). Tuberculosis herniosa and appendicitis tuberculosa. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Audibert (V.). Plaie pénétrante de l'abdomen par arme blanche. (*Marseille méd.*, 1er déc.)

Banks (Sir W. M.). Impressions about chloroform and ether. (*Lancet*, 16 nov.)

Beck (C.). Fracture of the carpal end of the radius, with fissure or fracture of the lower end of the ulna, and other associated injuries. (*Ann. of Surgery*, août.) — Fracture des extrémités inférieures du radius et du cubitus et autres lésions associées.

Bégouin. Dilatation cylindrique totale de l'œsophage. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 nov.)

Bell (R.). Cancer; its cause and cure. In-8°, 166 p. Londres.

Berg (J.). Ueber die Bedeutung des einfachen gethierschten Hautlambeaus in der plastischen Chirurgie. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 3.) — Valeur, au point de vue plastique, du lambeau cutané simple « épidermisé » sur la face profonde.

Bessel-Hagen (F.). Ueber plastische Operationen bei vollkommenem Verlust der Hautbedeckungen am Penis und Scrotum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — Des opérations plastiques pour destruction complète des téguments du pénis et du scrotum.

Bond (C. J.). Some practical points in the treatment of cases of fractured pelvis with ruptured bladder and of cases of ruptured urethra. (*Lancet*, 23 nov.)

Borelius (J.). Ueber bösartige Geschwülste der langen Röhrenknochen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 3.) — Sur les tumeurs malignes des os longs.

Brooks (H.). An unusual case of death from ether anæsthesia, with autopsy and microscopic study. (*Med. Record*, 9 nov.) — Un cas insolite de mort à la suite de la narcose par l'éther.

Brunn (W. von). Veränderungen der Niere nach Bauchhöhlen-Operationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — Altérations des reins à la suite des opérations sur la cavité abdominale.

Buck (A. H.). An improved incision in laparotomy for the prevention of post-operative hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 16 nov.)

Bunts (F. E.). Traumatic stricture of the esophagus. (*Med. News*, 23 nov.)

Busacca. Un cas rare d'entéro-épiplocèle inguinale. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, déc.)

Cabot (R. C.). Courvoisier's law. (*Med. News*, 30 nov.) — La loi de Courvoisier.

Carter (H. W.). Practical results with one thousand cases of nitrous oxide and ether narcosis. (*Med. Record*, 9 nov.) — 1,000 anesthésies au protoxyde d'azote et à l'éther.

Colmers (F.). Ueber plastische Operationen am Penis nach Zerstörungen seiner Hautbedeckungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — Des opérations plastiques pratiquées sur le pénis pour remédier à la destruction de ses téguments.

Connell (F. G.). The knot within the lumen in intestinal surgery, with report of nineteen cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 oct.) — La localisation des nœuds à l'intérieur de l'intestin dans l'entérorrhaphie; relation de 19 cas.

Coomes (M. F.). Plastic surgery of the face. (*Amer. Practitioner and News*, 15 nov.)

Cornil (V.) et **Coudray** (P.). Réparation de la moelle des os après destruction de cette substance chez le chien; moelle isolée de l'os; greffe médullaire; opérations qui intéressent le canal médullaire chez l'homme à l'état pathologique. (*Rev. de chir.*, oct. et déc.)

Deaver (J. B.) et **Ross** (G.). The mortality of appendicitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 oct.)

Dubar (L.) et **Potel** (G.). Les migrations pleurales des abcès du foie. (*Echo méd. du Nord*, 22 déc.)

Morestin (H.). Luxation ancienne du coude en arrière et en dehors. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Poncet (A.). Du rhumatisme tuberculeux. (*Lyon méd.*, 27 oct.)

Poullet (J.). Cure radicale des hernies sans ouverture du péritoine. (*Lyon méd.*, 24 nov.)

Quervain (F. de). De l'implantation du colon transverse dans le rectum ou dans l'anus. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Racoviceano. Chirurgie de la rate. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucharest*, oct.)

Schanz (A.). Die Behandlung des angeborenen Schiefhalses mit offener Durchschneidung des Kopfnickers und Watte-Redressionsverband. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 oct.) — Traitement du torticolis congénital par la section, à ciel ouvert, du sterno-cléido-mastoïdien, et un pansement ouaté.

Schloffer (H.). Zur Technik der Trigeminusresection. (*Prag. med. Wochensch.*, 31 oct.)

Smale (M.) et **Colyer** (J. F.). Diseases and injuries of the teeth, including pathology and treatment. 2e éd. In-8°, 700 p. Londres. — Maladies et traumatismes des dents.

Smirnov (G.). Actinomycose de la langue chez l'homme (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Stein (A.). Ueber die Erzeugung subkutaner Paraffinprothesen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 sept. et 3 oct.)

Tavel. Das Erysipeloïd. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXI, 5-6.)

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 30. Congress, abgehalten zu Berlin, vom 10.-13. April 1901. In-8°, LXIV-1022 p. avec fig. Berlin. — Compte rendu du 30e Congrès allemand de chirurgie.

Viannay (Ch.). Deux cas de localisations multiples et systématisées de la tuberculose : polysynovites tendineuses, spina ventosa multiples. (*Lyon méd.*, 20 oct.)

Webb (J. H.). Cancer, its nature and its treatment. (*Lancet*, 12 oct.)

Zahradnicky (F.). O primarnych resekcich pri gangraenosnich kylach uskrinutych. (*Sbornick klinicky*, III, 2.) — De la résection primitive de l'intestin gangreneux en cas de hernie étranglée.

UROLOGIE

Colineau. Traitement des rétrécissements uréthraux graves par une « pièce cutanée » mise à l'urèthre. (*Province méd.*, 14 et 21 déc.)

Hayden (J. R.). Rupture of the urethra; a report of cases. (*Med. Record*, 23 nov.)

Rafin. Le cathétérisme urétéral. (*Lyon méd.*, 29 sept.)

Többen (A.). Zur Kenntnis der cystischen Erweiterungen des Blasenendes der Ureteren. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 11.) — Des dilatations kystiques de l'extrémité vésicale des uretères.

Trendelenburg (F.). Ueber Heilung der angeborenen Blasenspalte mit Kontinenz des Urins. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 oct.) — Sur la cure de l'exstrophie de la vessie, avec continence de l'urine.

Wälsch (L.). Ueber chronische, nicht gonorrhoische Urethritis. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 oct.) — De l'uréthrite chronique non blennorrhagique.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Aichel (O.). Die Beurteilung des Wochenbettes nach der Pulszahl. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 nov.) — La signification de la fréquence du pouls dans les suites de couches.

Amann (J. A.). Zwei Fälle von Fibromyoma ligamenti rotundi. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Aubeau (A.). Traitement du cancer propagé de l'utérus aux tissus périphériques. (*Clinique gén. de chir.*, nov.)

Boursier (A.). Antéflexion congénitale et stérilité. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 nov.)

Bruch (A.). Hygiène de la grossesse. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, déc.)

Byford (H. T.). Conservative operations upon the uterine adnexa. (*Med. News*, 5 oct.)

Carr (W. P.). Twisted pedicle in ovarian tumors. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Torsion du pédicule dans les tumeurs de l'ovaire.

Chazan (S.). Ueber Zwillingsgeburten mit langen Pausen zwischen der Geburt des ersten und zweiten Zwillings. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 déc.) — Des accouchements gémellaires avec long intervalle entre la sortie du premier et du second fœtus.

Clark (J. G.). Natural method of draining the peritoneal cavity. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.)

Clarke (A. P.). Some forms of involving the uterine appendages. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Commandeur. Un cas de rétrécissement de l'excavation pelvienne par un abcès développé sur la face antérieure du sacrum. (*Province méd.*, 16 nov.)

De Lee (J. B.). A case of fatal hemorrhagic diathesis, with premature detachment of the placenta. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Drejer. 49 tilfælde af placenta prævia. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.)

Popov (D.). Diagnostic et traitement non sanglant des ruptures de l'utérus pendant le travail (en russe). (*Vratch*, 27 oct. et 3 nov.)

Rômniceanu et **Robin** (G.). 130 Fälle von infectiöser Kolpitis kleiner Mädchen mit positivem Gonokokkennachweis. (*Wien. med. Presse*, 27 oct.) — 130 cas de vaginite infectieuse, avec présence de gonocoques, chez des petites filles.

Rozánek (O.). Necrosis haemorrhagica pancreatis acida acuta und ihre Beziehung zum Klimakterium. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 et 26 sept., 10 oct. et 7 nov.)

Schäffer (O.). Atlas and epitome of labour and operative obstetrics. (Trad. de l'allemand par J. C. Edgar.) 5e éd. In-8°, 110 p. avec fig. et planches en couleurs. Londres et Philadelphie.

Soli (T.). La fecondità della donna in rapporto colla sua statura ed ampiezza del bacino. (*Lucina*, nov.)

Sorel (R.). Des indications de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations pelviennes. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 nov.)

Tate (M. A.). Management of face presentations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Hryntschak (Th.). Ueber Phosphor-Leberthran und Phosphor-Therapie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 3-4.) — L'huile de foie de morue phosphorée et le traitement par le phosphore en général.

Lemanski. Note sur l'emploi des persulfates, de la lécithine et de l'aniline dans la tuberculose. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, nov.)

Löfler (F.). Eine neue Behandlungsmethode des Carcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 oct.) — Une nouvelle méthode de traitement du cancer.

Lyonnet, Martz et **Martin**. Du vanadium en thérapeutique; son association à la strychnine. (*Lyon méd.*, 10 nov.)

Plehn (A.). Zur Dysenteriebehandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 sept.) — Traitement de la dysenterie.

Presta (A.) et **Tarruella** (J.). Tratamiento de las infecciones estreptococcicas y estafilococcicas por la levadura de cerveza; nota primera. (*Revista de medicina y cirugia*, juin.) — Traitement des infections streptococciques et staphylococciques par la levure de bière.

Scharff. Die Pasta serosa Schleichs; homogene Dermatotherapie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er nov.)

Straus (H.). Grundsätze der Diätbehandlung Magenkranker. (*Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Med.*, I, 12.) — Traitement diététique des maladies de l'estomac.

Zibell. Warum wirkt die Gelatine haemostatisch? (*Münch. med. Wochensch.*, 15 oct.) — Pourquoi la gélatine agit-elle comme hémostatique?

ÉLECTROTHÉRAPIE

Beck (C.). Ueber Sarkombehandlung mittels der Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 août.) — Traitement du sarcome par les rayons de Röntgen.

Bilhaut (M.). Métatarsalgie; utilisation des rayons X pour déterminer les indications thérapeutiques. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Bordier (H.). Sur le choix du métal à employer pour les électrodes. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Contremoulins (G.). Métroradiographie. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Krebs. Schwitzen in elektrischen Licht- und Heissluftkästen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 oct.) — La sudation dans les appareils électriques photothérapiques et à air surchauffé.

Strebel (H.). Die Brauchbarkeit des Inductionsfunkenlichtes in der Therapie. (*Wien. med. Presse*, 20 et 27 oct.) — L'emploi de la lumière électrique en thérapeutique.

Vernay. Traitement de la névralgie de la face par les courants galvaniques. (*Lyon méd.*, 3, 17 et 24 nov.)

Winkler (F.). Die elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten. (*Wien. med. Presse*, 13 oct.) — Traitement des affections cutanées par l'électricité statique.

BACTÉRIOLOGIE

Grawitz (P.). Die Eintrittspforten der Tuberkelbazillen und ihre Lokalisationen beim Menschen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 oct.) — Les portes d'entrée du bacille de la tuberculose et ses localisations dans l'organisme humain.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoën (15. Jahrgang, 1899). 2e partie. In-8°, p. 401 à 1040. Leipzig. — Revue annuelle des progrès de l'étude des microorganismes pathogènes.

Klemm (P.). Einige Bemerkungen über die Spezifität der Bakterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 oct.)

Novy (F. G.). The bacteriology of bubonic plague. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — La bactériologie de la peste bubonique.

Schläfrig (A.). Ueber eine pathogene Sarcine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 oct.)

Schüder. Zur Ausscheidung der Typhusbazillen durch den Harn. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 oct.) — De l'élimination des bacilles de la fièvre typhoïde par les urines.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — De la sténose hypertrophique du pylore (linite plastique à localisation pylorique; maladie fibroïde du pylore; gastrite hypertrophique sténosante), par M. le docteur Œttinger...... 153

MÉDECINE PRATIQUE. — La délimitation de l'estomac au moyen de la simple inspection. 156

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — A propos de l'anesthésie chirurgicale chez les cardiaques 157

Académie des sciences. — La glycosurie d'origine musculaire 157
Sur l'ostéomyélite aiguë polymicrobienne.. 157

Société de chirurgie. — A propos du traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte 157
Pathogénie de l'hallux valgus 157

Société médicale des hôpitaux. — De la chlorurie alimentaire expérimentale dans les néphrites 157
Les mélanodermies d'origine biliaire 158
Sur la contagiosité de l'angine et de la stomatite à bacilles fusiformes 158
Sulfaturie et injections salines sulfatées.... 158
Le processus angineux dans la scarlatine chez les enfants 158
Ectasie anévrysmatique de la portion ascendante de l'aorte, d'origine traumatique 158

Société de biologie. — Des échanges nutritifs chez un myxœdémateux soumis au traitement thyroïdien 158
Epilepsie expérimentale par augmentation de la concentration moléculaire du sang. 158
De l'influence de l'atropine sur la sécrétion pancréatique 158
Des effets de la dépression barométrique de courte durée sur la teneur du sang en hématies 158
L'immunisation à l'égard de la clavelée.... 159

Société de dermatologie et syphiligraphie. — Traitement du lupus et du psoriasis par le permanganate de potasse 159
Gangrène foudroyante de la verge 159
Syphilis oculaire 159
Tuberculose cutanée éléphantiasique des membres 159
Eczéma séborrhéique psoriasiforme 159
Morphée tubéreuse et morphée atrophique chez le même sujet 159

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur un goitre colloïde contenu dans un kyste dermoïde de l'ovaire 159
Sur les causes du glaucome aigu 159

Société de médecine interne de Berlin. — Fièvre typhoïde sans lésions intestinales 159

Lettres d'Autriche. — Thrombose de la veine jugulaire interne avec foyer de gangrène pulmonaire au cours d'une otorrhée..... 160
Réparation des pertes de substance de la paupière inférieure au moyen d'un lambeau cartilagineux emprunté à l'oreille... 160
Des calculs enkystés de la vessie 160

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement du muguet par des applications de nitrate d'argent en solution forte 160
Les insufflations d'acétanilide contre l'otite moyenne purulente chronique chez les enfants 160

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acétanilide en insufflation contre l'otite moyenne purulente chronique chez les enfants 160^{3}
Affections cardiaques et anesthésie chirurgicale 157^{1}
Anesthésie chirurgicale chez les cardiaques. 157^{1}
Anévrysme traumatique de la portion ascendante de la crosse de l'aorte 158^{2}
Anévrysmes de l'aorte 157^{2}
Angine à bacilles fusiformes et sa contagiosité 158^{1}
Angines de la scarlatine 158^{2}
Appendicite et mort subite pendant la convalescence 158^{2}
Atropine et ses effets sur la sécrétion pancréatique 158^{3}
Azotate d'argent en solution forte contre le muguet 160^{2}
Calculs enkystés de la vessie 160^{1}
Chlorures et leur élimination en cas de néphrite 157^{3}
Cholémie familiale et mélanodermies 158^{1}
Clavelée et son immunisation 159^{1}
Dépression barométrique et teneur du sang en hématies 158^{3}
Eczéma séborrhéique psoriasiforme 159^{2}
Epilepsie expérimentale par augmentation de la concentration moléculaire du sang... 158^{3}
Estomac et sa délimitation par simple inspection 156^{3}
Fièvre typhoïde sans lésions intestinales.... 159^{3}
Gangrène foudroyante de la verge 159^{1}
Glaucome aigu et ses causes 159^{3}
Glycosurie d'origine musculaire 157^{2}
Goitre colloïde contenu dans un kyste de l'ovaire 159^{3}
Hallux valgus 157^{3}
Hémoglobine et action de l'urine 159^{1}
Kyste dermoïde de l'ovaire contenant un goitre colloïde 159^{3}
Linite plastique 153^{1}
Lipase et sa présence dans le sérum normal. 157^{2}
Lupus 159^{1}
Mélanodermies et cholémie familiale 158^{1}
Morphée tubéreuse et morphée atrophique.. 159^{2}
Muguet 160^{2}
Néphrites et élimination des chlorures 157^{3}
Ostéomyélite suraiguë non suppurée 157^{2}
Otite moyenne purulente chronique chez les enfants 160^{3}
— purulente avec thrombose de la jugulaire et gangrène pulmonaire 160^{1}
Permanganate de potasse contre le lupus et le psoriasis 159^{1}
Pertes de substance de la paupière inférieure 160^{1}
Psoriasis 159^{1}
Sang et augmentation de sa concentration moléculaire dans l'épilepsie expérimentale 158^{3}
— et sa teneur en hématies sous l'influence de la dépression barométrique 158^{3}
Scarlatine et angines 158^{2}
Sténose hypertrophique du pylore 153^{1}
Stomatite ulcéro-membraneuse chez les enfants 160^{2}
Sulfates en injections sous-cutanées et leur élimination 158^{2}
Syphilis oculaire 159^{2}
Teinture d'iode contre la stomatite ulcéro-membraneuse chez les enfants 160^{2}
Thrombose de la jugulaire interne et gangrène pulmonaire au cours d'une otite purulente 160^{1}
Thyroïdothérapie et échanges nutritifs 158^{2}
Traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte 157^{2}
— de l'angine à bacilles fusiformes. 158^{1}
— de la sténose hypertrophique du pylore 153^{1}
— de la stomatite ulcéro-membraneuse chez les enfants 160^{2}
— de la syphilis oculaire 159^{2}
— de l'eczéma séborrhéique psoriasiforme 159^{2}
— de l'otite moyenne purulente chronique chez les enfants 160^{3}
— des calculs enkystés de la vessie. 160^{1}
— des pertes de substance de la paupière inférieure 160^{1}
— du lupus 159^{1}
— du muguet 160^{2}
— du psoriasis 159^{1}
Tuberculose cutanée éléphantiasique 159^{2}
Urine et son action sur l'hémoglobine 159^{1}

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Rouchy, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berne. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Leon Asher (*physiologie*); Max Howald (*anatomie pathologique*).

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Herman Steudel est nommé privatdocent de médecine.

VARIA

Réunion de l'Association médicale britannique en 1902.

La soixante-dixième session de l'Association britannique aura lieu à Manchester du 29 juillet au 1er août 1902.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

PHYSIOLOGIE

Bordier (H.) et **Gilet**. Electrolyse des tissus animaux et des liquides organiques. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Fornario (G.). Funzionalità renale e ricambio materiale. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 9, 11, 12 et 12 bis.)

Fränkel (L.). Experimentelle Untersuchungen über die Function des Corpus luteum (Theorie von Born). (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 25 déc.)

Grünbaum (R.) et **Amson** (H.). Ueber die Beziehungen der Muskelarbeit zur Pulsfrequenz. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 6.) — Des rapports entre le travail musculaire et la fréquence du pouls.

Levachov (I.). Des procédés graphiques de détermination de la pression sanguine chez l'homme (en russe). (*Vratch*, 24 nov. et 8 déc.)

Marina (A.). Importanza del ganglio ciliare come centro periferico per lo sfintere dell'iride. (*Gazz. degli Osped.*, 10 nov.)

Sokolov (A.). Physiologie de la vision binoculaire (en russe). (*Vratch*, 17 nov.)

Soudzilovsky (E.). Influence de l'antipyrine sur l'organisme animal (en russe). (*Vratch*, 17 et 24 nov.)

Spiro (R.). Ueber die Wirkung der Alkoholklysmen auf die Magensaftsekretion beim Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 nov.) — L'influence des lavements d'alcool sur la sécrétion de suc gastrique chez l'homme.

Wettendorff. Modifications du sang sous l'influence de la privation d'eau; contribution à l'étude de la soif. (*Policlinique*, 15 déc.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Arloing (S.). Inoculabilité de la tuberculose humaine aux herbivores. (*Lyon méd.*, 1er déc.)

Auché (B.) et **Vaillant** (L.). Altérations quantitatives et qualitatives des globules blancs du sang produites par les injections intraveineuses de venin de serpent. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 déc.)

Brunner (H.). Ueber kritische Tage und kosmische Wirkungen auf pathologische Ereignisse. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 1.) — Des jours critiques et des influences cosmiques dans les phénomènes morbides.

Centanni (E.). La citoprecipitina e il suo valore diagnostico; 1. comunicazione. (*Riforma med.*, 21 et 23 déc.)

Friedmann (F.). Untersuchungen über Vererbung von Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 nov.) — Recherches sur l'hérédité dans la tuberculose.

Gruber (M.). Zur Theorie der Antikörper: Ueber die Antitoxin-Immunität. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 et 19 nov.)

Landsteiner (K.). Ueber Agglutinationserscheinungen normalen menschlichen Blutes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 nov.) — Sur l'agglutination du sang humain normal.

Le Damany (P.). Influence de la destruction du point d'ossification dans les os courts, les os longs et leurs épiphyses, sur le développement de ces os ou portions d'os. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 4.)

MÉDECINE

Anders (J. M.). Some respiratory conditions dependent upon gout and obesity. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 oct.)

Ascoli (G.). Zur Pathologie der Lebercirrhose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 4-5.) — De la cirrhose du foie.

Baudouin (F.). Paralysies compliquant une angine membraneuse reconnue comme non diphtérique à l'examen bactériologique. (*Touraine méd.*, nov.)

Bishop (L. F.). The early recognition and management of arterial degeneration. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 nov.) — Le diagnostic précoce et le traitement de la dégénérescence artérielle.

Boas (I.). Diseases of the intestines. (Trad. de l'allemand par S. Basch.) In-8°, 574 p. Londres.

Bordoni (L.). La crioscopia nelle malattie renali e la patogenesi dell'uremia. (*Clinica moderna*, 4, 11 et 18 déc.)

Bouzoud. Intoxication saturnine à marche rapide; paralysies à forme généralisée. (*Loire méd.*, déc.)

Box (Ch. R.) et **Wallace** (C. S.). A further contribution on acute dilatation of the stomach, with an account of two additional cases. (*Lancet*, 9 nov.)

Bradshaw (T. R.). Acute yellow atrophy of the liver. (*Brit. Med. Journ.*, 30 nov.) — Atrophie jaune aiguë du foie.

Brügelman. Aetiologie und Symptomatologie des Asthmas. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 et 16 nov.)

Carp (J.). Ueber einen Fall von früh aufgetretener Lungenembolie im Verlaufe einer posttyphösen Phlebitis. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 déc.) — Un cas d'embolie pulmonaire précoce au cours d'une phlébite post-typhoïdique.

Chavigny (M.). Traumatismes articulaires (hydarthroses en particulier) et troubles de la sensibilité. (*Rev. de méd.*, déc.)

Davis (G. E.). The pathology of Bright's disease. (*Med. Record*, 2 nov.)

De Luca (B.). La patogenesi dell'asma bronchiale. (*Riforma med.*, 6, 7, 9 et 10 déc.)

Di Pietro (M.). Contributo all'eziologia della pellagra. (*Policlinico*, 21 déc.)

Drasche. Ueber Herzgeräusche. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 nov.) — Bruits cardiaques.

Edel (P.). «Cyklische» Albuminurie und neue Gesichtspunkte für die Bekämpfung von Albuminurien. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 et 19 nov.)

Ewing (J.). Clinical pathology of the blood; treatise on the general principles and special applications of hematology. In-8°, 432 p. Londres.

Galippe (V.). Etude sur l'hérédité des anomalies des maxillaires et des dents; hérédité similaire, hérédité dissemblable. (*Rev. de méd.*, oct., nov. et déc.)

Gautrelet (E.). Constance et valeur séméiologique de la peptonurie dans les maladies par aberration de la nutrition. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, oct.-nov.-déc.)

Grande (E.). Contributo clinico al ritmo respiratorio del «Cheyne-Stokes» ed altri fenomeni associati. (*Riforma med.*, 27 déc.)

Gross. Accident mortel à la suite de l'administration d'un lavement. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er nov.)

Hall (J. N.). Report of seventy cases of acute lobar pneumonia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 nov.)

Hawthorn (E.). Urémie et insuffisance surrénale avec syndrôme d'Addison. (*Marseille méd.*, 15 déc.)

Hirsch (C.). Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom sogen. Fettherzen. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 nov.) — L'état actuel de nos connaissances sur le « cœur graisseux ».

Janowsky (Th.) et **Wyssokowicz** (W.). Ein Fall von Dermatomyositis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 6.)

MALADIES INFECTIEUSES

Ivanov (A.). Du sérodiagnostic de la tuberculose (en russe). (*Méd. Obozr.*, déc.)

Kashiwamura (S.). Die Schilddrüse bei Infections-Krankheiten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 3.) — La glande thyroïde dans les maladies infectieuses.

Koch (J.). Zur Diagnose des acuten Rotzes beim Menschen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — Diagnostic de la morve aiguë chez l'homme.

Kühn (A.) et **Suckstorff** (A.). Beitrag zur Statistik, Pathologie und Therapie des Abdominaltyphus (klinischer Bericht über die im Jahre 1900 in der medizinischen Klinik zu Rostock behandelten Fälle). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 4-5.)

Kürt (L.). Ueber ein natürliches Schutzmittel bei Angina diphtheritica und Angina scarlatinosa. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 nov.) — Un moyen naturel de défense dans l'angine diphtérique et l'angine scarlatineuse.

Lustig (A.). Intorno alle vaccinazioni preventive contro la peste bubbonica. (*Clinica moderna*, 4 déc.)

Manson (P.). The etiology of beri-beri. (*Lancet*, 23 nov.)

Reed (W.) et **Carroll** (J.). The prevention of yellow fever. (*Med. Record*, 26 oct.) — La prophylaxie de la fièvre jaune.

Salmon (D. E.). Is rabies a specific disease? (*Med. Record*, 23 nov.) — La rage est-elle une maladie spécifique?

Silberschmidt (W.). Zur bakteriologischen Diagnose der Aktinomykose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 nov.)

Tramer (A.). Beiträge zur hämorrhagischen Diathese bei Typhus abdominalis. (*Wien. med. Presse*, 24 nov.)

Van Beneden (A.). Diazoréaction et tuberculose. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, nov.)

Vergely (J.). Croup sans angine; contagion tardive. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 nov.)

Walsh (J.). Postdiphtheritic urticaria. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 oct.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Gläser (J.). Blutung in den Pons Varolii ohne Convulsionen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 et 21 déc.) — Hémorrhagie de la protubérance sans convulsions.

Greene (Ch. L.). A case of acromegaly presenting certain features of unusual interest. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 oct.)

Gross (A.). Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 4-5.)

Grunow. Zur Poliomyelitis anterior (chronica und acuta) der Erwachsenen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.) — De la poliomyélite des adultes.

Halban (H. von). Weiterer Beitrag zur Kenntnis der juvenilen Tabes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 nov.)

Hale (A. B.) et **Kuh** (S.). Mirror-writing and the inverted image. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 nov.) — L'écriture en miroir et les images interverties.

Heldenbergh (C.). Un cas de névrite radiculaire double du plexus brachial avec paralysie unilatérale complète de la troisième paire, simulant une pachyméningite cervicale hypertrophique. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Higier (H.). Zur Klinik der Schweissanomalien bei Poliomyelitis anterior (spinale Kinderlähmung) und posterior (Herpes zoster). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.) — Des anomalies sudorales dans la poliomyélite antérieure et postérieure.

Hoffmann (J.). Die multiple Sklerose des Centralnervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 1-2.)

Hudovernig (C.). Zur Pathogenese der Arthropathieen bei Syringomyelie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 déc.)

CHIRURGIE

Debrie (E.-J.). Bec de lièvre congénital compliqué de fissure alvéolo-palatine avec saillie et torsion des os intermaxillaires internes. (*Province méd.*, 16 nov.)

De Forest Willard. Removal of foreign bodies from the air passages. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 oct.) — Extraction des corps étrangers des voies respiratoires.

Dehler (A.). Zur Heilung traumatischer Schädeldefecte nach Müller-König. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — La cure des pertes de substance du crâne d'après le procédé de Müller-König.

Delagenière. Diagnostic et pathogénie de l'ectopie rénale. (*Touraine méd.*, nov.)

Denis. Eléphantiasis du scrotum; oschéotomie; guérison. (*Bull. méd. de l'Algérie*, déc.)

Duchamp (V.). La hernie est-elle un accident? (*Loire méd.*, déc.)

Dumstrey (F.). Ueber Nervenpfropfung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 1-2.) — De la greffe nerveuse.

Dunn (J. H.). The treatment of empyema. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 oct.)

Durante (G.). Occlusions congénitales de l'intestin. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Eisendrath (D. N.). The surgery of pulmonary abscess, gangrene and bronchiectasis following pneumonia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9, 16 et 23 nov.)

Elgart (J.). Ueber Indication und Methodik der Darmwandexcision bei gangränösen Hernien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.)

Elsberg (Ch. A.). A contribution to the pathology, diagnosis and treatment of subphrenic abscesses after appendicitis. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Fantino (G.). Appunti sugli ascessi cerebrali. (*Riforma med.*, 19 et 20 déc.)

Finkelstein (B.). Des ruptures du foie (en russe). (*Vratch*, 3 nov.)

Fiori (P.). A proposito della anatomia patologica e della riduzione incruenta della lussazione congenita dell'anca. (*Clinica moderna*, 18 déc.)

Florio (G.) et **Santi** (P.). La crioscopia delle urine e del sangue nelle affezioni chirurgiche renali e nelle cisti da echinococco al fegato; nota preventiva. (*Riforma med.*, 12 déc.)

Gilford (H.). After-care of cases which have been operated upon for perforation of the stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 16 nov.) — Traitement post-opératoire en cas d'intervention pour perforation de l'estomac.

Gladstone (R. J.). Obturator hernia of the bladder and of the Fallopian tube. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Goelet (A. H.). Results and advantages of closing the nephrorrhaphy wound with aseptic adhesive strips. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 oct.) — Avantages du pansement de la plaie, en cas de néphrorrhaphie, au moyen de bandes adhésives aseptiques.

Gottstein (G.). Die diagnostische Bedeutung der Probeexcision auf œsophagoscopischem Wege. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — La valeur diagnostique de l'excision exploratrice pratiquée à l'aide de l'œsophagoscopie.

Grekov (I.). Des blessures du foie par instruments piquants et tranchants (en russe). (*Vratch*, 3 nov.)

Hammond (L. J.). Partial gastrectomy for hemorrhagic ulcer. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 oct.)

Hardoüin (P.). Embolie pulmonaire dans un cas de fracture simple de l'humérus. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 4.)

Hückl (E.). Ueber Anaesthesie mittelst Bierscher subarachnoidealer Kokaininjektion. (*Pest. med.-chir. Presse*, 10, 17 et 24 nov.)

Huntington (Th. W.). Note on X-ray burns and their treatment. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Les brûlures dues aux rayons de Röntgen et leur traitement.

Ito (H.) et **Omi** (K.). Klinische und experimentelle Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ascites. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 1-2.)

Joachimsthal. Beiträge zum Verhalten des Hüftgelenks bei der angeborenen Verrenkung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — L'état de l'articulation coxo-fémorale dans la luxation congénitale de la hanche.

Kozlovsky. Bedeutung der Corning-Bier'schen Analgesie des Rückenmarkes für die Kriegschirurgie. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 nov.) — Valeur de la rachicocaïnisation en chirurgie de guerre.

Kuhn (F.). Die perorale Intubation. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 28 déc.)

Küttner (H.). Durch Naht geheilte Stichverletzung des Pankreas. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 1.) — Blessure du pancréas par instrument piquant; suture; guérison.

Morestin (H.). Vieille luxation congénitale de la hanche. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

OPHTALMOLOGIE

Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie (18e année, 1901). In-8°, XXXI-548 p. avec fig.

Collomb (A.) et **Müller** (G.). A propos d'un cas d'ophtalmie métastatique monoculaire avec abcès du bras, d'origine puerpérale. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Coppez (H.). Cinq cas de tumeurs et pseudotumeurs de la glande lacrymale. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, déc.)

Cosse (F.). Valeur des opérations de strabisme. (*Touraine méd.*, nov.)

Davis (A.). Strabismus; its treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 et 9 nov.)

Friedenwald (H.). The newer pathology of the retina, with special reference to the changes produced in the ganglion cells by certain toxic agents. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 nov.)

Gallemaerts. Traitement des kératites par l'électrolyse. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, déc.)

Gould (G. M.). The non-surgical treatment of heterophoria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 nov.)

Hubbell (A.). Total retroflexion of the iris. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 nov.)

Jackson (E.). The treatment of strabismus other than operative. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 oct.) — Le traitement non opératoire du strabisme.

Kabloukov (A.). 200 extractions de cataracte (en russe). (*Méd. Obozr.*, déc.)

Lor (L.). Le traitement du pannus par l'électrolyse péri- et supra-cornéenne. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, déc.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Duplay (S.) et **Clado** (S.). Infection tuberculeuse des organes génitaux de la femme. (*Arch. gén. de méd.*, déc.)

Emanuel (R.). Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Drüsenkrebs und Hornkrebs im Uteruskörper, zugleich ein Beitrag zur Histogenese der primären Hornkrebse. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 3.) — Sur la coexistence du cancer glandulaire et de l'épithélioma dans le corps de l'utérus; contribution à l'histogenèse de l'épithélioma primitif.

Goldberg (O.). 23 Bauchschnitte bei Stieltorsion von Ovarial- resp. Parovarialtumoren (mit einem Todesfall). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — 23 laparotomies pour torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire et du parovarium.

Grandin (E. H.) et **Jarman** (G. W.). Text-book on practical obstetrics. 3e éd. In-8°, 526 p. Londres.

Heinsius (F.). Beiträge zur Lehre von der Tubargravidität, insbesondere zur Lehre von der Einbettung des Eis in der Tube. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 3.) — De la grossesse tubaire et, en particulier, de la fixation de l'œuf dans la trompe.

Henne (H.). Zur Reposition des Nabelschnurvorfalls. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 déc.) — Réduction du cordon ombilical prolabé.

Holmes (R. W.). Ablatio placentæ; a study based upon 200 cases in the literature. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Kehrer (E.). Beitrag zur Behandlung chronischer Beckenexsudate. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 déc.) — Traitement des exsudats pelviens chroniques.

King (A. F. A.). Manual of obstetrics. 8e éd. In-8°, 612 p. avec fig. Londres.

Latzko (W.). Beiträge zur Technik der Embryotomie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Le Roy Broun. A comparative study of the immediate recovery of patients following vaginal, total abdominal and supravaginal hysterectomies, involving in all 130 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Libov (B.). Des injections intra-utérines (en russe). (*Vratch*, 10, 17 et 24 nov.)

PÉDIATRIE

Ausset (E.) et **Breton**. Un cas de nodosités rhumatismales chez un enfant de quatorze ans. (*Echo méd. du Nord*, 8 déc.)

Bilik (L.). Zur Pasteurisirung der Milch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 5-6.) — La pasteurisation du lait.

Bókay (J. von). Beiträge zur Lokalbehandlung der im Gefolge der Intubation entstandenen Geschwüre des Kehlkopfes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 nov.) — Traitement local des ulcérations du larynx consécutives au tubage.

Bradford (E. H.). Tendon and muscle transference and arthrodesis in infantile paralysis. (*Med. News*, 16 nov.)

English (W. T.). Infantile pleurisy with effusion. (*Med. News*, 16 nov.)

Gershel (M.). The value of the Widal reaction in the diagnosis of typhoid fever in children. (*Med. Record*, 23 nov.)

Heim (P.). Die Behandlung der croupösen Pneumonie im Kindesalter. (*Therap. Monatsh.*, nov.) — Traitement de la pneumonie lobaire chez les enfants.

Immerwol (V.). Beitrag zur Heilung des Hydrocephalus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 5-6.) — Sur la guérison de l'hydrocéphalie.

Lisanti (A.). L'ittero e la congestione epatica dei neonati. (*Riforma med.*, 4 déc.)

Massalongo (R.). Della polmonite acuta appendicolare nei bambini. (*Riforma med.*, 11 déc.)

Passini (F.). Ueber drei Fälle von Lebercirrhose im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 5-6.) — Trois cas de cirrhose du foie chez des enfants.

Poscharyski. Zur Frage der Bacteriurie bei Kindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 5-6.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bardes (A. C.). Nasal obstruction and ear disease. (*Med. Record*, 16 nov.) — Obstruction nasale et maladies de l'oreille.

Boulai et **Dide**. Paralysies du larynx d'origine centrale. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 4.)

Brown (J. P.). Diseases of nose and throat. In-8°, 492 p. avec fig. Londres. — Maladies du nez et de la gorge.

De Marsi (A.). L'operazione delle vegetazioni adenoidi. (*Policlinico*, 28 déc.)

Demme (K.). Ueber Gefässanomalien im Pharynx. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 nov.) — Les anomalies vasculaires du pharynx.

Jack (F. L.). The treatment of acute otitis media. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 oct.)

Leduc (S.). De la méthode des aspirations dans le traitement de la tuberculose du larynx. (*Gaz. méd. de Nantes*, 16 nov.)

Masini (G.). Di una nuova tirotomia per laringite sottoglottica. (*Gazz. degli Osped.*, 8 déc.)

Moure (E. J.). De la suture immédiate des voies aériennes après les opérations pratiquées sur la trachée et le larynx. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 et 22 déc.)

Neubauer (A.). Radikaloperation des Warzenfortsatzes und Plastik desselben. (*Pest. med.-chir. Presse*, 17 nov.) — Cure radicale de la mastoïdite avec autoplastie.

Rosenstirn (J.). Operation for caries of the mastoid, secondary opening of the lateral sinus, and ligation of the internal jugular vein. (*Med. Record*, 23 nov.)

Rundström (A.). Untersuchungen von Taubstummen und vergleichende Untersuchungen über Gehörreste bei Taubstummen und Schwerhörigen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 3.) — Recherches sur la surdimutité et sur les vestiges de capacité auditive chez les sourds-muets et chez les sujets durs d'oreille.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Expertises médico-légales concernant l'empoisonnement. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Curini-Galletti (C.). La ricerca del glicogeno e del glucosio dei muscoli nelle morti violente e nelle morti lente. (*Gazz. degli Osped.*, 29 déc.)

Embden (H.). Zur Kenntnis der metallischen Nervengifte: Ueber die chronische Manganvergiftung der Braunsteinmüller. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 nov.) — Sur les poisons métalliques des nerfs: intoxication chronique par le peroxyde de manganèse.

Garnier (P.). La criminalité juvénile; étiologie du meurtre. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Hausner (I.). De la réaction biologique du sang (en russe). (*Méd. Obozr.*, déc.)

Jaquet (A.). Ueber Bromethylvergiftung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 4-5.) — De l'intoxication par le bromure d'éthyle.

Mirto (D.). Contusione cerebrale per contraccolpo; revisione di perizia. (*Pisani*, XXII, 3.)

Rouby. Les aliénés en liberté. (*Bull. méd. de l'Algérie*, déc.)

Wateff (S.). Ein Fall von Vergiftung mit Oleandrin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 nov.) — Un cas d'intoxication par l'oléandrine.

22e ANNÉE. — N° 20. Vingt centimes le numéro. 14 MAI 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Les anophèles sont-ils les agents uniques et indispensables de la transmission du paludisme? par M. le docteur G. Montoro de Francesco....... 161

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Sur les accidents de la chloroformisation 164
Autoplastie du nez.......... 164
Société de chirurgie. — Des appendicites gangreneuses.......... 164
Division congénitale de la narine.......... 164
Société médicale des hôpitaux. — De l'élimination des phosphates dans les affections aiguës.......... 165
Phlébosclérose des veines superficielles des membres.......... 165
De la rétention des chlorures dans les néphrites.......... 165
Société de biologie. — Le sang dans les diverses formes de la tuberculose expérimentale du cobaye.......... 165
Origine des vésicules hydatiques filles..... 165
Effets de la lécithine sur le squelette et le système nerveux.......... 165
Sur une variété de diplocoque associé au bacille de Koch dans un cas de méningite tuberculeuse.......... 165
Spécificité du bubon chancrelleux.......... 165

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Unité pathogénique de la dysenterie; spécificité de son germe.......... 165
Ulcère bulleux récidivant des membres inférieurs.......... 166
Un procédé nouveau d'anus artificiel en un seul temps.......... 166
Sur un cas d'orchite tuberculeuse chez un enfant de trois semaines.......... 166
Publications allemandes. — Contribution à l'épidémiologie de la diphtérie.......... 166
Sur la staphylococcie.......... 167
De la vraie cystite éberthienne.......... 167
Publications hongroises. — De l'emploi combiné du cathétérisme des uretères et de la radiographie.......... 167
De la cause des récidives cancéreuses dans les ganglions lymphatiques, et modification du procédé opératoire.......... 167
Des cryptosarcomes de la choroïde.......... 167
Contribution à la pathologie du rhinosclérome.......... 168

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les inconvénients de l'emploi simultané de préparations iodées et d'injections de calomel.......... 168
Applications cutanées de gaïacol à petites doses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.......... 168
Emploi du chlorure de calcium pour éviter les hémorrhagies consécutives à l'avulsion des dents.......... 168
Traitement de la syphilis par des injections fréquentes de salicylate de mercure à doses fractionnées.......... 168
Emploi du formol pour conserver l'extrait surrénal et les solutions de cocaïne.......... 168

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Anesthésie chirurgicale.......... 164^{3}
Anophèles et paludisme.......... 161^{1}
Anus artificiel en un temps.......... 166^{2}
Appendicites gangreneuses.......... 164^{3}
Autoplastie du nez.......... 164^{3}
Bubon chancrelleux et sa spécificité.......... 165^{3}
Cancer de l'ampoule de Vater.......... 165^{2}
— et ses récidives.......... 167^{3}
Chloroformisation et moyens d'en prévenir les accidents.......... 164^{2}
Chlorure de calcium contre les hémorrhagies dentaires.......... 168^{3}
Chlorures et leur rétention dans les néphrites 165^{1}
Cryptosarcomes de la choroïde.......... 167^{3}
Cystite éberthienne.......... 167^{1}
Diphtérie et ses épidémies.......... 166^{3}
Diplocoque particulier dans un cas de méningite tuberculeuse.......... 165^{3}
Division congénitale de la narine.......... 164^{3}
Dysenterie et son unité pathogénique.......... 165^{3}
Fièvre typhoïde et cystite.......... 167^{1}
Formol pour conserver l'extrait surrénal et les solutions de cocaïne.......... 168^{3}
Gaïacol en applications contre la tuberculose pulmonaire.......... 168^{2}
Hémorrhagies dentaires.......... 168^{3}
Injections de calomel associées au traitement ioduré et leurs inconvénients.......... 168^{1}
Lécithine et ses effets.......... 165^{3}
Méningite tuberculeuse.......... 165^{3}
Néphrites et rétention des chlorures.......... 165^{1}
Orchite tuberculeuse chez un enfant de trois semaines.......... 166^{3}
Paludisme et anophèles.......... 161^{1}
Phlébosclérose des veines superficielles des membres.......... 165^{1}
Phosphates et leur élimination dans les affections aiguës.......... 165^{1}
Radiographie des uretères cathétérisés.......... 167^{2}
Rhinosclérome et sa pathogénie.......... 168^{1}
Salicylate de mercure en injections contre la syphilis.......... 168^{3}
Sang dans la tuberculose expérimentale.......... 165^{2}
Staphylococcie.......... 167^{1}
Syphilis.......... 168^{1} 168^{3}
Traitement de la division congénitale de la narine.......... 164^{3}
— de la syphilis.......... 168^{1} 168^{3}
— de la tuberculose pulmonaire.......... 168^{2}
— de l'ulcère de l'estomac.......... 165^{3}
Tuberculose expérimentale et formule hématologique.......... 165^{2}
— pulmonaire.......... 168^{2}
Ulcère bulleux récidivant des membres inférieurs.......... 166^{1}
— de l'estomac.......... 165^{3}
Vésicules hydatiques filles et leur origine.......... 165^{2}

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur P.-L. Dionis du Séjour est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Budapest. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Tiberius von Györy (*histoire de la médecine*); Edmund Krompecher (*physiologie*).

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Carmelo Abate est nommé privatdocent de laryngologie.

University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur George E. de Schweinitz, professeur au Jefferson Medical College, est nommé professeur d'ophtalmologie, en remplacement de M. Norris, décédé.

VARIA

Congrès égyptien de médecine en 1902.

Le premier Congrès égyptien de médecine, qui devait siéger du 10 au 14 décembre, se tiendra au Caire du 19 au 23 décembre 1902.

NÉCROLOGIE

M. le docteur N. Kalindero, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bucharest, correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur F. L. Goltz, professeur émérite de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur F. Trautmann, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur J. Bruck, privatdocent d'odontologie à la Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur W. D. Middleton, professeur de chirurgie au Medical Department of State University d'Iowa. — M. le docteur Meredith Clymer, ancien professeur des maladies du système nerveux à l'Albany Medical College.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882* : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1901* inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Arnold (J.). Ueber feinere Structuren der Leber; ein weiterer Beitrag zur Granula-Lehre. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 3.) — Sur la structure fine du foie.

Cunéo et **Marcille**. Lymphatiques de l'ombilic. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Ito. Zur vitalen Färbung des Blutes. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 déc.) — Sur la coloration vitale du sang.

Kornilovitch (N.). Un procédé simple de fixation du sang sur la lame porte-objet (en russe). (*Vratch*, 17 nov.)

Langley (J. N.). Practical histology. In-8°, 348 p. Londres.

Pappenheim (A.). Eine panoptische Triazidfärbung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 nov.)

Testut (L.). Note sur les nerfs moteurs et sensitifs de l'orbite dans leur trajet à travers le sinus caverneux et la fente sphénoïdale. (*Lyon méd.*, 29 déc.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bellamy (H. F.). The myeloid tumour of tendon sheaths. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.) — Les tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses.

Blum (F.). Ueber Nieren-Veränderungen bei Ausfall der Schilddrüsen-Thätigkeit (Nephritis interstitialis auto-intoxicatoria). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 3.)

Burkhardt (L.). Das Verhalten der Altmannschen Granula in Zellen maligner Tumoren und ihre Bedeutung für die Geschwulstlehre. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — Les granulations d'Altmann dans les cellules des tumeurs malignes et leur signification pour l'étude des néoplasmes.

Cornil (V.). Tumeurs du cerveau d'origine épendymaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

De Vecchi (B.) et **Guerrini** (G.). On primary sarcoma of the liver; critical observation and contribution of two new cases. (*Med. News*, 23 nov.) — Le sarcome primaire du foie.

Enderlen et **Justi**. Beiträge zur Kenntnis der Unna'schen Plasmazellen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 1-2.)

Hänel (H.). Zur pathologischen Anatomie der Hemiathetose; zugleich Beitrag zur Kenntnis der aus der Vierhügelgegend absteigenden Bahnen beim Menschen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 1-2.) — Anatomie pathologique de l'hémiathétose; contribution à l'étude des faisceaux partant de la région des tubercules quadrijumeaux chez l'homme.

MÉDECINE

Josserand (E.) et **Gallavardin** (L.). De l'asystolie progressive des jeunes sujets par myocardite subaiguë primitive. (*Arch. gén. de méd.*, nov. et déc.)

Knapp (M. I.). Butyric and acetic acids in the contents of the stomach, and tests for their detection. (*Med. Record*, 16 nov.)

Leavell (H. N.). The relation of interstitial nephritis to the heart. (*Amer. Practitioner and News*, 1er nov.) — Rapports entre la néphrite interstitielle et le cœur.

Leclerc (R.). Tuberculose pulmonaire coïncidant avec la ménopause. (*Année méd. de Caen*, déc.)

Leduc (S.). Courbe d'ascension thermométrique et calorimétrie clinique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 14 déc.)

Lemanski. Hématémèse et mélœna chez un cachectique paludéen. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, déc.)

Le Ray. Contribution à l'étude de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, observée aux pays chauds. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, oct.-nov.-déc.)

Lucatello (L.) et **Malfatti** (E.). Contributo allo studio delle funzioni epatiche nei pellagrosi. (*Gazz. degli Osped.*, 3 nov.)

Minciotti (G.). Sull'orticaria pleuritica. (*Gazz. degli Osped.*, 10 nov.)

Mongour (Ch.) et **Charrier**. Méningite cérébro-spinale à méningocoques; fièvre typhoïde; ponction lombaire; guérison. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 nov.)

Müller (W.). Experimentelle und klinische Studien über Pneumonie: Ueber den Keimgehalt normaler Tierlungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 6.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Josserand. Paralysie hystéro-saturnine du nerf radial. (*Lyon méd.*, 22 déc.)

Kankarovitch (I.). Un cas de polynévrite d'origine blennorrhagique (en russe). (*Vratch*, 3 nov.)

Keller (F.). Bergsteigecuren für Nervenkranke. (*Therap. Monatsh.*, oct. et nov.) — Les ascensions de montagne comme moyen de traitement des maladies du système nerveux.

König (W.). Beiträge zur Klinik der cerebralen Kinderlähmungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.) — Etude clinique des paralysies infantiles d'origine cérébrale.

Levinsohn (G.) et **Arndt** (M.). Ueber die Einwirkung der gebräuchlichen Pupillenreagentien auf pathologische Pupillen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.) — L'influence des réactifs pupillaires usuels sur les pupilles pathologiques.

Lipliavsky (S.). Neuromyosite chez un alcoolique (en russe). (*Vratch*, 17 nov.)

Marina (A.). Studien über die Pathologie des Ciliarganglions bei Menschen, mit besonderer Berücksichtigung desselben bei der progressiven Paralyse und Tabes; vergleichende Studien mit dem Ganglion Gasseri und cervicale supremum; Bedeutung des Ciliarganglions als Centrum für den Sphincter iridis bei Menschen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.)

Mayer (E.). The progressive muscular atrophies. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 oct.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Alexander (A.). Zur Klinik und Histologie der Folliclis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 6.)

Broter (L.). The management of acute gonorrhea. (*Med. News*, 16 nov.)

Campana (R.). Eczema settico; orticaria da piogeni. (*Riforma med.*, 28 déc.)

Carle. Du traitement de la goutte militaire (blennorrhagie chronique de la prostate). (*Lyon méd.*, 1er et 8 déc.)

Dubreuilh (W.). Leucomélanodermie syphilitique. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er déc.)

Duhot. Un cas d'ulcus rodens développé sur un lupus. (*Ann. de la policlinique centrale de Bruxelles*, déc.)

Finger (E.). Ueber Syphilis der Mundhöhle. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 oct., 2 et 9 nov.) — Syphilis de la cavité buccale.

Hardaway (W. A.). Clinical manual of skin diseases, with special reference to diagnosis and treatment. 2e éd. In-8°, 560 p. Londres. — Manuel clinique des maladies de la peau.

Jadassohn. Bemerkungen zur Syphilistherapie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 nov.)

Jourdran. La lèpre et les léproseries à Madagascar. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, oct.-nov.-déc.)

Langdon (F. W.). Syphilis of the nervous system; its general pathology, with remarks on treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 oct.)

Malherbe (H.). Syphilis secondaire et accidents nerveux; hystérie; polydipsie; polyurie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 nov.)

Nobl (G.). Zur Kenntnis der erworbenen genitalen Lymphangiectasie. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 et 30 nov.) — Sur les lymphangiectasies acquises des organes génitaux.

Oppenheim (M.) et **Löwenbach** (G.). Blutuntersuchungen bei constitutioneller Syphilis unter dem Einflusse der Quecksilbertherapie, mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 4-5.) — Recherches hématologiques dans les cas de syphilis constitutionnelle soumis au traitement mercuriel, surtout au point de vue de la teneur du sang en fer.

Patrick (H. T.). The somatic signs of brain syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 oct.) — Les signes somatiques de la syphilis cérébrale.

Primet. La prophylaxie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, oct.-nov.-déc.)

Tréguier. Dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

CHIRURGIE

Jeney (A.). Casuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie der Darminvagination. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 nov.)

Laplace (E.). Some unusual features of appendicitis and their treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 oct.)

Leaf (C. H.). Carcinoma mammæ; on the necessity for taking steps during the operation for removal to obviate the risk of subsequent dissemination. (*Lancet*, 30 nov.) — Le cancer du sein et les précautions à prendre lors de son ablation en vue d'éviter la dissémination consécutive du mal.

Leduc (S.). Opération du phimosis par le galvanocautère. (*Gaz. méd. de Nantes*, 30 nov.)

Le Fort (R.). Luxation latérale interne du pouce. (*Echo méd. du Nord*, 17 nov.)

Maass. Die Tuberculose des Sprunggelenks, nach Beobachtungen der Göttinger Klinik (1875-1892). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — La tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne, d'après les observations de la clinique de Gœttingue (1875-1892).

Marshall (J. S.). Principles and practice of operative dentistry. In-8°, 635 p. avec fig. Londres.

Mastri (C.). Herpes zoster quale complicanza di tetano traumatico. (*Riforma med.*, 4 déc.)

Mayo (W. J.). Carcinoma of the cæcum, with report of cases in which the cæcum was removed for malignant disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 oct.)

McGraw (Th. A.). The use and limitations of the elastic ligature in intestinal surgery. (*Med. Record*, 5 oct.)

McKenzie (B. E.). Orthopedic treatment of deformities and disabilities resulting from diseases of the nervous system; special reference to tendon transposition. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 oct.)

Neermann (N.). Ueber postoperativen Prolapsus der Viscera. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 2 et 3.)

Niemack (J.). Contribution to the surgery of true cystic kidney. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Chirurgie du rein kystique vrai.

Ogston (A.). The freezing-point of the blood and secretions as an aid to prognosis. (*Lancet*, 9 nov.) — La valeur pronostique de la cryoscopie du sang et des sécrétions [en chirurgie].

Orlow (L.). Ueber die sporadische Elephantiasis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 1-2.)

Patel. Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire; nouvelles observations. (*Rev. de chir.*, déc.)

Picone (E.). Estesa resezione costale; decorticatio pulmonis; muscolo-pleurectomia; pneumectomia. (*Riforma med.*, 24 déc.)

Poullet (J.). De la cure radicale des hernies. (*Lyon méd.*, 22 déc.)

Powers (Ch. A.). Giant sacrococcygeal tumors; an account of one which pursued an atrophic course. (*Med. News*, 26 oct.)

Pupovac (D.). Beiträge zur Casuistik und Therapie des Echinococcus, insbesondere des Nierenechinococcus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 nov.) — Traitement de l'échinococcose et, en particulier, des kystes hydatiques du rein.

Quervain (F. de). Ueber den seitlichen Bauchbruch. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — De la hernie abdominale latérale.

Rheinwald (M.). Ein Fall von symmetrischem Sarkom beider Oberarmknochen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 1.) — Sarcome symétrique des deux humérus.

Roncali (D.). Laminectomia per disturbi funzionali consecutivi a caduta sulla regione sacrale; contributo alla sintomatologia ed alla diagnosi dei traumi della coda equina e del cono terminale. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 11, 12 et 12 bis.)

Ross (J.) et **O'Reilly** (E. B.). Chronic ulceration of the stomach simulating cancerous disease; relation of a case of gastroenterostomy with the Murphy button; recovery. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 nov.)

Samokhotzky (S.). 42 résections du genou (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

UROLOGIE

Adenot. Rein mobile accompagné de crises douloureuses par rétention rénale; cathétérisme de l'uretère; amélioration très marquée des crises et de l'état général. (*Lyon méd.*, 1er déc.)

Desnos (E.). Pronostic des rétrécissements de l'urèthre. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, oct.-nov.-déc.)

Dohrn (K.). Das Röntgenbild als diagnostisches Hilfsmittel zum Nachweis von Blasensteinen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 1-2.) — La radiographie comme moyen adjuvant de diagnostic des calculs vésicaux.

D'Urso (G.). Osservazioni cliniche di calcolosi vescicale e vescico-uretrale. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 12 bis.)

Eastman (J. R.). A further report on permanent catheterization. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 nov.)

Fuller (E.). Prostatectomy, the method of choice in the management of prostatic obstruction. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 nov.)

Greene (R. H.). Fallacies in the treatment of urethral diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 nov.)

Guiteras (R.). Prostatectomy versus prostatotomy in the radical treatment of senile hypertrophy of the prostate. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 nov.)

Horwitz (O.). The present status of the Bottini operation as a method of treatment in obstructive hypertrophy of the prostate gland, derived from a summary of 888 operations by 48 operators. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16, 23 et 30 nov.)

Illyés (G. von). Ureterkatheterismus und Radiographie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 1-2.)

Jaklin (J.). Galvanokausticka diairesa dle Bottiniho a radikalni léceni ischurie pri zbytneni predstojnice. (*Casopis lékaru ceskych*, 23 et 30 nov., 7 et 14 déc.) — L'opération de Bottini et la cure radicale de l'ischurie dans l'hypertrophie de la prostate.

Kolischer (G.) et **Schmidt** (L. E.). New method of skiagraphic diagnosis for renal and ureteral surgery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 nov.)

OPHTALMOLOGIE

Moinson (L.). Le kératocone et son traitement. (*Clinique gén. de chir.*, nov.)

Nuel (J.-P.). Paralysie du nerf oculomoteur externe comme seul symptôme d'une déchirure traumatique de l'artère carotide interne dans le sinus caverneux. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, déc.)

Puccioni (G.). Modificazione al processo Angelucci per l'operazione di ptosi. (*Policlinico*, 14 déc.)

Riolacci. Les accidents de l'œil au point de vue des expertises en matière civile. (*Loire méd.*, oct., nov. et déc.)

Rogman. Remarques sur le diagnostic des tumeurs et des pseudo-tumeurs intra-oculaires. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, déc.)

Rollet. Exophtalmie guérie par orbitotomie malaire. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Savage (G. C.). The operative treatment of heterophoria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 nov.)

Starkey (H. M.). A table of ocular extrinsic paralyses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 nov.)

Sulzer. De l'unité de mesure de l'acuité visuelle. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Todd (F. C.). Mules' operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 nov.)

Uribe-Troncoso. Pathogénie du glaucome. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Van Duyse. Embolie simultanée de l'artère centrale des deux rétines. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, déc.)

Weymann (M. F.). Tarsadenitis Meibomica. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Lönnberg (I.). Zur Kenntnis des Carcinoma folliculoides ovarii. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 3.)

Mathes (P.). Ueber Autolyse der Placenta. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 déc.)

Menge. Das Wesen der Dysmenorrhoe. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 déc.) — La nature de la dysménorrhée.

Noble (Ch. P.). The ultimate results of operation for cancer of the uterus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 nov.)

Payer (A.). Ein Fall von auffallend langer Tube bei einer stielgedrehten Parovarialcyste. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Allongement excessif de la trompe dans un cas de kyste du parovarium avec torsion du pédicule.

Pfeifer (J.). Ueber die Aetiologie der weiblichen Sterilität. (*Pest. med.-chir. Presse*, 10 nov.)

Prentiss (D. W.). A case of fever during the puerperium caused by a large lumbricoid worm in the intestine. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Quénu (E.) et **Longuet** (L.). Des tumeurs des trompes. (*Rev. de chir.*, oct. et déc.)

Rosenfeld (W.). Zur Pessartherapie bei Prolapsus uteri et vaginae. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 déc.)

Saniter (R.). Drillingsgeburten; eineiige Drillinge. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVI, 3.) — Grossesses triples; grossesses triples univitellines.

Schäffer (O.). Ueber ein neues Frühmerkmal begonnener Schwangerschaft und über ein Gleiches betreffs des Absterbens junger Früchte. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 déc.) — Sur un nouveau signe précoce de la grossesse et de l'avortement imminent.

Schultze (B. S.). Zur Kenntnis der Todesart des Kindes bei vorzeitiger Lösung der Placenta. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 déc.) — Sur le mécanisme de la mort du fœtus en cas de décollement prématuré du placenta.

Sellheim. Bildungsfehler beim weiblichen Geschlechte. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 nov.) — Malformations des organes génitaux chez la femme.

Smith (A. L.). A case of transplantation of the ureter for the cure of uretero-vaginal fistula. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 oct.)

Stinson (J. C.). The treatment of intraperitoneal inflammation and suppuration in the pelvis and vicinity by the post-cervical incision, etc. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Stowe (H. M.). Tracheotomy in breech presentation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 oct.) — La trachéotomie dans la présentation du siège.

Thomson (H.). Behandlung gynäkologischer Krankheiten mit heisser Luft. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 déc.) — Traitement des affections gynécologiques au moyen de l'air chaud.

HYGIÈNE

Baudran (G.). Doses maxima des alcools, essences et liqueurs. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Bergey (D. H.). Principles of hygiene. In-8°, 496 p. avec fig. Londres.

Compte rendu des travaux du conseil d'hygiène et de salubrité du département des Bouches-du-Rhône. T. XXXI. In-8°, 295 p. avec planches. Marseille.

Haazen (V.). Désinfection au moyen de la formaline. In-8°, 12 p. avec fig. Angers.

Russell (H. L.). Bovine tuberculosis and milk supplies. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 nov.) — La tuberculose bovine et le laitage.

Teutsch (R.). Les écueils du traitement hygiénique et de l'éducation prophylactique publique dans la tuberculose pulmonaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, oct.-nov.-déc.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Boinet. Du touraillon d'orge en thérapeutique. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Capogrossi (A.). Intorno all'azione della chinina sui parassiti della malaria. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 12 et 12 bis.)

De Lancey Rochester. The treatment of pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 nov.)

Deléarde. Le traitement de la colique saturnine par l'injection épidurale de cocaïne. (*Echo méd. du Nord*, 17 nov.)

Dennis (F. S.). The treatment of malignant disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 oct.)

Dickerson (W. L.). The abortive treatment of pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 nov.)

Feuillade (H.). Tétanos chronique; action du persulfate de soude sur les contractures. (*Lyon méd.*, 29 déc.)

Fischer (L.). Typhoid fever; dietetic treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 nov.)

Gelibert (A.). De l'action du persulfate de soude sur les contractures dans le tétanos. (*Lyon méd.*, 15 déc.)

Grudzinski (Z.) et **Konwerski** (S.). Swiatlo, jako srodek leczniczy. (*Gaz. lekarska*, 12, 19 et 26 oct. et 2 nov.) — La lumière comme agent thérapeutique.

Guthrie (L. G.). The treatment of hemiplegia. (*Lancet*, 19 oct.)

Honsell (B.). Ueber Alkoholinjektionen bei inoperablen Angiomen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 1.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Leduc (S.). Emploi du vide de Geissler pour la production des rayons chimiques. (*Gaz. méd. de Nantes*, 21 déc.)

Marie (T.). Technique des applications médicales de la lumière électrique. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

Massaut (J.). Note sur quelques névralgies traitées par la galvanisation. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, oct.-nov.-déc.)

Vernay. Traitement du paramyoclonus multiplex par l'électricité statique. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

Winkler (F.). Die elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 nov.) — Traitement électrostatique des maladies cutanées.

Yonge (E. S.). The treatment of ozæna by cupric electrolysis. (*Lancet*, 9 nov.)

BACTÉRIOLOGIE

Besredka. De l'hémolysine streptococcique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Cobbett (L.). A note on Neisser's test for diphtheria bacilli. (*Lancet*, 23 nov.)

De Cigna (V.). Il bacillo tubercolare negli espettorati è in rapporto alle associazioni microbiche, dal punto di vista della guaribilità dell'infezione. (*Gazz. degli Osped.*, 15 déc.)

Geret (L.). Einwirkung steriler Dauerhefe auf Bakterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 nov.) — Action de la levure de bière stérilisée sur les bactéries.

Himmel (J.). Contribution à l'étude de l'immunité des animaux vis-à-vis du bacille du chancre mou. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Koch (R.). Ueber die Agglutination der Tuberkelbazillen und über die Verwertung dieser Agglutination. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 nov.) — L'agglutination des bacilles de la tuberculose et son utilisation en thérapeutique.

Pane (N.). Sull'emolisina di alcuni batteri (streptococco, pneumococco, bacillo del tifo). (*Gazz. degli Osped.*, 1er déc.)

Rupp (A.). Concerning the clinical significance of the Klebs-Löffler bacillus. (*Med. Record*, 9 nov.)

Savage (W. G.). Pseudo-clumping in cultures of the typhoid bacillus. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.) — Pseudo-agglutination dans les cultures de bacilles typhoïdiques.

Sternberg (G. M.). Text-book of bacteriology. In-8°, 720 p. avec fig. et planches. Londres.

Tizzoni (G.) et **Panichi** (L.). Ricerche sopra una varietà nevrotossica dello pneumococco del Fränkel. (*Gazz. degli Osped.*, 24 nov. et 1er déc.)

Zeit (F. R.). Effect of direct, alternating Tesla currents and X-rays on bacteria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 nov.)

Zinno (A.). Di un nuovo terreno di cultura per i batteri. (*Riforma med.*, 16 déc.)

22e ANNÉE. — N° 21. Vingt centimes le numéro. 21 MAI 1902.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES. — Des lésions valvulaires du cœur par effort, au point de vue des accidents du travail, par M. le docteur F. de Quervain 169

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Gélo-diagnostic de la fièvre typhoïde et des eaux typhogènes 171
Sur les dangers de la chloroformisation 172

Société de chirurgie. — Subluxation du pubis et rupture de l'urèthre membraneux 172
Du diagnostic de l'appendicite gangreneuse 172
Ligature de la veine cave inférieure, suivie de guérison 172

Société de biologie. — Propriétés hémolysantes du sérum humain 172
Sur les néphrotoxines 172
Action des courants continus sur l'intestin grêle 172
Action parasiticide du sublimé et du formol sur les germes hydatiques 172

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Un cas de périthéliome de l'utérus 172
A propos de la luxation congénitale de la hanche 172
Empyème aigu du sinus sphénoïdal à la suite de l'influenza 173

Lettres d'Autriche. — De l'implantation des uretères dans l'S iliaque 173
Nature des corps de Zuckerkandl et des groupes cellulaires « chromaffines » 173
Escharés de la peau chez les ouvriers qui manipulent la soude 173
Lèpre et syringomyélie 173
Diabète pancréatique avec ictère 173

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Recherches concernant l'influence de la position du corps sur l'évacuation de l'estomac 173
De l'extraction, par l'estomac, des corps étrangers de la partie inférieure de l'œsophage 173
Sur la dysenterie expérimentale chez le chien 174
Contribution au diagnostic de la môle hydatiforme 174

Publications anglaises. — Un cas d'actinomycose du cou; opération suivie de guérison 174
Séroréaction de Widal dans un cas de méningite tuberculeuse 174
Un cas de diathèse hémorrhagique à terminaison fatale due au décollement prématuré du placenta 174
Note sur les brûlures par les rayons X et sur leur traitement 174

Publications italiennes. — Des abcès sous-muqueux du larynx consécutifs au croup 175
Sur le diagnostic histologique de la rage ... 175

Publications scandinaves. — Etudes de bactériologie clinique sur les bronchites 175
Curieux exemple de corps étranger du rectum 176

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Un nouveau procédé opératoire des hémorrhoïdes 176
La valeur thérapeutique du repos au lit dans le délire épileptique 176
Emploi de la thyroïdothérapie dans l'éclampsie puerpérale 176
A propos du traitement de la phtisie pulmonaire par l'hyperémie artificielle 176

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès sous-muqueux du larynx consécutifs au croup .... 175[1]
Actinomycose du cou .... 174[1]
Alitement contre le délire épileptique .... 176[2]
Amylase du sang et son origine .... 172[3]
Appendicite gangreneuse .... 172[1]
Bacille typhique et sa recherche dans l'eau et les matières fécales .... 171[3]
Bronchites et leur bactériologie .... 175[3]
Brûlures par les rayons X .... 174[3]
Chloroformisation .... 172[1]
Corps de Zuckerkandl et leurs fonctions .... 173[2]
— étranger de l'œsophage .... 173[3]
— — du rectum .... 176[1]
Courants continus et leur action sur l'intestin grêle .... 172[2]
Croup et abcès sous-muqueux du larynx .... 175[1]
Décollement prématuré du placenta avec hémorrhagie mortelle .... 174[3]
Délire épileptique .... 176[2]
Diabète pancréatique avec ictère .... 173[2]
Dysenterie expérimentale chez le chien .... 174[1]
Eclampsie puerpérale .... 176[3]
Empyème aigu du sinus sphénoïdal à la suite de l'influenza .... 173[1]
Eschares de la peau chez les ouvriers qui manipulent la soude .... 173[2]
Evacuation de l'estomac suivant la position du corps .... 173[2]
Exstrophie de la vessie .... 173[1]
Fièvre typhoïde et son gélo-diagnostic .... 171[3]
Germes hydatiques et substances qui les détruisent .... 172[3]
Grippe et empyème aigu du sinus sphénoïdal. 173[1]
Hémorrhagie mortelle par décollement prématuré du placenta .... 174[3]
Hémorrhoïdes .... 176[1]
Hyperémie artificielle contre la tuberculose pulmonaire .... 176[3]
Lèpre et syringomyélie .... 173[2]
Lésions valvulaires du cœur par effort ...... 169[1]
Ligature de la veine cave inférieure .... 172[2]
Luxation congénitale de la hanche .... 172[3]
Méningite tuberculeuse avec séro-réaction positive .... 174[2]
Môle hydatiforme et son diagnostic .... 174[1]
Néphrotoxines .... 172[2]
Périthéliome de l'utérus .... 172[3]
Position du corps et son influence sur l'évacuation de l'estomac .... 173[2]
Rage et son diagnostic histologique .... 175[2]
Sérum humain et ses propriétés hémolysantes .... 172[2]
Subluxation du pubis avec rupture de l'urèthre membraneux .... 172[1]
Syringomyélie et lèpre .... 173[2]
Thyroïdothérapie de l'éclampsie puerpérale. 176[3]
Traitement chirurgical des hémorrhoïdes ... 176[1]
— de la tuberculose pulmonaire .... 176[3]
— de l'éclampsie puerpérale .... 176[3]
— de l'exstrophie de la vessie ..... 173[1]
— des brûlures par rayons X ...... 174[3]
— des corps étrangers de l'œsophage .... 173[3]
— du délire épileptique .... 176[2]
Tuberculose pulmonaire .... 176[3]

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Johannes Pfannenstiel, privatdocent à la Faculté de médecine de Breslau, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. H. Löhlein, décédé.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Fritz Moritz, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Munich, est nommé professeur ordinaire de médecine interne, en remplacement de M. Krehl, démissionnaire.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Arnaldo Fumagalli, privatdocent à la Faculté de médecine de Pise, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1901* inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1901), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Luzzatto (A. M.). Contributo all'istologia dei tumori primitivi del rene. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 déc.)

Meinertz (J.). Ein ungewöhnlicher Fall von angeborener Missbildung des Herzens. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 3.) — Un cas insolite de malformation congénitale du cœur.

Muir (J. C.). The condition of the blood and marrow in chronic arsenical poisoning, with special reference to the occurrence of cutaneous pigmentation. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.) — L'état du sang et de la moelle épinière dans l'intoxication chronique par l'arsenic, surtout au point de vue de la pigmentation cutanée.

Sawada. Die Veränderungen der weichen Hirnhaut bei acuten Infections-Krankheiten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVI, 3.) — Les altérations de la pie-mère cérébrale dans les maladies infectieuses aiguës.

Walsham (H.). Some observations on tuberculosis of the cervical and bronchial lymphatic glands. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Baumgarten (P.). Ueber experimentelle Lungenphthise. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 nov.) — La tuberculose pulmonaire expérimentale.

Caminiti (R.). La dura madre nelle riparazioni delle lesioni del cranio; ricerche sperimentali. (*Clinica chirurgica*, mai.)

Foà (C.). Sur la transplantation des testicules. (*Arch. ital. de biol.*, XXXV, 3.)

Pavy (F. W.). Experimental glycosuria. (*Brit. Med. Journ.*, 12 oct.)

Tonzig (C.). Ueber Auswaschung des Organismus bei der experimentellen tetanischen Infektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 oct.) — Du lavage de l'organisme dans le tétanos expérimental.

Walker (E. W. A.). On the production and specific treatment of typhoid infection in animals. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Levaditi (C.). Sur l'état de la cytase dans le plasma des animaux normaux et des organismes vaccinés contre le vibrion cholérique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Metchnikoff. Etudes biologiques sur la vieillesse : sur le blanchiment des cheveux et des poils. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Pezzolini (P.). Contributo allo studio della rigenerazione del tessuto elastico nelle cicatrici; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 22 déc.)

Pfeiffer (R.) et **Friedberger** (E.). Ueber die im normalen Ziegenserum enthaltenen bakteriolytischen Stoffe (Ambiceptoren Ehrlich's). (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 nov.) — Des substances bactériolytiques contenues dans le sérum normal des chèvres.

Pöhl (A. von). Die Nervenüberreizungen als Ursache von Autointoxikationen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 nov.) — Le surmenage nerveux en tant que cause des auto-intoxications.

Ribbert (H.). Ueber die parasitäre Natur des Carcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 nov.)

Sjöbring (N.). Ueber Krebsparasiten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 1.) — Sur les parasites du cancer.

Tizzoni (G.) et **Collina** (M.). Sugli effetti della tossina del tetano in rapporto alla sede della iniezione. (*Gazz. degli Osped.*, 17 nov.)

MÉDECINE

Abrams (A.). Spasmodic bronchostenosis. (*Med. Record*, 7 déc.)

Babcock (R. H.). Adherent pericardium. (*Med. News*, 14 déc.)

Beach (W.). Rectocolitis. (*Med. News*, 14 déc.)

Blumer (G.) et **MacFarlane** (A.). An epidemic of noma; report of 16 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Brügelmann (W.). Die verschiedenen Formen des Asthma und ihre Behandlung. (*Berlin. Klinik*, déc.) — Les diverses formes de l'asthme et leur traitement.

Bulletin des travaux de la Société médicale de l'arrondissement de l'Elysée (VIII[e] arrondissement) à Paris, pendant l'année 1900. In-8°, 156 p. Clermont.

Choksy (N. H.). Acute emphysematous gangrene. (*Lancet*, 7 déc.)

Crenshaw (H.). An improved method for introduction of the stomach tube. (*Med. Record*, 21 déc.)

Cumston (Ch. G.). The pathology and treatment of bilocular stomach, with a report of two cases. (*Med. News*, 7 déc.)

Decastello (A. von). Ueber Pigmenthypertrophien und Atrophien der Haut in Verbindung mit perniciöser Anämie (ein Beitrag zur Kenntnis der Vitiligo). (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 déc.) — Des hypertrophies et atrophies pigmentaires de la peau, liées à l'anémie pernicieuse.

Edsall (D. L.). A contribution concerning creatinin excretion. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, déc.)

Naamé. Pneumo et cardio-paludisme. (*Rev. de méd.*, déc.)

Picot. Sur le pronostic de l'insuffisance aortique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 déc.)

Reichmann (E.). Zur Grössenbestimmung innerer Organe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 nov.) — La détermination des dimensions des organes internes.

Reinhold. Zwei Fälle von Durchbruch eines Aneurysma der Aorta ascendens in die Vena cava superior. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 6.)

Risel (W.). Zur Kenntnis des Chloroms. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 1.)

Rosenblath (W.). Ueber Chlorom und Leukämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 1.)

Schwarz (E.). Ueber Analyse des Pulses. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 oct. et 2 nov.)

Seiler (F.). Ueber eine neue Methode der Untersuchung der Magenfunctionen nach Prof. Sahli. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 4-5.) — La nouvelle méthode du professeur Sahli pour l'exploration des fonctions de l'estomac.

Vaughan (V. C.). The etiology and classification of cirrhosis of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 oct.) — L'étiologie et la classification des cirrhoses du foie.

Verger et **Abadie.** Sur un cas de gingivite à spirilles et à bacilles fusiformes de Vincent. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Mayet (L.). Alcoolisme et aliénation mentale. (*Arch. gén. de méd.*, déc.)

Müller (L. R.). Klinische und experimentelle Studien über die Innervation der Blase, des Mastdarms und des Genitalapparates. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 1-2.) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'innervation de la vessie, du rectum et des organes génitaux.

Pándy (C.). Die Entstehung der Tabes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1[er] déc.) — La pathogénie du tabes.

Pearce (F. S.). Symptomatology of cerebral hemorrhage. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 oct.)

Pick (A.). Ueber Symptomencomplexe, bedingt durch die Combination subcorticaler Herdaffectionen mit seniler Hirnatrophie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 nov.) — Des syndromes dus à l'association des lésions sous-corticales en foyer et de l'atrophie cérébrale sénile.

Pitres (A.). L'état mental neurasthénique. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 nov.)

Rose (U.). Ueber eine eigentümliche Form von progressiver Muskelatrophie nach Trauma. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 4-5.)

Rumpf (Th.) et **Schumm** (O.). Ueber chemische Aenderungen der Musculatur bei der Entartungsreaction. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.) — Sur les modifications chimiques de la musculature en cas de réaction de dégénérescence.

Sailer (J.). The supraorbital reflex in facial paralysis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 nov.)

Sänger (A.). Ueber Hirnsymptome bei Carcinomatose. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1[er] déc.) — Des troubles cérébraux dans la carcinomatose.

Scherb. De l'hémiplégie syphilitique. (*Bull. méd. de l'Algérie*, déc.)

Schlöss (H.). Ueber den Einfluss der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 nov.) — L'influence du régime alimentaire sur l'évolution de l'épilepsie.

Stintzing (R.). Ueber Neuritis und Polyneuritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 nov.)

Stockton (G.). Melancholia and its treatment. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 oct.)

Strümpell (A.). Ueber das Tibialisphänomen und verwandte Muskelsynergien bei spastischen Paresen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, 5-6.)

Thomson (W. H.). Pathology and treatment of migraine. (*Med. Record*, 16 nov.)

Voss (G. von). Fünf Fälle von Kleinhirntumor. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 1-2.) — 5 cas de tumeur du cervelet.

Walker (W. K.). Some remarks on the etiology of apoplexies. (*Med. Record*, 9 nov.)

Zacher. Ueber einen Fall von doppelseitigem, symmetrisch gelegenem Erweichungsherd im Stirnhirn und Neuritis optica. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1[er] déc.) — Un foyer de ramollissement bilatéral et symétrique au niveau du lobe frontal avec névrite optique.

CHIRURGIE

Albu (A.). Ueber die Grenzen der Zulässigkeit ausgedehnter Darmresectionen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 déc.) — Les limites dans la tolérance des résections étendues de l'intestin.

Becher (J. A.). Ueber die Frühdiagnose der Arthritis deformans coxae. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 nov.)

Beck (C.). On the differentiation between inflammatory processes and neoplasms of the bones by the Röntgen-rays. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Diagnostic différentiel entre les phlegmasies et les néoplasmes des os, au moyen des rayons de Röntgen.

Biggs (M. H.). Myositis fibrosa. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.)

Borchard. Luxation und Torsion der Patella nach aussen durch Muskelzug. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — Luxation et torsion de la rotule en dehors par contraction musculaire.

Borchardt (M.). Symptomatologie und Therapie der Halsrippen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 déc.) — Symptomatologie et traitement des côtes cervicales.

Coomes (M. F.). Foreign bodies in the air-passages. (*Amer. Practitioner and News*, 1[er] déc.) — Corps étrangers des voies respiratoires.

Da Costa (J. C.). The clinical value of blood examinations in appendicitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — La valeur clinique de l'examen du sang dans l'appendicite.

Deaver (J. B.). Appendiceal fistula. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 nov.)

Eisendrath (D. N.). Acute cholecystitis and cholangitis as a complication of gallstones. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 nov.) — Cholécystite et angiocholite aiguës en tant que complications de la lithiase biliaire.

Fiori (P.). Nota clinico-istologica sopra una varietà di sarcoma del mascellare inferiore. (*Morgagni*, déc.)

Frazier (Ch. H.) et **Holloway** (T. B.). A study of the post-operative changes in the blood. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.) — Modifications post-opératoires du sang.

Morestin (H.). Hématocèle funiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Rivet. Adénites et adénophlegmons de la joue. (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 déc.)

Schopf (F.). Verletzungen des Halsteiles des Ductus thoracicus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 nov.) — Traumatismes de la portion cervicale du canal thoracique.

Sheldon (J. G.). Gangrene following the use of carbolic acid. (*Med. Record*, 16 nov.)

Shoemaker (J.). Zur Technik der Kraniotomie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 14 déc.)

Sizémsky (V.). Des affections parascorbutiques des os et des articulations (en russe). (*Vratch*, 10 nov.)

Taddei (D.). Ricerche sperimentali sopra un processo di emostasia per la resezione del fegato; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 24 nov.)

Tomaselli (G.). Mieloma delle guaine tendinee. (*Riforma med.*, 17 déc.)

Toussaint (H.). Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc.)

Ullmann (E.). Benützung von Unterhautzellgewebslappen bei Operationen. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 et 23 nov.) — Utilisation des lambeaux de tissu cellulaire sous-cutané pour opérations.

Vallas. La cure radicale des hernies. (*Lyon méd.*, 8 déc.)

Veron. Appendicite consécutive à la déglutition de corps étrangers. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 4.)

Viannay (Ch.) et **Tolot** (G.). Pleurésie putride primitive à migration insolite dans la paroi abdominale antérieure, simulant un abcès gazeux sous-phrénique; opération; guérison. (*Arch. gén. de méd.*, déc.)

Vignard. De l'appendicectomie sous-séreuse et de quelques modifications opératoires dans la résection de l'appendice. (*Rev. de chir.*, déc.)

Villar (F.). Nouvelle observation d'extirpation du ganglion de Gasser. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 déc.)

Wiesinger. Ueber Dauerresultate bei Darmausschaltung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 1-2.) — Sur les résultats définitifs de l'exclusion de l'intestin.

Wieting (J.). Ein Verband für Unterkieferfrakturen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 21 déc.) — Appareil pour fractures du maxillaire inférieur.

Wyss (M.). Zwei Decennien Nierenchirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 1.) — Vingt ans de chirurgie rénale.

Young (W. B.) et **Johnson** (W. M.). Report of 2 interesting cases of appendicitis. (*Med. News*, 26 oct.)

Zaccaria (A.). A proposito degli pseudostrozzamenti; di un caso d'infiammazione della glandola di Rosen-Müller simulante un'ernia crurale strozzata. (*Riforma med.*, 5 déc.)

UROLOGIE

Leonard (Ch. L.). The indications for operation in calculous nephritis and ureteritis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 nov.)

Minet (H.). Diagnostic des tumeurs prévésicales. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, oct.-nov.-déc.)

Perman (E. S.). Ueber die Behandlung von kalkulöser Anurie bei nur einer Niere. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 3.) — Traitement de l'anurie calculeuse chez les sujets possédant un seul rein.

Porter (M. F.). Stone in the bladder of a female child of four years. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Calcul de la vessie chez une fillette de quatre ans.

Rochet. Les fausses cystites. (*Province méd.*, 7 déc.)

Róna (D.). Ueber Epithelverhornung der Schleimhaut der oberen Harnwege. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 12.) — Sur la kératinisation de l'épithélium des voies urinaires supérieures.

Seelig (A.). Ueber den Wert und die Grenzen der Cystoskopie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 4 et 7 déc.) — Valeur et limites de la cystoscopie.

Subbotin (M.). Neues Verfahren zur Bildung der Harnblase und Harnröhre mit einem Sphinkter aus dem Mastdarm bei Exstrophia vesicae, Epispadie hohen Grades und Urininkontinenz. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 21 déc.) — Autoplastie de la vessie et de l'urèthre avec sphincter aux dépens du rectum dans les cas d'exstrophie de la vessie, d'épispadias prononcé ou d'incontinence d'urine.

Syms (P.). Perineal prostatectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 nov.)

Verdier. Observations d'imperforations de l'urèthre chez deux petits garçons. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Dührssen (A.). Die Kolpocoeliotomia anteriorlateralis, ein neuer vaginaler Operationsweg in die Bauchhöhle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 nov.)

Norfleet (L. E.). A method of protecting the perineum during labor. (*Med. Record*, 21 déc.)

O'Farrell (M. Z.). Un caso de mole uterina. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Palm (H.). Experimentell-physiologische Untersuchungen über das Verhalten des Kaninchenuterus bei der Atmung von Wasserstoff, Kohlensäuregemisch und bei der Erstickung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Recherches expérimentales sur l'état de l'utérus chez les lapines soumises à l'inhalation d'hydrogène ou d'acide carbonique et à l'asphyxie.

Queisner (H.). Beitrag zur Puerperalfieber-Frage. (*Deutsche Praxis*, 10 déc.)

Rodríguez (S. B.). Existe algún síntoma que limite la vida fecundante de la mujer? (*Rev. méd. del Uruguay*, déc.)

Terrier (F.) et **Delage** (J.). L'hystérectomie abdominale supra-vaginale dans le traitement des lésions annexielles. (*Rev. de chir.*, déc.)

Thorn (W.). Die praktische Bedeutung der Lactationsatrophie des Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 nov.)

Torella (A.). Della estrazione del feto in presentazione di natiche. (*Unione med. ital.*, 12 et 19 oct.) — De l'extraction du fœtus se présentant par le siège décomplété, mode des fesses.

Waldstein (E.). Weiterer Beitrag zur Carcinomstatistik. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 déc.)

Webster (J. C.). A satisfactory operation for certain cases of retroversion of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 oct.)

Williams (W. R.). Vaginal cancer. (*Med. Record*, 30 nov.)

Zander (G.). Ein Fall von Anus praeternaturalis vestibularis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 nov.)

PÉDIATRIE

Risley (S. D.). Some of the ocular affections of childhood associated with impairment of general nutrition. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 oct.) — Quelques affections oculaires de l'enfance, liées aux troubles de la nutrition générale.

Rocaz. Traitement de la dysenterie aiguë des enfants par les lavements d'eau oxygénée. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 déc.)

Rotch (T. M.). Pediatrics; the hygienic and medical treatment of children. 3e éd. In-8o, 1021 p. avec planches. Londres.

Saint-Philippe (R.). Des crises abdominales douloureuses de l'enfance; leur diagnostic; fréquence de la lithiase intestinale. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 déc.)

Schiffmacher (J.). Zur Casuistik des sporadischen Cretinismus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, 4-5.)

Sobel (J.). Examination of the mouth in infancy and childhood. (*Med. News*, 2 nov.) — Examen de la bouche chez les petits enfants.

Sourdille (G.). Diagnostic des tumeurs malignes intra-oculaires chez l'enfant. (*Gaz. méd. de Nantes*, 16 nov.)

Stengel (A.) et **White** (C. Y.). The blood in infancy and childhood. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.) — Le sang chez les enfants.

Tarugi (N.). Considerazioni chimiche ed igieniche sul latte e sopra i suoi surrogati più comuni. (*Gazz. degli Osped.*, 17 nov.) — Considérations chimiques et hygiéniques sur le lait et sur ses succédanés les plus employés.

Taylor (J.) et **Wells** (W.). Manual of diseases of children. 2e éd. In-8o, 860 p. avec fig. Londres. — Manuel des maladies des enfants.

Tuley (H. E.). The treatment of typhoid fever in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 nov.)

Vladimirov (G.). Traitement du muguet et de la stomatite ulcéro-membraneuse chez les enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

Zuppinger. Zur Prognose der Meningitis cerebro-spinalis epidemica im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXII, 5-6.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Ingelrans et **Dehon**. De l'urotoxicité des typhoïdiques traités comparativement par les bains chauds, les bains frais et les boissons abondantes. (*Echo méd. du Nord*, 1er déc.)

Kolipinski (L.). Lager-beer in acute vomiting. (*Med. News*, 5 oct.) — La bière légère contre les vomissements.

Kühner (A.). Neue Wege zur Bekämpfung und Heilung der Lungentuberkulose. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 12 déc.) — Nouveaux moyens prophylactiques et curatifs de la tuberculose pulmonaire.

Lebbin. Der Nährwert der Hühnereier. (*Therap. Monatsh.*, nov.) — La valeur nutritive des œufs de poule.

Lesser (F.). Ueber die gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 nov.) — L'emploi simultané de préparations hydrargyriques et iodées.

Maragliano (E.). La cura causale della tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 8 déc.)

Möllers (B.). Beitrag zur Frage über den Wert des Tetanusantitoxins. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 nov.) — Sur la valeur de l'antitoxine tétanique.

Mouisset (F.). Traitement individuel des tuberculeux. (*Lyon méd.*, 15 et 22 déc.)

Müller (G.). Zur Behandlung der traumatischen Myelasthenie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 14 déc.) — Traitement de la myélasthénie traumatique.

Patoir. De certains dangers de la suralimentation et de la zomothérapie; leur action sur le foie et les reins. (*Echo méd. du Nord*, 17 nov.)

Rieck. Die Heilung der Schwindsucht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 19, 23 et 26 déc.) — La cure de la phtisie.

Rosenbach (O.). Bemerkungen zur Therapie der Seekrankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 nov.) — Remarques sur le traitement du mal de mer.

Rummo (G.). Sulla terapia della tosse. (*Riforma med.*, 18 déc.)

Selby (P.). Milk or whey in enteric fever? (*Lancet*, 2 nov.) — Lait ou petit-lait dans le traitement de la fièvre typhoïde?

Solomon (L.). The therapeutic value of alcohol. (*Amer. Practitioner and News*, 1er nov.)

Stockman (R.) et **Charteris** (F. J.). The action of iodides on the heart and circulation. (*Brit. Med. Journ.*, 23 nov.) — L'action des iodures sur le cœur et la circulation.

Tissié (E.). L'exercice physique au point de vue thérapeutique. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 et 29 déc.)

Weber (L.). Carbonate of creosote as a remedy for pneumonia, with a report of 9 cases in which the administration of it has been followed by remarkably uniform and good results. (*Med. Record*, 2 nov.)

White (W. H.). Text-book of pharmacology and therapeutics. In-8o, 1048 p. Londres.

Whitla (W.). Dictionary of treatment. 4e éd. In-8o, 1052 p. Londres.

Wilson (J. C.). Observations on the treatment of croupous pneumonia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 nov.)

Zilgien (H.). Quelques considérations sur le traitement du catarrhe chronique de l'estomac. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.)

GÉNÉRALITÉS

Gros (H.). L'assistance médicale en Algérie. (*Arch. de méd. navale*, nov.)

Léo. Notes sur le service de santé à bord. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Machenaud. Une visite aux différentes formations sanitaires installées à Pékin. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Mayet (L.). Alcoolisme et dépopulation; alcoolisme et tuberculose; alcoolisme et suicide. (*Arch. gén. de méd.*, nov.)

Règlement sur le service intérieur de l'Ecole d'application du service de santé militaire. In-8o, 20 p. Impr. nationale.

Statistique médicale de l'armée [française] pendant l'année 1899. In-4o, 487 p. Impr. nationale.

Viura (D. J.). El problema de la natalidad. In-8o, 29 p. Barcelone.

22e ANNÉE. — N° 22. Vingt centimes le numéro. 28 MAI 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — M. A. Chauffard : Evolution et modes de guérison des ascites cirrhotiques 177
CHIRURGIE PRATIQUE. — Comment on peut refaire un nez aux dépens d'un doigt.......... 180
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — La résection du genou dans le traitement des tumeurs blanches.......... 181
De la transmission, par le lait, de la fièvre aphteuse de la vache à l'homme.......... 181
Académie des sciences. — Sur la correction du kératocone.......... 181
La vaccination contre les pasteurelloses.... 181
Sur certaines réactions chromatiques des globules du sang des diabétiques.......... 181
Le « Sarcocystis tenella », parasite de l'homme.......... 181
Société de chirurgie. — Intervention chirurgicale dans un cas d'attrition sous-cutanée de l'artère fémorale.......... 181
Extirpation du ganglion ciliaire.......... 182
Traitement des fibromes utérins compliquant la grossesse.......... 182
Cæcotomie pour corps étranger du cæcum. 182
Société médicale des hôpitaux. — Traitement des pleurésies récidivantes par les injections gazeuses intrathoraciques.......... 182
Tachycardie paroxystique avec compression de l'un des nerfs pneumogastriques...... 182
Erythème circiné récidivant « in situ » aux époques menstruelles.......... 182
Asphyxie locale des extrémités, vitiligo, pouls lent et rythme couplé du cœur..... 183
Syndrome oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet du poumon.......... 183
Sur les agents pathogènes des septicémies métadiphtériques.......... 183
Abcès du cerveau consécutif à un traumatisme sans lésion crânienne.......... 183
Société de biologie. — La réaction iodophile comme moyen de diagnostic de la nature des épanchements séreux.......... 183
De l'action anesthésique du chlorure de méthyle.......... 183
La réaction de la névroglie en présence du virus rabique chez le chien.......... 183
Influence de l'excitation du sympathique cervical sur l'ensemble de la réfraction de l'œil.......... 183
ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Sur la présence de protozoaires dans le tube digestif de l'homme et sur sa valeur diagnostique.......... 183
Lettres d'Autriche. — Injections expérimentales d'oxygène dans les veines.......... 184
Télangiectasies consécutives à l'action des rayons X.......... 184
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Un nouveau procédé de traitement de la conjonctivite granuleuse.......... 184
Emploi du chlorure de calcium dans la métrite hémorrhagique.......... 184
L'antipyrine contre la méningite cérébro-spinale épidémique.......... 184
Mélange de cocaïne et de menthol pour pulvérisations nasales contre le coryza.......... 184
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès sous-phrénique.......... 182[1]
— traumatique du cerveau sans lésion du crâne.......... 183[1]
Anévrysme de l'artère poplitée droite.......... 181[2]
Antipyrine dans la méningite cérébro-spinale épidémique.......... 184[3]
Ascites cirrhotiques et leur mode de guérison 177[1]
Asphyxie locale des extrémités avec vitiligo, pouls lent et rythme couplé du cœur.......... 183[1]
Attrition de l'artère fémorale.......... 181[3]
Chlorure de calcium contre la métrite hémorrhagique.......... 184[3]
— de méthyle et son action analgésique.......... 183[2]
Conjonctivite granuleuse.......... 184[2]
Corps étranger du cæcum.......... 182[1]
Coryza.......... 184[3]
Diabète et réactions chromatiques des hématies.......... 181[3]
Eau phéniquée en injections sous-conjonctivales contre la conjonctivite granuleuse... 184[2]
Epanchements séreux et leur cytologie..... 183[2]
Erythème circiné récidivant au moment des règles.......... 182[3]
Extirpation du ganglion ciliaire.......... 182[1]
Fibromes utérins et grossesse.......... 182[1]
Fièvre aphteuse et sa transmission à l'homme 181[1]
Grossesse et fibromes utérins.......... 182[1]
Injections gazeuses intrathoraciques contre les pleurésies récidivantes.......... 182[1]
Kératocone et sa correction.......... 181[2]
Leucocytes iodophiles dans les épanchements séreux.......... 183[2]
Méningite cérébro-spinale épidémique.......... 184[3]
Menthol et cocaïne en pulvérisations contre le coryza.......... 184[3]
Métrite hémorrhagique.......... 184[3]
Névroglie et sa réaction en présence du virus rabique.......... 183[2]
Orchites infectieuses et substances toxiques de l'urine.......... 183[3]
Oxygène et son injection dans les veines.... 184[1]
Pasteurelloses et leur vaccination.......... 181[2]
Pleurésies récidivantes.......... 182[1]
Pression osmotique du chyle.......... 184[1]
Protozoaires du tube digestif et leur valeur diagnostique.......... 183[3]
Radiothérapie et télangiectasies.......... 184[2]
Rage et réaction de la névroglie.......... 183[2]
Réfraction de l'œil et excitation du sympathique cervical.......... 183[3]
Rhinoplastie au moyen de l'annulaire gauche 180[2]
Sang des diabétiques.......... 181[3]
« Sarcocystis tenella », parasite de l'homme. 181[3]
Septicémies métadiphtériques.......... 183[1]
Sympathique cervical et son action sur la réfraction de l'œil.......... 183[3]
Syndrome oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet.......... 183[1]
Tachycardie paroxystique et compression d'un pneumogastrique.......... 182[3]
Télangiectasies consécutives à la radiothérapie.......... 184[2]
Traitement de la conjonctivite granuleuse... 184[2]
— de la méningite cérébro-spinale épidémique.......... 184[3]
— de la métrite hémorrhagique.......... 184[3]
— de l'attrition de l'artère fémorale. 181[3]
— de la tumeur blanche du genou.. 181[1]
— des corps étrangers du cæcum.. 182[1]
— des fibromes utérins compliquant la grossesse.......... 182[1]
— des pleurésies récidivantes...... 182[1]
— du coryza.......... 184[3]
Tremblement chloralique.......... 183[2]
Tuberculose du sommet et syndrome oculo-pupillaire.......... 183[1]
Tumeur blanche du genou.......... 181[1]
Urines en cas d'orchite infectieuse.......... 183[3]

VARIA

Le centenaire de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris.

Le centenaire de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, dont il a déjà été question dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. XXXIV), a été célébré la semaine dernière avec une assistance considérable d'anciens internes venus de tous les pays, et qui occupent, soit en France, soit à l'étranger, les plus hautes situations dans le corps enseignant et dans le personnel médical hospitalier. Le gouvernement a tenu à s'associer à la commémoration de cette fondation, pépinière de tant de médecins illustres : c'est M. Waldeck-Rousseau, président du Conseil des ministres, qui a présidé lui-même la séance solennelle tenue le 24 mai au palais du Trocadéro, et à laquelle assistaient aussi les diverses autorités de la ville de Paris.

Parmi les discours prononcés au cours de cette séance, nous citerons ceux de M. Brouardel, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui a insisté tout particulièrement sur le caractère national de l'institution de l'internat, sans analogue dans les autres pays ; de M. Ziembicki, privatdocent à la Faculté de médecine de Lemberg, qui a pris la parole au nom des anciens internes étrangers; de M. Waldeck-Rousseau, enfin, qui, parlant de l'harmonie existant entre le corps médical et le gouvernement, a défini la nature des rapports qui doivent s'établir, à son avis, entre les pouvoirs publics et la science : le gouvernement doit se contenter de mettre au service de cette dernière les moyens nouveaux d'investigation dont il dispose; mais sa collaboration doit être essentiellement discrète, et ce serait une grande faute et un grand malheur que d'instituer une science officielle.

Le lendemain a eu lieu l'inauguration du monument élevé, dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu, à la mémoire des internes morts victimes de leur dévouement. En remettant ce monument au directeur de l'Assistance publique, au nom des internes et anciens internes, M. le professeur Guyon a donné lecture des trente-cinq noms — les seuls qu'on ait pu retrouver — inscrits sur le socle : de ces victimes du devoir professionnel, « jeunes gens... qui faisaient le rêve si beau de combattre la mort, lorsqu'elle les a surpris », 13 ont succombé à la fièvre typhoïde, 10 à des piqûres anatomiques, 7 à la diphtérie, 4 au choléra, 1 enfin à la variole.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Cunéo (B.) et **Marcille** (M.). Topographie des ganglions ilio-pelviens. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Edinger (L.) et **Wallenberg** (A.). Untersuchungen über den Fornix und das Corpus mamillare. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.)

Evans (W. A.) et **Becker** (W.). A study of a fetal stomach, with special reference to the origin of acid secreting cells. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 déc.)

Hermann (F.). Lehrbuch der topographischen Anatomie. I. Band, 1. Teil : Kopf. In-8°, 418 p. avec fig. Leipzig.

Poirier (P.) et **Charpy** (A.). Traité d'anatomie humaine. T. V, 1er fasc. In-8°, 732 p. avec fig.

Probst (M.). Ueber den Verlauf der centralen Sehfasern (Rinden-Sehhügelfasern) und deren Endigung im Zwischen- und Mittelhirne und über die Associations- und Commissurenfasern der Sehsphäre. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.) — Sur le trajet des fibres optiques centrales et leur terminaison dans le mésencéphale, et sur les fibres commissurales et d'association dans la sphère optique.

Testut (L.). Traité d'anatomie humaine. T. IV, 2e fasc. : appareil de la digestion; appareil de la respiration et de la phonation; appareil uro-génital; embryologie. 4e éd. In-8°, p. 377 à 1104, avec fig.

Walkhoff (O.). Die normale Histologie menschlicher Zähne einschliesslich der mikroskopischen Technik. In-8°, 185 p. avec fig. Leipzig. — Histologie normale des dents humaines.

PHYSIOLOGIE

Moussu (G.). Recherches sur l'origine de la lymphe de la circulation lymphatique périphérique. (*Arch. ital. de biol.*, XXXVI, 1.)

Negro (C.) et **Treves** (Z.). Physiopathologie de la contraction musculaire volontaire : maladie de Parkinson. (*Arch. ital. de biol.*, XXXVI, 1.)

Pacht (T.). Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 28 déc.) — Des modifications du sang dans les altitudes.

Vas (B.). Beiträge zur Frage des Einflusses von Ovariumpräparaten auf den Stoffwechsel. (*Pest. med.-chir. Presse*, 15 déc.) — Action des préparations ovariennes sur les échanges organiques.

Waller (A. D.). On the quantitative estimation of chloroform in animal tissues. (*Brit. Med. Journ.*, 28 déc.)

Wertheimer (E.) et **Lepage**. Sur l'association réflexe du pancréas avec l'intestin grêle. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Baumgarten (P.). Ueber die pathologisch-histologische Wirkung und Wirksamkeit des Tuberkelbacillus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4, 11 et 18 nov.) — Sur les manifestations anatomo-pathologiques et la virulence du bacille de la tuberculose.

Cautley (E.). Observations on the etiology and morbid anatomy of tuberculous meningitis. (*Lancet*, 21 déc.)

Le Count (E. R.). The role of the endothelium in inflammation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 déc.)

Mirto (G.). Sopra un cervello umano con assenza quasi completa del corpo calloso. (*Pisani*, XXII, 3.)

Muus (N.). Ueber die sogenannten embryonalen Mischgeschwülste der Niere. In-4°, 104 p. avec planches. Stuttgart. — Des tumeurs mixtes embryonnaires du rein.

Placzek. Zur pathologischen Anatomie der spinalen Kinderlähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 nov.) — Anatomie pathologique de la paralysie spinale infantile.

Schmaus (H.). Grundriss der pathologischen Anatomie. 6e éd. In-8°, XXVI-783 p. avec fig. Wiesbaden.

Schmorl (G.). Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. 2e éd. In-8°, 263 p. Leipzig.

Többen (A.). Zur Kenntnis der « Einwachsung » von Gallensteinen in die Gallenblasenwand und der « Verwachsung » derselben mit der Gallenblasenwand. (*Prag. med. Wochensch.*, 5 et 12 déc.) — De la fixation des calculs biliaires dans les parois de la vésicule biliaire et des adhérences que ces calculs contractent avec les mêmes parois.

Utchida (S.). Ueber Veränderungen des Rückenmarkes bei Diphtherie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.) — Des altérations de la moelle épinière dans la diphtérie.

Weber (L. W.). Veränderungen an den Gefässen bei miliaren Hirnblutungen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.) — Altérations des vaisseaux dans les hémorrhagies cérébrales ponctiformes.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Baumgarten (P.). Mikroskopische Untersuchungen über Hämolyse im heterogenen Serum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 déc.)

Böhtlingk (R. de). Des rapports quantitatifs de certaines substances azotées dans l'urine des animaux soumis au jeûne complet [1er mémoire]. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 5.)

Braithwaite (J.). Excess of salt in the diet a probable factor in the causation of cancer. (*Lancet*, 7 déc.) — L'excès de sel dans l'alimentation comme cause probable du cancer.

Colbeck (E. H.). The pathogenesis of fibrous hyperplasia. (*Lancet*, 7 déc.)

Dzierzgowski (S.). Contribution à l'étude de l'hérédité dans l'immunité artificielle vis-à-vis de la diphtérie. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 3 et 5.)

Ehrlich (P.). Die Schutzstoffe des Blutes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12, 19 et 26 déc.) — Les substances protectrices du sang.

Fütterer (G.). Ueber die Aetiologie des Carcinoms, mit besonderer Berücksichtigung der Carcinome des Scrotums, der Gallenblase und des Magens. In-8°, 124 p. avec fig. Wiesbaden. — L'étiologie du cancer, surtout du cancer du scrotum, de la vésicule biliaire et de l'estomac.

Grawitz (E.). Klinische Beobachtungen über plasmotrope Giftbildungen im Organismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 déc.) — Observations cliniques sur la formation, dans l'organisme, de substances hémocytolytiques.

Kruse. Krebs und Malaria. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 nov.) — Le cancer et le paludisme.

McFarland (J.). Some investigations upon antivenene. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 déc.)

Pfeiffer (R.). Ueber die immunisirende Wirkung mit Choleraamboceptoren beladener Choleravibrionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 et 19 déc.) — L'action immunisante des vibrions cholériques chargés de substances immunisantes à l'égard du choléra.

Römer. Untersuchungen über die intrauterine und extrauterine Antitoxinübertragung von der Mutter auf ihre Descendenten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 nov.) — Recherches sur le passage intra et extra-utérin des antitoxines de la mère au fœtus.

Weichardt. Moderne Immunitätslehre, mit besonderer Berücksichtigung der für den praktischen Arzt wichtigen Immunisirungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 déc.) — L'état actuel de nos connaissances sur l'immunité, considéré surtout au point de vue pratique.

MÉDECINE

Carter (H. S.). A contribution to clinical observations on blood-pressure. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — Étude clinique de la pression sanguine.

Charcot, **Bouchard** et **Brissaud**. Traité de médecine. 2e éd. T. V. In-8°, 947 p. avec fig.

Cohn (E.). Purpura haemorrhagica bei Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 déc.)

Curschmann (H.). Zur diagnostischen Beurteilung der vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Processe. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 nov. et 3 déc.) — Sur le diagnostic des processus inflammatoires ayant pour point de départ le cæcum et l'appendice.

Fürth (K.). Acuter Jodismus unter dem Bilde einer mumpsähnlichen Erkrankung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 nov.) — Iodisme aigu à localisation parotidienne.

Galvagni (E.). Su taluni rumori musicali cardiaci. (*Clinica moderna*, 13 nov.)

Goldbaum (J.). Kilka uwag krytycznych w sprawie rozpoznawania raka zoladka. (*Gaz. lekarska*, 28 déc.) — Le diagnostic du cancer de l'estomac.

Grünbaum (R.). Zur Methodik der Pulszählung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 23 nov.) — Sur la façon de compter le pouls.

Heineman (H. N.). Tuberculosis of the heart. (*Lancet*, 28 déc.) — Tuberculose du cœur.

Hervouet. Quelques cas de pneumonie; leurs ressemblances, leurs dissemblances et leurs traitements. (*Gaz. méd. de Nantes*, 30 nov.)

Heyerdahl (S. A.). Om Röntgenudviklingen i medicinen, specielt ved diagnosen af brystsygdomme. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — Sur l'extension de l'emploi des rayons de Röntgen en médecine, notamment en vue du diagnostic des maladies de la poitrine.

Klemperer (G.). Ueber Entstehung und Verhütung der oxalsauren Niederschläge im Urin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 déc.) — La formation de concrétions d'urates dans l'urine et sa prophylaxie.

Knapp (M. I.). When and how to introduce the stomach-tube. (*Med. News*, 7 déc.) — Quand et comment on doit se servir de la sonde stomacale.

Kuttner (L.). Plätschergeräusch, Atonie und Gastroptose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 déc.) — Bruit de clapotage, atonie de l'estomac et gastroptose.

Laurent (M.). Précis d'urologie; interprétation des résultats analytiques; médicaments injectables. In-12, 64 p.

Macgregor (A.). Moveable or floating kidney a cause of acute and chronic painful dyspepsia, with notes of cases. (*Lancet*, 14 déc.) — Le rein mobile comme cause de la dyspepsie douloureuse aiguë ou chronique.

Picot. Sur un cas de compression de la veine cave supérieure. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 29 déc.)

Pratt (J. H.). Typhoid cholecystitis, with observations upon gallstone formation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Cholécystite typhoïdique; remarques sur la formation de calculs biliaires.

Prout (T. P.). A case of myxœdema, with a study of the blood and urine during treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — Un cas de myxœdème; état du sang et de l'urine pendant le traitement.

Robinson (B.). Splanchnoptosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 nov., 7 et 14 déc.)

Rosenstein (S.). De nierziekten. (Trad. de l'allemand par C. L. Rümke.) In-8°, 372 p. Leyde. — Les maladies du rein.

Rothschild (A.). Beitrag zur Kenntnis gerinnselartiger Gebilde im Urin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 déc.) — Sur la présence, dans l'urine, de formations analogues à des caillots.

Senator (H.). Ueber Anaemia splenica mit Ascites (Banti'sche Krankheit). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 nov.)

Serkowski (S.). O kryoskopii. In-8°, 43 p. Lodz.

Stengel (A.). The role of the myocardium in pericarditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 déc.)

Stiller (B.). Noch ein Wort über Magenatonie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 déc.) — De l'atonie gastrique.

Thayer (W. S.). Observations on the frequency and diagnosis of the Flint murmur in aortic insufficiency. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Thelberg (M.). Rheumatic affections; their pathogenesis and treatment. (*Med. Record*, 14 déc.)

Zülzer (G.). Zur Symptomatologie und Therapie der chronischen Lungenblähung (Vagusneurose). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 déc.)

MALADIES INFECTIEUSES

Biedert (P.) et **Biedert** (E.). Milchgenuss und Tuberculosesterblichkeit. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 nov.) — L'alimentation par le lait et la mortalité par tuberculose.

Braine-Hartnell (J. C.). On the value of the rectal temperature in pulmonary tuberculosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 déc.)

Davis (F.), **Patterson** (H. S.) et **Hewlett** (A. W.). Mastitis complicating typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Gonçalves Cruz (O.). A vaccinação anti-pestosa. (*Brazil-medico*, 1er, 15 et 22 déc.)

Gottstein (A.). Beiträge zur Epidemiologie der Diphtherie. (*Therap. Monatsh.*, déc.)

Ingelrans et **Vrasse** (P.). Observations concernant l'influence des bains chauds sur la température des typhoïdiques. (*Echo méd. du Nord*, 1er déc.)

Jäger (H.). Die Cerebrospinalmeningitis als Heeresseuche. In-8°, 256 p. avec fig. Berlin. — La méningite cérébro-spinale dans l'armée.

Janssen (H. A.). Over malaria. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 déc.)

Lewis (C. J.). The bacteriological examination of the renal secretion in certain of the zymotic diseases, with subsidiary differential experiments. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

MacCombie (J.). The differential diagnosis of small-pox. (*Lancet*, 28 déc.)

Möller (A.). Zur Frühdiagnose der Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 déc.) — Le diagnostic précoce de la tuberculose.

Musehold (P.). Die Pest und ihre Bekämpfung. In-8°, 305 p. avec planches. Berlin.

Ott (A.). Ist die bei Phthisikern nach leichten Körperanstrengungen auftretende Temperatursteigerung als Fieber zu betrachten? (*Münch. med. Wochensch.*, 10 déc.) — Faut-il considérer comme fièvre l'élévation thermique survenant chez les phtisiques à la suite de légers efforts corporels?

Plehn (F.). Ueber die praktischen Ergebnisse der neueren Malariaforschung und einige weitere Aufgaben derselben. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 et 28 nov. et 5 déc.) — Les résultats pratiques des nouvelles recherches sur la malaria et quelques-uns des problèmes qui restent encore à résoudre.

Schoo (H. J. M.). Over malaria: Welke temperatuur is noodig voor de amphigonie van plasmodium vivax? (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 déc.)

Williams (E. H.). Post-scarlatinal diphtheria and rhinorrhœa and otorrhœa. (*Brit. Med. Journ.*, 21 déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Böttiger (A.). Ein operirter Rückenmarkstumor, gleichzeitig ein Beitrag zur Lehre der Brown-Séquard'schen Halbseitenläsion und zur Kenntnis des Verlaufes der sensiblen Bahnen im Rückenmark. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.) — Tumeur de la moelle épinière; opération; contribution à l'étude du syndrome de Brown-Séquard et du trajet des fibres sensitives dans la moelle épinière.

Buzzard (E. F.). Three cases of family periodic paralysis, with a consideration of the pathology of the disease. (*Lancet*, 7 déc.)

Calugareanu (D.). Contributions à l'étude de la compression des nerfs. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Crisafi (D.). Per la patogenesi del «pavor nocturnus»; nota preventiva. (*Pediatria*, sept. et oct.)

Gareiso (A.). Sobre un caso de enfermedad de Raynaud; asfixia local y simétrica de las extremidades. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Hamilton (A. M.). The neurotic indications of pre-senility. (*Med. Record*, 28 déc.)

Herzog. Ueber die Abhängigkeit gewisser nervöser Symptome von dyspeptischen Störungen (der digestive Herznervenreflex). (*Deutsche Praxis*, 25 déc.) — Sur la dépendance de certains symptômes nerveux des troubles dyspeptiques (le réflexe digestif des nerfs du cœur).

Jahrmärker. Zur Frankenberger Ergotismus-epidemie, und über bleibende Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.)

Koppius (W. J.). Primaire erythromelalgie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 déc.)

Macpherson (J.). The toxæmic basis of general paralysis. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Mariani (C.). Fernere Ergebnisse der beiderseitigen Resektion des Halssympathicus bei 9 Kranken mit gewöhnlicher Epilepsie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 12 oct.)

Mendel (E.) et **Jacobsohn** (L.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (4. Jahrgang, 1900). In-8°, 1135 p. Berlin. — Compte rendu des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés en 1900.

Modinos (P. C.). Sull'edema angionevrotico o morbo di Quincke. (*Gazz. degli Osped.*, 15 déc.)

Mott (F.) et **Halliburton** (W.). Chemistry of nerve degeneration. In-4°, 30 p. Londres.

Nissen (W.). Zur Klinik der Tumoren der Vierhügelgegend, nebst Bemerkungen zu ihrer Differentialdiagnose mit Kleinhirngeschwülsten. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 5 et 6.) — Symptomatologie des tumeurs des tubercules quadrijumeaux et leur diagnostic différentiel d'avec les tumeurs du cervelet.

Oltuszewski (W.). Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do roznych kategoryi zboczen mowy. (*Gaz. lekarska*, 30 nov. et 7 déc.) — La dégénérescence psychique dans ses rapports avec les diverses catégories de troubles de la parole.

Patella (V.). Sindrome di Benedikt da focolai circoscritti di meningite basilare sclero-gommosa. (*Clinica moderna*, 11 et 18 sept.)

Patrick (H. T.). Remarks on the traumatic neuroses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 déc.)

Pearce (F.). Some points on intracranial neoplasms considered from the neuronic standpoint. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 nov.)

Pilcz (A.). Zur Frage der Function der Pyramiden beim Menschen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 déc.)

Pitres (A.). De la valeur séméiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 nov.)

Rheinboldt (M.). Ueber einen Fall von «combinirter Systemerkrankung» des Rückenmarks mit leichter Anämie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.) — Un cas d'«affection systématisée combinée» de la moelle avec anémie légère.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Allen (Ch. W.). Rhinoscleroma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 déc.)

Bockhart. Ueber die Behandlung der Ichthyosis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 déc.)

Ehlers (E.). Spedalskhed paa Kreta. (*Ugeskrift for Læger*, 17, 24 et 31 mai et 7 juin.)

Federn (S.). Vorschlag zur Behandlung des Ulcus durum. (*Wien. med. Presse*, 15 déc.) — Traitement du chancre syphilitique.

Freund (L.). Dermatomyiasis. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 déc.)

Kraus (A.). Ueber färbetechnische Methoden zum Nachweis des Acarus folliculorum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 3.) — Les procédés de coloration propres à mettre en évidence l'*Acarus folliculorum*.

Little (E. G.). Cases of purpura, ending fatally, associated with hæmorrhage into the suprarenal capsules. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, déc.)

Petersen (I.). Undersögelser över den gonorrhoiske prostatitis. (*Thèse de Copenhague.*)

Pick (W.). Die Beziehungen des Lupus erythematosus discoides zur Tuberculose, mit besonderer Verwertung der Tuberculinreaction. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 3.) — Le lupus érythémateux dans ses rapports avec la tuberculose, surtout au point de vue de la réaction à l'égard de la tuberculine.

Ricketts (H. T.). Oidiomycosis (blastomycosis) of the skin and its fungi. (*Journ. of Med. Research*, déc.)

Wesolowski (W.). Przypadek kamienia skornego z niezwyklem umiejscowieniem. (*Gaz. lekarska*, 28 déc.) — Calcul de la peau à localisation insolite.

Whitfield (A.). On the nature of the disease known as erythema induratum scrofulosorum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Zarubin (V.). Ueber atrophische und serpiginöse Formen des Lichen ruber planus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 3.)

CHIRURGIE

Congrès français de chirurgie, 14e session. Paris, 1901. Procès-verbaux, mémoires et discussions. In-8°, XXXVII-1003 p. avec fig.

Deaver (J. B.) et **Moore** (E. K.). Hepatic drainage. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 déc.)

Dreesmann. Zur unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 déc.) — Traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.

Edebohls (G. M.). The cure of chronic Bright's disease by operation. (*Med. Record*, 21 déc.)

Eisendrath (D. N.). On the pathology, symptomatology and diagnosis of tuberculosis of the peritoneum. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Finkelstein (B.). Des blessures accidentelles [non opératoires] des gros troncs veineux (en russe). (*Vratch*, 29 déc.)

Fiori (P.). Contributo alla patogenesi del galattocele. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 4.)

Frommer (I.). Gutartiges Neoplasma als Ausgangsursache allgemeiner Sarcomatose. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 déc.) — Tumeur bénigne comme point de départ d'une sarcomatose généralisée.

Gibney (H.). Results of osteotomies for the correction of genu varum and genu valgum. (*Med. Record*, 21 déc.)

Göbell (R.). Ueber die Bedeutung des Descensus testiculorum für die chirurgische Pathologie. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 déc.)

Griffiths (J.). Colles's fracture and its treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 7 déc.)

Honsell (B.). Ueber einen Fall von Fibromyoangiom des Muskels. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 1.)

Ivanov (N.). Un cas de fracture du pénis (en russe). (*Vratch*, 22 déc.)

Jopson (J. H.) et **White** (C. Y.). Sarcoma of the large intestine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Kocher (T.). Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten. In-8°, 457 p. avec fig. Vienne. — Commotion et compression cérébrales; traitement chirurgical des affections du cerveau.

Köhler (A.). Knochenerkrankungen im Röntgenbilde. In-4°, 78 p. avec fig. Wiesbaden. — Radiographies des affections osseuses.

Leser. Ueber ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes, noch wenig gekanntes Symptom. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 déc.) — Sur un signe encore peu connu des affections cancéreuses.

MacGowan (G.). Nephrectomy for severe and prolonged mononephrous hemorrhage. (*Med. News*, 7 déc.)

Marx (H.). Chinin als Stypticum und Antisepticum. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 nov.)

Meer (A. von). Ueber wiederholte Einklemmung im Foramen obturatorium sin. (Darmwandhernie) combinirt mit Volvulus ilei. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — Étranglement répété de l'intestin dans le trou obturateur avec volvulus.

Morestin (H.). De la taille des lambeaux dans la désarticulation du genou et l'amputation intra-condylienne du fémur. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Moynihan (B.). On duodenal ulcer and its surgical treatment. (*Lancet*, 14 déc.)

Nietert (H. L.). Penetrating wounds of the heart with suturing of the wounds; report of a case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 déc.) — Plaies pénétrantes du cœur avec suture.

Nordmann (A.). Zur Casuistik der Lymphcysten des Oberschenkels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 5-6.) — Kystes lymphatiques de la cuisse.

Packard (F.), **Steele** (J.) et **Kirkbride** (T.). Osteitis deformans. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Painter (Ch. F.). The operative treatment of intercostal neuralgia occurring in the deformities of the chest following Pott's disease and scoliosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 déc.)

Pennington (J. R.). A simple operation for the radical treatment of hemorrhoids. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 déc.)

Quervain (F. de). Ueber subcutane intraperitoneale Nierenverletzung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 1-2.) — Lésions traumatiques intrapéritonéales du rein sans plaie cutanée.

Raw (N.). Pneumococcus arthritis, with notes of 7 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 21 déc.)

Ruth (C. E.). Anatomical treatment of fractures of the femoral neck. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 déc.) — Traitement des fractures du col du fémur.

Schachner (A.). Foreign bodies accidentally left in the abdominal cavity, with report of 155 cases. (*Ann. of Surgery*, oct. et nov.) — Corps étrangers accidentellement abandonnés dans la cavité abdominale; relation de 155 cas de ce genre.

Shaw (H. B.). A contribution to the study of fever in lymphadenoma, with special reference to 17 reported cases of terminal recurrent fever in lymphadenoma and sarcomatous disease. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.) — 17 cas de lymphadénome et d'affections sarcomateuses avec fièvre récurrente terminale.

Sheild (A. M.). Direct introduction of purgatives into the large intestine in cases of operation for septic peritonitis. (*Brit. Med. Journ.*, 28 déc.)

Spiller (W. G.) et **Frazier** (Ch. H.). The division of the sensory root of the trigeminus for the relief of «tic douloureux»; an experimental, pathological and clinical study, with a preliminary report of one surgically successful case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 déc.)

Sprengel. Welche Fälle von sogenannter chirurgischer Tuberculose eignen sich für die Behandlung in den Heilstätten? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 déc.) — Quels sont les cas de tuberculose dite chirurgicale qui se prêtent au traitement dans les sanatoria?

Tantzscher (K.). Zur Behandlung der perforirenden Bauchwunden. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 319.) — Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Tavel (E.). Le reflux dans la gastro-entérostomie. (*Rev. de chir.*, déc.)

Taylor (W. J.). The typhoid spine. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 déc.)

Tilé (V.). Traitement des fractures de la clavicule (en russe). (*Vratch*, 1er déc.)

Tomaselli (G.). Tenosinovite a grani risiformi. (*Gazz. degli Osped.*, 29 déc.)

Veber (F.). De l'ostéomyélite aiguë primitive du rachis (en russe). (*Vratch*, 8 et 15 déc.)

OPHTALMOLOGIE

Adt (L. F.). Remarks on the diagnosis of some forms of ophthalmoplegia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Hirschberg (J.). Ueber die Pupillen-Bewegung bei schwerer Sehnerven-Entzündung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 nov.) — De la mobilité pupillaire en cas de névrite optique grave.

Kalachnikov (V.). Un cas de cysticerque sous-rétinien (en russe). (*Vratch*, 22 déc.)

Markus (Ch.). Ueber eine durch Koch-Weeks-sche Bazillen hervorgerufene Epidemie von Schwellungskatarrh. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 déc.) — Sur une épidémie de conjonctivite catarrhale provoquée par les bacilles de Koch-Weeks.

Mitchell (A. T.). The enucleation of the eye in two minutes by a new method. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 déc.) — Un nouveau procédé d'énucléation rapide de l'œil.

Risley (S. D.). The extraction of cataract without iridectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 déc.) — L'extraction de la cataracte sans iridectomie.

Schnabel. Ueber das Secundärschielen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 déc.) — Du strabisme secondaire.

Suker (G. F.). The value of excision of the superior cervical sympathetic ganglion in glaucoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 déc.)

Wilder (W. H.). Corneal lesions in acquired syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 déc.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Chrobak (R.). Ueber Sterilität. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 déc.)

Commandeur. Sur l'auto-infection puerpérale par lésions suppurées anciennes des annexes. (*Province méd.*, 23 nov.)

Everke (C.). Ueber Kaiserschnitt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — De l'opération césarienne.

Flockemann (A.). Zur Beeinflussung der Ausfallserscheinungen beiderseitig kastrirter Frauen durch Ovarialpräparate. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 nov.) — Traitement des troubles consécutifs à la castration bilatérale par les préparations ovariennes.

Foges (A.). Schwangerschaftshypertrophie der Mammae und Nebenmammae. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 déc.) — Hypertrophie des glandes mammaires au cours de la grossesse.

Fränkel (L.). Die Lactationsatrophie des Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 déc.)

Franqué (O. von). Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. (*Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Med.*, II, 1.)

Grōné (O.). Ein neuer Fall von Facialisparese nach spontaner Geburt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 nov.) — Un nouveau cas de paralysie faciale après accouchement spontané.

Guérard (H. A. von). Wahre Graviditas interstitialis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 nov.) — Grossesse interstitielle vraie.

Kaarsberg (J.). Om graviditet i det ene uterinhjörne, et nyt svangerskabstegn. (*Hospitalstidende*, 25 déc.)

Keilmann (A.). Zur Behandlung der Uterusmyome. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 21 déc.) — Traitement des myomes de l'utérus.

Kermauner (F.). Seltene Form der Vaginalportion. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Sur une forme rare de la portion vaginale du col utérin.

Martin (A.). Ueber Myom-Enucleation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Patellani (Rosa S.). Emorragia genitale nella neonata. In-8°, 22 p. Bologne.

Rienzo (R.). La sinfisiotomia. In-8°, 30 p. Cassino.

PÉDIATRIE

Ausset (E.) et **Breton** (M.). Sur un cas d'orchite tuberculeuse chez un enfant de trois semaines. (*Echo méd. du Nord*, 22 déc.)

Bente. Ueber einen Fall von Prolaps der Urethra bei einem fünfjährigen Mädchen. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 déc.) — Prolapsus de l'urèthre chez une petite fille de cinq ans.

Bigg (H.). Some observations on certain trophic hindrances to bony growth. (*Lancet*, 21 déc.) — Quelques remarques sur certains troubles trophiques dans le développement des os.

Brooksbank James (G. T.). Three cases of early infantile tabes due to congenital syphilis and hereditary neurosis. (*Lancet*, 28 déc.)

Cima (F.). Osservazioni sul sangue dei bambini affetti da anemia e da altri stati morbosi. (*Pediatria*, déc.)

De Lange (Cornelia). Zur Darmvegetation gesunder Säuglinge. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 6.) — De la flore intestinale chez les nourrissons bien portants.

Elgart (J.). Osteomyelitis beim Neugeborenen. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 déc.) — L'ostéomyélite chez le nouveau-né.

Feer (E.). Das Koplik'sche Frühsymptom der Masern. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er déc.) — Le signe de Koplik dans la rougeole.

Galatti (D.). Trachealcanülenbrüche. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 déc.) — Rupture des canules trachéales.

Hamburger (F.). Biologisches über die Eiweisskörper der Kuhmilch und über Säuglingsernährung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 déc.) — Considérations biologiques sur les albuminoïdes du lait de vache et sur l'alimentation des nourrissons.

Hollopeter (W. C.). Hypodermoclysis in pediatric practice. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 déc.)

Kingsbury (J.). The neurotic element in infantile eczema. (*Med. News*, 28 déc.)

Lévine (A.). Diagnostic des paralysies syphilitiques des extrémités chez les nouveau-nés et chez les nourrissons (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Lukács (H.). Encephalopathia infantilis epileptica. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.)

Meyer (A. H.). Barlow's sygdom. (*Thèse de Copenhague*.)

Porter (J. L.). Three points in the treatment of deformities of infantile paralysis. (*Med. News*, 21 déc.)

Roy (D.). Lachrymal stenosis in infants and its treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 déc.)

Schuster. Zur Behandlung der Kinderconvulsionen. (*Wien. med. Presse*, 3 nov.) — Traitement des convulsions chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bronner (A.). A few words on headaches of nasal origin. (*Lancet*, 7 déc.) — Quelques mots sur les céphalées d'origine nasale.

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. T. XVII, 2e partie. In-8°, 557 p. avec fig.

Cheatham (W.). An epitome of the subject of rheumatism as cause and effect in inflammation of the throat. (*Med. Record*, 14 déc.) — Le rhumatisme dans ses rapports avec les inflammations de la gorge.

Coolidge (A.). Asymmetry of the nasal cavities. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Gugenheim (J.). Ueber chronischen Schleimhaut-Pemphigus der oberen Luftwege. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 déc.) — Du pemphigus chronique des voies respiratoires supérieures.

Lublinski. Zur Behandlung der geschwollenen unteren Nasenmuschel bei der Rhinitis vasomotoria. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 déc.) — Traitement de l'hypertrophie du cornet inférieur dans la rhinite vasomotrice.

Mager (W.). Ueber Amyloidtumoren im Larynx. (*Wien. med. Presse*, 8 déc.)

Panse (R.). Ueber den Schwindel. (*Wien. med. Presse*, 1er déc.) — Du vertige.

Pieniazek (P.). W sprawie chirurgicznego leczenia gruzlicy krtani. (*Gaz. lekarska*, 14 déc.) — Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée.

Réthi (L.). Eine Radicaloperation der Kieferhöhle von der Nase her zur Behandlung hartnäckiger Empyeme. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 déc.) — Cure radicale de l'empyème rebelle de l'antre d'Highmore.

Stefanile (G.). Tonsillotomo emostatico. (*Pratica del medico*, août.)

Treitel. Ueber die Hörprüfung Aphasischer. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 1.) — De l'examen de l'ouïe chez les aphasiques.

Wroblewski (W.). Rezekcya muszli dolnej. (*Gaz. lekarska*, 7 déc.) — Résection du cornet inférieur.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Crothers (T. D.). Treatment of delirium tremens and alcoholic toxæmia. (*Med. Record*, 14 déc.)

Hammelbacher (A.) et **Pischinger** (O.). Zur Behandlung der Lungenblutungen mit subkutanen Gelatineinjektionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 déc.) — Traitement des hémoptysies par les injections sous-cutanées de gélatine.

Köhler (F.). Die medikamentöse Bekämpfung des Fiebers bei der Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 déc.) — Le traitement médicamenteux de la fièvre chez les phtisiques.

Kuhn (F.). Tetanus nach Gelatineinjektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 nov.)

Nespoli (G.). Contributo alla cura della tubercolosi polmonare. In-8°, 14 p. Florence.

Stockton (Ch. G.). Treatment of lobar pneumonia. (*Med. News*, 28 déc.)

Tanfiliev (P.). Traitement des pleurésies avec épanchement d'après le procédé du professeur Lievachov (en russe). (*Vratch*, 8 et 15 déc.)

22e ANNÉE. — N° 23. Vingt centimes le numéro. 4 JUIN 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES. — La dyspepsie appendiculaire et son traitement chirurgical, par M. le docteur L. Longuet 185

MÉDECINE PRATIQUE. — La signification du réflexe lacrymal pour le diagnostic différentiel entre l'anesthésie hystérique et l'anesthésie organique de la face 188

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Variétés d'action et de nature des sécrétions du bacille pyocyanique 188
Action de la décompression sur les échanges respiratoires de l'homme 188
Pouvoir hydratant de l'extrait de rein lavé 189
La lipase existe-t-elle dans le sang normal? 189

Société médicale des hôpitaux. — Traitement de la chorée par l'antipyrine ou l'arsenic à hautes doses 189
Mesure approximative des épanchements pleuraux 189
Les indications du sérum de Trunecek chez les artérioscléreux 189

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Sur la présence de bacilles typhiques dans l'expectoration, en cas d'affections pulmonaires survenant au cours d'une dothiénentérie 189
A propos des protozoaires de l'estomac et de l'intestin 189

Académie de médecine de Belgique. — Dissociation des phénomènes de sensibilité et de motilité dans l'anesthésie par l'éther 190
De l'intervention précoce en cas de plaies pénétrantes de l'abdomen 190

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Troubles de la sudation dans la poliomyélite infantile et le zona 190
De l'hyperkératose lacunaire du pharynx .. 190
Contribution à l'étude des néoplasmes de la capsule rénale 191

Publications anglaises. — Les mouvements de l'intestin étudiés au moyen des rayons de Röntgen 191
Etude comparative des suites opératoires immédiates chez les malades soumises à l'hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale (totale ou supra-vaginale) 191
Un nouveau procédé de recherche de l'albumine 191

Publications polonaises. — Contribution à l'étude de la rage humaine 191
Calcul de la peau à localisation insolite 191

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les bains tièdes dans les suites de couches 192
La lanoline pour le pansement des plaies 192
Emploi de la strychnine à hautes doses à titre de stimulant du système nerveux et du cœur 192
Traitement du cancer par le sérum sanguin de jeunes animaux 192

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Adénome de l'estomac .... 190[1]
Albumine et sa recherche au moyen de l'acide phénique .... 191[3]
Anesthésie faciale et son diagnostic de nature au moyen du réflexe lacrymal .... 188[2]
— par l'éther et dissociation de la sensibilité et de la motilité .... 190[1]
Antipyrine à doses massives dans la chorée .... 189[1]
Arsenic à doses massives dans la chorée .... 189[1]
Artériosclérose .... 189[2]
Auto-intoxication et croissance .... 189[1]
Bacille pyocyanique et ses sécrétions volatiles .... 188[3]
— typhique et complications respiratoires de la dothiénentérie .... 189[3]
Bains tièdes dans les suites de couches .... 192[1]
Bleu de méthylène pour apprécier le volume des épanchements pleuraux .... 189[2]
Calculs de la peau .... 191[3]
Cancer .... 192[3]
Chorée .... 189[1]
Croissance et auto-intoxication .... 189[1]
Décompression et échanges respiratoires .... 188[3]
Dyspepsie appendiculaire .... 185[1]
Echanges respiratoires et décompression .... 188[3]
Epanchements pleuraux et moyen d'en apprécier le volume .... 189[2]
Extrait de rein lavé et son pouvoir hydratant .... 189[1]
Fièvre typhoïde et ses complications respiratoires .... 189[3]
Hyperkératose lacunaire du pharynx .... 190[3]
Hystérectomie vaginale ou abdominale et leurs suites opératoires immédiates .... 191[2]
Intestin et ses mouvements étudiés au moyen des rayons de Röntgen .... 191[1]
Lanoline et son emploi dans le pansement des plaies .... 192[1]
Lipase du sang .... 189[1]
Moteur-muscle et travail positif .... 189[1]
Néoplasmes de la capsule rénale .... 191[1]
Plaies et leur pansement par la lanoline .... 192[1]
— pénétrantes de l'abdomen .... 190[2]
Poliomyélite et troubles de la sudation .... 190[2]
Protozoaires de l'estomac et de l'intestin .... 189[3]
Rage et sa non-transmission de la mère au fœtus .... 191[3]
Réflexe lacrymal dans l'anesthésie faciale .... 188[2]
Rougeole et sinusite frontale .... 189[3]
Sérum de jeunes animaux contre le cancer .... 192[2]
— de Trunecek dans l'artériosclérose .... 189[2]
Sinusite frontale au cours de la rougeole .... 189[3]
Strychnine à hautes doses comme stimulant du système nerveux et du cœur .... 192[2]
Sudation et ses troubles dans la poliomyélite et le zona .... 190[2]
Traitement chirurgical de la dyspepsie appendiculaire .... 185[1]
Traitement de la chorée .... 189[1]
— des mioprágies de l'artériosclérose .... 189[2]
— des plaies pénétrantes de l'abdomen .... 190[2]
— du cancer .... 192[3]
Zona et troubles de la sudation .... 190[2]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le docteur A.-P. Bernard est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur H. Winternitz est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Felix Lommel est nommé privatdocent de médecine.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les privatdocenten Sigmund Freud (*neurologie*); Emil Fronz (*pédiatrie*); Julius Mannaberg (*médecine interne*).

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur J. Alison Scott est nommé professeur de clinique médicale et de thérapeutique, en remplacement de M. S. Solis-Cohen, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Polaillon, ancien chirurgien des hôpitaux et agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Baudron, accoucheur des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Falret, ancien médecin de l'hospice de la Salpêtrière à Paris. — M. le docteur Chartier, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur de Fourmestraux, médecin de l'hôpital de Versailles. — M. le docteur Pigeolet, ancien sénateur et membre de l'Académie de médecine de Belgique. — M. le docteur L. Secretan, professeur extraordinaire d'otologie et de laryngologie à la Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur Adolf Kussmaul, professeur émérite de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Karl Skrzeczka, professeur honoraire d'hygiène à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Theodor von Kézmárszky, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Guido von Török, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Karl von Böhm, ancien privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur M. A. Tikhomirov, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur Alfonso Guarino, privatdocent de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur W. Miller Ord, ancien lecteur de physiologie et de médecine à St. Thomas's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Julius Wise, ancien professeur de matière médicale et de thérapeutique au Memphis Hospital Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX

ANNÉE 1901

Nous donnons ci-dessous les dernières indications bibliographiques se rapportant à l'année écoulée.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Morandi (E.) et **Sisto** (P.). Sulla struttura e sul significato fisiologico delle ghiandole emolinfatiche. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 4.)

Sacerdotti (C.). Sulle piastrine del sangue dei mammiferi. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 4.)

Swiecinsky (G.). Cavum Meckeli. (*Bull. de la Soc. des méd. et des natural. de Jassy*, mai-juin et juillet-août.)

Weinberger (M.). Atlas der Radiographie der Brustorgane. In-folio, XXVI-204 p. avec fig. et planches. Vienne. — Atlas radiographique des organes thoraciques.

Wolff (A.). Ueber die active Beweglichkeit der Lymphocyten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 déc.) — Sur les mouvements actifs des lymphocytes.

PHYSIOLOGIE

Cyon (E. de). Glandes régulatrices de la circulation et de la nutrition. (*Arch. ital. de biol.*, XXXVI, 1.)

Dell'Isola (G.). Sui fermenti digestivi dell'urina umana normale e patologica. (*Morgagni*, déc.)

Levy-Dorn. Ueber Zwerchfell. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 déc.) — Le diaphragme.

Marey. Application de la chronophotographie aux expériences physiologiques. (*Arch. ital. de biol.*, XXXVI, 1.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Ballance (C. A.) et **Stewart** (P.). Healing of the nerves. In-4°, 124 p. avec fig. Londres. — Cicatrisation des nerfs.

Benvenuti (E.). Sulle alterazioni del sistema nervoso nelle malattie infettive. In-8°, 52 p. Pise.

Ferrio (L.) et **Bormans** (A.). Sul cancro endoteliale primitivo della pleura. (*Morgagni*, nov.)

Gatti (G.). Le fibre elastiche nei tumori. (*Morgagni*, nov.)

Magnanimi (R.). Su alcune modificazioni chimiche che avvengono nei muscoli durante la rigidità cadaverica. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXI, 1.)

Pieraccini (G.). La morfologia del sangue nelle nefriti. In-8°, 291 p. Florence.

Riegel (A.). O mikroskopickych nalezech v prodlouzene mise pri akutnich chorobach infekcnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 21 et 28 déc.) — Les altérations microscopiques du bulbe dans les maladies infectieuses aiguës.

Schmorl. Zur Frage der beginnenden Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 déc.) — De la tuberculose pulmonaire au début.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Foà (C.). Sur la greffe des ovaires. (*Arch. ital. de biol.*, XXXV, 3.)

Jellinek (S.). Elektricität und Chloroformnarkose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 nov.)

MÉDECINE

Carrara (M.). Sulla diagnosi specifica del sangue umano. (*Arte medica*, 18 et 25 août.)

Contributions from the William Pepper Laboratory of clinical medicine [University of Pennsylvania]. In-8°, 252 p. avec fig. et planches en couleurs. Philadelphie.

D'Auria (S.). Contributo clinico nella pseudoipertrofia muscolare. (*Morgagni*, nov.)

Fiocca (R.). La polmonite con sintomi d'appendicite. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXI, 2.)

Galdi (F.). La dispepsia nervosa. In-8°, 62 p. Milan.

Giudiceandrea (V.). Caratteri clinici della cosidetta « palpitazione addominale ». (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXI, 2.)

Schütz (R.). Ueber chronische dyspeptische Diarrhöen und ihre Behandlung. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 318.)

Wolf (H.). Ueber Gangrän bei Diabetes. (*Wien. med. Presse*, 1er et 8 déc.)

Zülzer (G.). Zur Frage des Nebennierendiabetes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 déc.) — Du diabète surrénal.

MALADIES INFECTIEUSES

Ruata (Teresita). La crioscopia delle urine nelle malattie infettive. In-8°, 107 p. Pérouse.

Seytre (P.). La fièvre des tuberculeux et son traitement. In-16, 69 p. avec graphiques.

Valagussa (F.). Contributo alla rapida diagnosi batteriologica della difterite. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXI, 1.)

Willson (R. N.). Tetanus appearing in the course of vaccinia; report of a case. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bickel (A.). Zur Analyse von Bewegungsstörungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 et 12 déc.) — Analyse des troubles de la marche.

Bonhöffer (K.). Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. In-8°, 226 p. Iéna. — Les psychoses aiguës chez les alcooliques.

Bruns (L.). Die traumatischen Neurosen; Unfallsneurosen. In-8°, 131 p. Vienne.

Luzzatto (M.). Patologia delle mieliti infettive. In-8°, 225 p. Rome.

Schultze (F.). Die Krankheiten der Hirnhäute und die Hydrocephalie. In-8°, 258 p. avec fig. Vienne. — Les affections des méninges et l'hydrocéphalie.

Sciamanna (E.). Sopra un tumore del lobo frontale. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXI, 1.)

Westphal (A.). Ueber das Westphal-Piltz'sche Pupillenphänomen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bierhoff (F.). On the role of the prostate gland in gonorrhea. (*Med. News*, 28 déc.)

Bockhart (M.). Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.) — Traitement de l'arthrite blennorrhagique.

Hermann (J.). Neue Lehre über das Wesen und die Heilbarkeit der Syphilis. In-8°, 100 p. avec fig. Leipzig. — Nouvelle théorie sur la nature et la curabilité de la syphilis.

Heuss (E.). Wie behandeln wir die Syphilis? (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 déc.) — Comment doit-on traiter la syphilis?

Hügel (G.). Resultate von Untersuchungen, angestellt an 4 Fällen von Mikrosporie und 81 Fällen von Trichophytie. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 déc.)

Kann. Zur Aetiologie der Alopecia praematura simplex. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.)

Mibelli (V.). Malattie della pelle. In-8°, 202 p. Milan.

Sourov (G.). Traitement de la syphilis d'après le procédé de Prokhorov (en russe). (*Med. sbornik Varchavsk. Ouyazd. voien. gospitalia*, XIV, 3-4.)

Török (L.). Ueber die Dermatitis nodularis necrotica (Phlebitis nodularis necrotisans Philippson, tuberculide acnéiforme, etc.). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 3.)

Unger (E.). Gonococcen im Blute bei gonorrhoischer Polyarthritis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 déc.) — Polyarthrite blennorrhagique avec présence de gonocoques dans le sang.

Vecchi (M.). Note sulla trasmissione della sifilide dei genitori al prodotto del concepimento e sulla cosi detta sifilide concezionale. In-8°, 46 p. Parme.

PARASITOLOGIE

Da Costa (J. Ch.) et **Dorsett** (R. S.). Report of a case of sporadic trichinosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

CHIRURGIE

Bajardi (D.). Contributo allo studio clinico e anatomico della macroglossia muscolare. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 4.)

Bargnoni (A.). Malattie della polpa e del periostio dentale. In-8°, 108 p. avec fig. Rome.

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. III. Band: Chirurgie des Unterleibes. 2. Teil. In-8°, 762 p. avec fig. Stuttgart.

Fiori (P.). Tarsectomia quasi totale e resezione dei metatarsi per tubercolosi osseo articolare; nuovo metodo per l'asportazione in massa del tarso. In-8°, 14 p. avec fig. Pise.

Gottstein (G.). Technik und Klinik der Oesophagoskopie. In-8°, 236 p. avec fig. Iéna.

Hildebrand. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie (6. Jahrgang, 1900). In-8°, 1079 p. Wiesbaden. — Compte rendu des travaux de chirurgie publiés en 1900.

Hoffa (A.). Die experimentelle Begründung der Sehnenplastik. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 déc.) — Recherches expérimentales sur l'autoplastie des tendons.

Möller. Le traitement actuel des tuberculoses osseuses. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, déc.)

Morestin (H.). De la résection du poignet par la voie cubitale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Morestin (H.). Cancer du côlon pelvien. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Parlavecchio (G.). La mia operazione di sutura del cuore ed i suoi risultati lontani. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXI, 2.)

Parrozzani (A.). Chirurgia operatoria della rachide. In-8°, 193 p. Rome.

Verdier. Deux observations d'obstruction intestinale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 30 nov., 7 et 14 déc.)

Vesterdal (O. N.). Et tilfælde af hernia processus vermiformis med perforationsappendicit. (*Hospitalstidende*, 25 déc.)

Vulpius (O.). Zur Behandlung der Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenkes. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 déc.) — Traitement des contractures et des ankyloses du genou.

Watt (J. R.). Report of successes in the treatment of floating kidney by a new method. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.) — Un nouveau procédé de traitement du rein mobile.

Whitman (R.). The operative treatment of paralytic talipes of the calcaneus type. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Traitement opératoire du pied talus paralytique.

Wolff (H.). Blutvergiftung und Amputation. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 nov.) — L'intoxication du sang et l'amputation.

UROLOGIE

Asch (P.). Ueber die frühzeitige Diagnose der Blasentuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 nov.) — Le diagnostic précoce de la tuberculose vésicale.

Englisch (J.). Ueber Kleinheit der Vorsteherdrüse und die dadurch bedingten Störungen der Harnentleerung. (*Zeitsch. f. Heilkunde* XXII, 12.) — Petitesse de la prostate et troubles de la miction.

Shoemaker (G. E.). Operative treatment of bladder-descent and sacculation. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 déc.) — Traitement opératoire du prolapsus et des formations sacculaires de la vessie.

Suter (F.). Ueber Sekundärinfektion bei der Tuberkulose der Harnorgane. (*Centr.-Bl. f. die Krankh. der Harn- und Sexualorgane*, déc.) — L'infection secondaire dans la tuberculose des organes urinaires.

Wildbolz (H.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Pneumaturie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er nov.)

OPHTALMOLOGIE

Fumagalli (A.). Angiosarcoma (peritelioma) primitivo della cornea sviluppatosi sopra cicatrice corneale. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 4.)

Michel (J. von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (31. Jahrgang, 1900). 1re partie. In-8°, 400 p. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1900.

Noce (S.). Ambliopia e amaurosi per avvelenamento cronico da nicotina; importanza diagnostica, prognostica e terapeutica di un sintomo precursore. (*Morgagni*, nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Campione (F.). Fibromiomi e gravidanza. (*Atti della Soc. ital. di ostet. e ginecol.*, oct.)

Eddé (N.). De l'avortement incomplet. (*Egypte méd.*, oct.)

Ferraresi (C.). Metrorragie delle neonate. (*Atti della Soc. ital. di ostet. e ginecol.*, oct.)

Fränkel (E.). Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 323.) — L'appendicite dans ses rapports avec les affections des organes génitaux chez la femme.

Guérard (H. A. von). Ueber die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta am Ende der Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Le décollement prématuré, vers la fin de la grossesse, du placenta normalement inséré.

Lepage (G.) et **Mouchotte**. Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque (année 1900). In-4°, 113 p.

Massimi (S.). Osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche sopra un caso di dismenorrea membranosa in una vergine. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXI, 1.)

Pastore (V.). Studio sulle relazioni tra gravidanza, parto, puerperio e tubercolosi polmonare. In-8°, 16 p. Naples.

PÉDIATRIE

Aráoz Alfaro (G.). Sobre la enfermedad de Barlow, y especialmente sobre su existencia en Buenos-Aires. (*Anales del Circulo méd. argentino*, juillet et août.)

Bendix (B.). Zur Ernährungsphysiologie des Säuglings; « über die Entwicklung von Zwillingen ». (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 6.) — La physiologie de l'alimentation du nourrisson et, en particulier, le développement des jumeaux.

Casassa (A.). Cento casi di intubazione laringea per stenosi acuta da croup. (*Unione medica italiana*, 17 nov.)

Raudnitz (R. W.). Ueber einige Ergebnisse der Harnuntersuchung bei Kindern. (*Prag. med. Wochensch.*, 7, 21 et 28 nov. et 12 déc.) — Sur quelques résultats de l'examen des urines chez les enfants.

Taylor (R. T.). The difficulties in making a diagnosis in the bone lesions of nurslings. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Les difficultés du diagnostic des lésions osseuses chez les nourrissons.

TÉRATOLOGIE

Joachimsthal. Ueber angeborene Defectbildungen am Oberschenkel. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 1.) — Les défauts de développement de la cuisse.

Mul. Note sur un monstre ectromélien observé à Saint-Louis (Sénégal). (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, oct.-nov.-déc.)

HYGIÈNE

Analyse des eaux destinées à l'alimentation publique. In-8°, 47 p. Melun. Impr. administrative.

Bissauge (R.). Rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène et de salubrité publiques du département du Loiret (1896-1900). In-8°, 436 p. Orléans.

Houston (A. C.). Remarks on the bacteriological examination of potable waters from the public health point of view. (*Brit. Med. Journ.*, 21 déc.) — Remarques sur l'examen bactériologique des eaux potables au point de vue de la santé publique.

La Bonnardière. Précis d'hygiène pratique générale et spéciale. 1re partie. In-16, 252 p. Lyon.

Löffler (F.). Hygiene der Molkereiprodukte. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 et 26 déc.) — Hygiène de l'industrie laitière.

Ottolenghi (D.). Ueber die Desinfektion der von Phthisikern bewohnten Räume. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 déc.) — La désinfection des habitations occupées par des phtisiques.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Absorption et élimination des poisons. (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.)

Burmeister (J.). Ein Fall von Schwefelwasserstoff- (resp. Schwefelalkali-) Vergiftung bei einem Krätzekranken nach äusserlicher Anwendung von Pottasche-Schwefelsalbe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVIII, 3.) — Intoxication à la suite de l'emploi d'une pommade sulfo-alcaline contre la gale.

Casali (P.). La chirurgia conservatrice nei suoi rapporti con la traumatologia e la legge concernente gl'infortuni sul lavoro. In-8°, 207 p. Rome.

Farnum (C. G.). The biologic test for semen. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 déc.) — La réaction biologique du sperme.

Matthes (V. M.). Spätblutungen im Hirn nach Kopfverletzungen; ihre Diagnose und gerichtsärztliche Beurteilung. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 322.) — Les hémorrhagies cérébrales tardives dans les traumatismes de la tête au point de vue du diagnostic et de l'expertise médico-légale.

Raffaele (A.). Il medico ed il giudice nella legge sugli infortuni del lavoro; legislazione, medicina, giurisprudenza. In-8°, 436 p. Naples.

Vollbracht (F.). Zur Casuistik der peripheren Gangrän bei Phosphorvergiftung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 déc.) — Gangrène périphérique dans l'intoxication par le phosphore.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Bädeker (J.). Die Arsonvalisation. (*Wien. Klinik*, oct. et nov.)

Isenthal (A. W.) et **Ward** (H. S.). Practical radiography. 3e éd. In-8°, 198 p. Londres.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Munter (S.). Die Hydrotherapie der Lungentuberculose. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, oct.) — L'hydrothérapie de la tuberculose pulmonaire.

BACTÉRIOLOGIE

Boni (I.). Ricerche sulla flora batterica del polmone sano: contributo sperimentale all'eziologia delle infezioni polmonari. In-8°, 96 p. avec fig. Milan.

Duclaux (E.). Traité de microbiologie. T. IV: fermentations variées des diverses substances ternaires. In-8°, 772 p. avec fig.

Erbrich (F.). O nowych sposobach badania laseczników dyfterytycznych. (*Gaz. lekarska*, 21 déc.) — Nouveaux procédés de diagnostic bactériologique de la diphtérie.

Lehmann (K. B.) et **Neumann** (R. O.). Atlas and principles of bacteriology, and text-book of special bacteriologic diagnosis. (Trad. de l'allemand.) 2 vol. In-8°, 512 p. avec planches. Londres.

Saul (E.). Beiträge zur Morphologie des Typhusbacillus und des Bacterium coli commune. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 déc.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Arata (J.). L'oculistica nell'evo antico. (*Pammatone*, V, 4.)

Cali (G.). L'odontoiatria attraverso i secoli; storia scientifica e morale della dentistica presso gli stati d'Europa, America, Asia ed Africa. In-8°, 151 p. Naples.

Greeff (R.). Historisches zur Erfindung des Augenspiegels. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 déc.) — Note historique sur l'invention de l'ophtalmoscope.

Musée rétrospectif de médecine et chirurgie à l'Exposition universelle de Paris, 1900 (rapport de M. Tuffier). In-4°, 52 p. avec fig. et planches.

Pansier (P.). Les médecins d'Avignon à l'Académie de Vaucluse en 1801: J.-C. Pancin (1743-1808); J.-B.-Antoine Pamard (1763-1837). In-8°, 44 p. Avignon.

Prévost (A.). L'École de santé de Paris (1794-1890). In-8°, 175 p. Poitiers.

GÉNÉRALITÉS

Chevalier (A.). L'Hôtel-Dieu de Paris et les Sœurs augustines. In-8°, XX-554 p. avec planches.

Guttmann (W.). Medicinische Terminologie. Fasc. 1. In-8°, 320 p. Vienne.

Statistique de la mortalité des enfants assistés (année 1900). In-4°, 107 p. avec graphiques. Melun. Impr. administrative.

ANNÉE 1902

Dans ce bulletin, nous indiquons tous les titres des ouvrages et des mémoires médicaux publiés en 1902 ou portant le millésime de ladite année, dont la connaissance nous est parvenue dans l'intervalle de chacun des numéros de la *Semaine Médicale*.

Les ouvrages sans indication de lieu ont été publiés à Paris.

MÉDECINE

Carter (A. H.). Elements of practical medicine. 8e éd. In-8°, 606 p. Londres.

Congrès français de médecine de Toulouse (6e session, 1902). T. Ier: rapports. In-8°, 408 p.

Criegern (von). Ueber Pleurasynechie und verwandte Zustände, vom Gesichtspunkte der diaskopischen Diagnostik. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 janv.) — De la symphyse pleurale et des états analogues envisagés au point de vue du diagnostic diascopique.

De Luca (B.). Il metodo auto-neuro-terapico nell'asma bronchiale. (*Riforma med.*, 7 janv.)

Ercklentz (W.). Beiträge zur Frage der traumatischen Herzerkrankungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 5-6.) — Des affections cardiaques d'origine traumatique.

Flexner (S.). The pathology of diabetes. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Freund (W. A.). Thoraxanomalien als Prädisposition zu Lungenphthise und Emphysem. (*Therap. Monatsh.*, janv.)

CHIRURGIE

Allis (O. H.) et **McReynolds** (R. P.). Intestinal anastomosis with suturing of the entire thickness of the intestinal wall; method and instruments. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Baldassari (L.). Esperimenti sull'emostasi epatica. (*Clinica chirurgica*, janv.)

Beck (C.). The Röntgen-rays in differentiating between osteomyelitis, osseous cyst, osteosarcoma and other osseous lesions. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 janv.)

Berger (P.). La hernie inguino-interstitielle et son traitement par la cure radicale. (*Rev. de chir.*, janv.)

Berndt (F.). Zur Frage der Beteiligung des Periosts bei der Muskelverknöcherung nach einmaligem Trauma. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — De la participation du périoste dans la myosite ossifiante consécutive à un traumatisme unique.

Biondi (D.). Due osservazioni di lussazione esterna completa abituale acquisita della rotula, probabilmente da paralisi infantile. (*Riforma med.*, 24 janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Amann (J. A.). Totale Inversion des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Andersch (H.). Dauererfolge der operativen Retroflexio- und Prolapsbehandlung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 2.) — Résultats éloignés du traitement opératoire de la rétroflexion et du prolapsus de l'utérus.

Aubery (C.). Volumineux fibrome interstitiel de l'utérus enlevé par la méthode de Martin (énucléation abdominale). (*Loire méd.*, janv.)

Baumgart. Blasenmole bei beiderseitigen Ovarialkystomen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 janv.) — Môle hydatiforme dans un cas de kyste bilatéral de l'ovaire.

Bird (U. S.). Pelvic fracture during labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Chase (W. B.). General treatment in gynecological patients. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

22e ANNÉE. — No 24. Vingt centimes le numéro. 11 JUIN 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Les formes cliniques de la pleurésie aiguë tuberculeuse, par M. le professeur L. Bard.............. 193
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — De l'évolution du nagana et de sa variabilité suivant les espèces animales.......... 196
Académie des sciences. — De la vaccination active contre la peste, le choléra et l'infection typhique.......................... 197
Sur les leucomaïnes diabétogènes............ 197
Société médicale des hôpitaux. — A propos du sérum de Trunecek.......................... 197
Maladie de Raynaud de nature hystérique, guérie par suggestion indirecte.......... 197
Société de biologie. — Sur la leucocytose dans la cholémie expérimentale.............. 197
Cytologie des hydrocèles.............. 198
Sur l'action de la sécrétion physiologique du pancréas à l'égard de l'albumine...... 198
Etude graphique des oscillations de la tête chez les aortiques et les sujets sains...... 198
Illusion de mouvement du champ visuel due à la fatigue des muscles de l'œil......... 198
Sur les nerfs trophiques de la cornée....... 198
Des mouvements des lymphocytes.......... 198
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Traitement du mycosis fongoïde par le cacodylate de soude...................... 198
Pelade guérie à la suite de l'ablation de dents malades........................ 198
Psoriasis d'origine émotive.............. 198
Sur divers modes de traitement du lupus .. 198
Teigne faveuse traitée par les rayons de Röntgen...................... 199
Paralysie faciale syphilitique précoce...... 1[illegible]
L'eau oxygénée contre la pyodermite...... 199
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — L'inflammation aiguë de l'amygdale pharyngée.......................... 199
Le traitement du pied bot chez les enfants de moins d'un an................. 199
Société de médecine interne de Berlin. — Maladie d'Addison à évolution rapide.......... 199
Sur la cause des réactions colorantes du bacille de la tuberculose.............. 199
Lettres d'Autriche. — Sur l'absorption par l'intestin de substances insolubles dans l'eau. 199
De la distribution des vaisseaux dans la rate.......................... 199
Tumeur développée aux dépens d'un corps de Zuckerkandl..................... 199
Membrane endolaryngienne congénitale.. 200
Blessure de la carotide primitive, traitée avec succès par la ligature de ce vaisseau, puis de ses branches de bifurcation...... 200
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement de la méningomyélite chronique par la suspension et l'emploi du corset plâtré........ 200
L'occlusion intestinale partielle et son traitement par l'ésérine................ 200
L'injection d'une solution saline dans la veine ombilicale comme moyen de traitement de l'asphyxie du nouveau-né....... 200
Traitement de la pelade par l'usage interne du phosphore..................... 200
Inconvénients de l'emploi des spéculums trop lourds....................... 200
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Absorption intestinale des substances insolubles dans l'eau.......................... 199^3
Artériosclérose.......................... 197^2
Asphyxie du nouveau-né.................. 200^2
— locale des extrémités de nature hystérique.......................... 197^3
Bacille de Koch et ses réactions colorantes. 199^2
Blessure de la carotide primitive.......... 200^1
Cacodylate de soude contre le mycosis fongoïde.......................... 198^2
Cholémie expérimentale et leucocytose..... 197^3
Choléra et son vaccin.................... 197^1
Cytologie des hydrocèles.................. 198^1
Eau oxygénée contre les pyodermites persistantes.......................... 199^1
Esérine contre l'occlusion intestinale partielle.......................... 200^2
Fièvre typhoïde et son vaccin............ 197^1
Hydrocèles.......................... 198^1
Illusion de mouvement du champ visuel.... 198^1
Inflammation aiguë de l'amygdale pharyngée. 199^1
Leucomaïnes diabétogènes................ 197^2
Leucocytose dans la cholémie expérimentale. 197^3
Lupus.......................... 198^3
Lymphocytes et leurs mouvements.......... 198^2
Maladie d'Addison à évolution rapide....... 199^2
Membrane endolaryngienne................ 200^1
Méningomyélites chroniques.............. 200^1
Minéralisation de l'organisme contre la tuberculose pulmonaire.................. 197^1
Mycosis fongoïde.......................... 198^2
Nagana et son évolution selon les espèces animales.......................... 196^3
Nerfs trophiques de la cornée............ 198^2
Occlusion intestinale partielle............ 200^2
Oscillations systoliques de la tête......... 198^1
Paralysie faciale syphilitique précoce...... 199^1
Pelade.......................... 200^3
— guérie par l'ablation de dents cariées. 198^3
Peste et son vaccin...................... 197^1
Phosphore contre la pelade............... 200^3
Pied bot.......................... 199^2
Pleurésies aiguës tuberculeuses........... 193^1
Psoriasis d'origine émotive............... 198^3
Pyodermite persistante................... 199^1
Radiothérapie de la teigne faveuse........ 199^1
Rage des rues.......................... 198^2
Rate et sa circulation.................. 199^3
Sang et sa teneur en fer chez le nouveau-né. 198^2
Sécrétion physiologique du pancréas et son action à l'égard de l'albumine........... 198^1
Sensibilité musculaire et sa mesure........ 197^2
Sérum artificiel en injection dans la veine ombilicale contre l'asphyxie du nouveau-né.......................... 200^2
— de Trunecek chez les artérioscléreux. 197^2
Signe de Musset.......................... 198^1
Spéculums trop lourds et leurs inconvénients 200^3
Suspension et corset plâtré contre les méningomyélites chroniques.............. 200^1
Syphilis et paralysie faciale.............. 199^1
Teigne faveuse.......................... 199^1
Traitement de la pelade.......... 198^3 200^3
— de l'artériosclérose............ 197^2
— de l'asphyxie du nouveau-né..... 200^2
Traitement de la teigne faveuse........... 199^1
— de la tuberculose pulmonaire.... 197^1
— de l'inflammation aiguë de l'amygdale pharyngée.............. 199^1
— de l'occlusion intestinale partielle 200^2
— des méningomyélites chroniques. 200^1
— des pyodermites persistantes.... 199^1
— du lupus.......................... 198^3
— du mycosis fongoïde........... 198^2
— du pied bot.......................... 199^2
Tuberculose pulmonaire.................. 197^1
Tuberculoses aiguës de la plèvre........... 193^1
Tumeur du corps de Zuckerkandl.......... 199^3
Vaccins de la peste, du choléra et de la fièvre typhoïde.......................... 197^1

VARIA

Un docteur en médecine président du Conseil des ministres en France.

Au cours des trente dernières années on a vu à maintes reprises dans quelques pays, en France principalement, des docteurs en médecine faire partie du gouvernement comme ministres; mais jusqu'ici aucun membre de notre profession n'avait occupé, que nous sachions du moins, le poste de président du Conseil des ministres. Or, le nouveau ministère qui vient de se former en France a pour chef M. le docteur E. Combes, sénateur, qui en 1896 figurait encore comme médecin pratiquant à Pons sur la liste officielle des médecins du département de la Charente-Inférieure. M. Combes a été précédemment ministre de l'instruction publique; c'est un homme de haute culture intellectuelle, car il était déjà docteur ès lettres lorsque, en 1868, il soutint sa thèse de doctorat devant la Faculté de médecine de Paris.

Le choix fait par le président de la République française n'a aucun rapport, il est vrai, avec la profession qu'exerçait précédemment le nouveau président du Conseil des ministres, mais il n'en est pas moins bon de signaler qu'un membre du Corps médical s'est acquis des titres suffisants pour mériter un tel honneur.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Le Dantec, agrégé, est nommé professeur de pathologie exotique.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Döllken est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Paul Kuczera est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Friedrich Müller, professeur à la Faculté de médecine de Bâle, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Karl Chodounsky, professeur extraordinaire de pharmacologie, est nommé professeur ordinaire, en remplacement de M. von Jirus, décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Bacaresse (L.). Considérations étiologiques sur le syndrome de Little.

Barbarin (P.). Les complications mastoïdiennes et intracrâniennes des otites moyennes suppurées chroniques.

Beaugeard (A.-M.-P.). Des difficultés de diagnostic dans les attentats à la pudeur chez les petites filles.

Benoit (J.-O.). Des parotidites consécutives à l'ovariotomie.

Berlatzky (Mlle). Du massage en gynécologie.

Bischofswerder (L.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la syringomyélie : névromes intra-médullaires; main succulente.

Bloch (E.). Rhumatismes et dyspepsies.

Calamet (C.). Etude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant.

Coignerai (H.). Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire.

Durand (C.). Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de jambe (méthode de Moreschi et ses modifications).

Fourniols. Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphtérique.

Galand (G.). De la rhinotomie sous-labiale.

Galliot (P.). Ablation totale de l'humérus avec conservation du bras.

Geiger (G.). Applications thérapeutiques du bain de lumière et du bain de chaleur lumineuse.

Geyer (R.). Etude médico-psychologique sur le théâtre d'Ibsen.

Gillot (J.). Des opérations d'hystérectomies abdominales totales et supra-vaginales pratiquées pour fibrome utérin dans le service du docteur E. Schwartz (octobre 1897 à juillet 1901).

Grullon (A.). Essai sur les phénomènes sympathiques de l'œil; troubles irritatifs et ophtalmie sympathique.

Hamard (M.-A.-J.). Essai sur la viande et les conserves de viande.

Janin (L.). Le pronostic et le traitement chirurgical chez les diabétiques.

Josso (J.). Etude sur les chancres syphilitiques à localisations rares de la cavité buccale.

Lebon (H.). Sur les ruptures de la carotide interne dans le sinus caverneux (anévrysme carotido-caverneux).

Ledoux (S.-A.). Contribution à l'étude du pouls dans la tuberculose pulmonaire.

Le Gall (J.). Contribution à l'étude des gangrènes cutanées d'origine hystérique.

Legros (J.). Contribution à l'étude des varices des régions sus et pré-pubiennes pendant la grossesse.

Le Roux (H.). De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme.

Lévy (A.-J.). Contribution à l'étude des diplégies faciales totales.

Lobligeois (F.). Etude clinique et diagnostique des érythèmes scarlatiniformes et de la scarlatine vraie apparaissant au cours de la diphtérie; valeur diagnostique de l'examen du sang et de la diazoréaction d'Ehrlich.

Merklen (A.). Contribution à l'étude de l'étiologie de la tachycardie paroxystique.

Mir (P.). Les idées actuelles sur le traitement du choléra infantile.

Postina (L.). Etude sur la propagation des abcès profonds de la région hypogastrique.

Renoult (G.). Contribution à l'étude du *Cereus grandiflora* (botanique, essai expérimental et thérapeutique).

Reumaux (E.). Contribution à l'étude de l'ostéome des cavaliers.

Riss (R.). De la luxation congénitale de la tête du radius.

Roblot (A.). Leucémie et lithiase urique à propos de deux observations (étude clinique, pathogénique et thérapeutique).

Rosenwald (L.-E.). Enseignement de la déontologie médicale dans les Facultés.

Sevray (P.). L'ophtalmie purulente des nouveau-nés; sa prophylaxie; son traitement (résultats obtenus à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine).

Targhetta (J.-P.). Etude sur le thymus envisagé spécialement au point de vue de la médecine légale.

Van Olden Barneveld (F.). Etude sur la pathogénie et le traitement de la périhépatite et de la pleurésie appendiculaires.

Vassor (P.). Contribution à l'étude des difficultés de la version causées par l'anneau de Bandl (étude spéciale du deuxième temps).

Willemin (J.). De la laryngite catarrhale d'origine gastrique.

PHYSIOLOGIE

Backman (W.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Darmfäulnis bei verschiedenen Diätformen unter physiologischen Verhältnissen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 5-6.) — De la putréfaction intestinale à l'état physiologique et dans les divers régimes alimentaires.

Bordier (H.). Détermination expérimentale du rapport qui existe entre la quantité de chaleur dégagée et la surface du corps chez l'homme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Brocard (M.). L'utilisation des bihexoses dans la nutrition. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Cannon (W. B.). The movements of the intestines studied by means of the Röntgen-rays. (*Journ. of Med. Research*, janv.)

Cluzet (J.). Sur la loi d'excitation des nerfs et des muscles. (*Arch. d'électricité méd.*, janv.)

Danilewsky (B.). Die physiologischen Fernwirkungen der Elektricität. In-8°, 228 p. avec fig. Leipzig. — Les effets physiologiques éloignés de l'électricité.

Larrabee (R. C.). Leucocytosis after violent exercise. (*Journ. of Med. Research*, janv.)

Lüthje (H.). Beiträge zur Kenntnis des Eiweissstoffwechsels. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 1-2.) — Des échanges organiques de l'albumine.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bingel (A.). Ueber Hernia retroperitonealis duodeno-jejunalis (Treitzii). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.)

Bökelman (W. A.). Untersuchungen zur pathologischen Anatomie des menschlichen Magens in Fällen von Ulcus und Carcinom bei bekannter chemischer und motorischer Function. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 1-2.) — Anatomie pathologique de l'estomac dans les cas d'ulcère ou de cancer de cet organe (avec renseignements cliniques sur les fonctions chimique et motrice).

Cantalupo (R.). Ueber die durch die allgemeine Aethylchloridnarkose verursachten feineren Veränderungen der nervösen Centren. (*Wien. med. Wochensch.*, 16, 23 et 30 nov., 7, 14, 21 et 28 déc. 1901; 4, 11 et 18 janv.) — Des altérations fines du système nerveux central, consécutives à la narcose générale par le chlorure d'éthyle.

Hedinger (E.). Casuistische Beiträge zur Kenntnis der Abdominal-Cysten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.)

Perrando (G.). Sulla struttura della tiroide nei neonati in varie condizioni anatomo-patologiche. In-8°, 113 p. Sassari.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arloing (S.) et **Descos** (A.). Des toxones de la tuberculine et de leur influence sur le développement de la tuberculose expérimentale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Bendix (E.). Wirkt die Harnsäure antiseptisch? (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 1-2.) — L'acide urique possède-t-il des propriétés antiseptiques?

Boix (E.) et **Noé** (J.). Essai de neutralisation de quelques toxalbumines par l'hyposulfite de soude dans l'organisme animal. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Ehret (H.) et **Stolz** (A.). Ueber experimentelle Cholecystitis und Cholangitis autoinfectiösen Ursprungs. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 janv.)

Fibich (R.). Experimenteller Beitrag zur Theorie von der Einwirkung der Knochenbrüche auf den Kreislauf und die Temperatur. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 janv.) — Recherches expérimentales relatives à l'influence exercée par les fractures sur la circulation et la température.

Leduc (S.). Cytogenèse expérimentale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 25 janv.)

Pokrovsky (M.). Recherches expérimentales sur la sérothérapie des affections staphylococciques (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Wolff (B.) et **Meyer** (J.). Die Einwirkung flüssiger Luft auf die inficirte Vaginal- und Uterusschleimhaut bei Hunden. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 2.) — L'action de l'air liquide sur la muqueuse infectée du vagin et de l'utérus chez les chiennes.

MÉDECINE

Anders (J. M.). The association of pulmonary tuberculosis with both primary and secondary endocarditis, and the effect of valvular disease upon lung tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Antonini (G.). La pellagra; storia, eziologia, patogenesi, profilassi. In-16, 166 p. avec planches. Milan. Hoepli.

Appelbaum (L.). Blutuntersuchungen an Phthisikern. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 janv.) — Examen du sang chez les phtisiques.

Arnold (H. D.). Cause of death in aneurisms of the thoracic aorta which do not rupture; report of 5 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — Sur la cause de mort dans les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique sans rupture.

Assfalg (K.). Die Verwendung des Methylenblau zur Prüfung der Nierenfunction. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.) — Emploi du bleu de méthylène pour l'examen fonctionnel du rein.

Barbier (H.). Sémiologie pratique des poumons et de la plèvre (signes physiques, inspection, palpation, percussion, auscultation). In-18, 253 p. avec fig.

Bardach (B.). Ueber Stukowenkow's Methode der quantitativen Quecksilberbestimmung im Harn. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 11 janv.) — Sur le dosage du mercure dans les urines d'après le procédé de Stoukovenkov.

Burt (S.). Gallertkrebs des Magens und des Omentums; Diagnose durch Paracentese. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 janv.) — Cancer colloïde de l'estomac et de l'épiploon; diagnostic au moyen de la ponction.

Garrod (A. E.). Ein Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Alkaptonurie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 11 janv.)

Godart-Danhieux. A propos de l'ulcère latent de l'estomac et de l'exulceratio simplex. (*Policlinique*, 1er janv.)

Hansemann (D. von). Ueber Nierengeschwülste. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 1-2.) — Des tumeurs du rein.

Hertzberger (L.). De pathogenese der colica mucosa. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 janv.)

Hirschfeld (F.). Die Zuckerkrankheit. In-8°, 290 p. Leipzig. — Le diabète.

Jaquet (A.). Zur Technik der graphischen Pulsregistrirung. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 janv.)

Kelly (A.). Observations on the nature and diagnosis of acute or infective endocarditis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Kimel (S.). Contributiuni la studiul emostasei prin injectiuni sub-cutanate cu ser gelatinos. (*Thèse de Bucharest.*)

Klemperer (G.) et **Tritschler** (F.). Untersuchungen über Herkunft und Löslichkeit der im Urin ausgeschiedenen Oxalsäure. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.) — Recherches sur l'origine et la solubilité de l'acide oxalique éliminé avec les urines.

Kuhn (Ph.). Ueber den Zusammenhang von Diabetes insipidus und mellitus. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 janv.) — Sur les rapports qui existent entre le diabète insipide et le diabète sucré.

Lamb (G.). On the etiology and pathology of scurvy. (*Lancet*, 4 janv.) — Sur l'étiologie et la pathologie du scorbut.

MALADIES INFECTIEUSES

Boinet. Cinq cas de rupture de la rate chez des paludéens. (*Marseille méd.*, 1er janv.)

Courmont (J.). Sur la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques; application au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Fonseca (A.). A peste; historia, etiologia e anatomia pathologica. In-8°, 255 p. avec planches en couleurs. Porto.

Foulerton (A.) et **Thomson** (H. C.). The causation of paralysis in diphtheria. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.)

Haasler (F.). Ueber Folgeerkrankungen der Ruhr. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 et 16 janv.) — Sur les suites de la dysenterie.

Higley (H. A.). Bacteriological diagnosis of typhoid fever. (*Med. News*, 11 janv.)

Jump (H. D.). Duration of immunity by diphtheria antitoxin. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 janv.)

Kachkadamov (V.). Prophylaxie et traitement de la peste (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 oct. 1901; 5 et 12 janv.)

Kolle (W.) et **Martini** (E.). Ueber Pest. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2, 9, 16 et 23 janv.)

Menzer. Ueber Angina, Gelenkrheumatismus, Erythema nodosum und Pneumonie, nebst Bemerkungen über die Aetiologie von Infectionskrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 et 13 janv.)

Montoro de Francesco (G.). Di alcune forme gravi d'infezione malarica in Calabria. (*Incurabili*, 1er et 15 janv.)

Relazione al Consiglio superiore di sanità sui casi di peste bubbonica a Napoli. In-8°, 67 p. avec planches. Rome.

Riss (R.). Un cas de méningite cérébro-spinale avec terminaison favorable. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

Saltykow (S.). Sérum normal dans la pneumo-entérite. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Schoo (H. J. M.). Malaria in Noord-Holland. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 janv.)

Siegert (F.). Die Diphtherie in den Wiener Kinderspitälern von 1886 bis 1900. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 1.) — La diphtérie dans les hôpitaux pour enfants de Vienne pendant la période de 1886 à 1900.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bruns (C.). Ueber Anwendung von Laufwagen bei Lähmungen der unteren Extremitäten. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 janv.) — Sur l'emploi d'appareils pour la marche en cas de paralysie des extrémités inférieures.

Bucelli (N.). Sulle contrazioni diplegiche di Remak. (*Pammatone*, VI, 1.)

Crocq (J.). Le réflexe du fascia lata. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

De Buck (D.). Les paralysies post-anesthésiques. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

De Luna (M.). Emicorea ed elmintiasi. (*Gazz. degli Osped.*, 12 janv.)

D'Ormea (A.). Del contrasto psichico nelle malattie mentali. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 1.)

Dudgeon (L. S.). Volkmann's contracture. (*Lancet*, 11 janv.)

Ennen. Zur Lehre von den periodischen Geistesstörungen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.) — Des troubles psychiques périodiques.

Eskridge (J. T.). The specific and non-specific lesions of the brain resulting from syphilis, and their influence upon diagnosis, prognosis and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 janv.) — Lésions cérébrales spécifiques et non spécifiques, d'origine syphilitique, et leur influence sur le diagnostic, le pronostic et le traitement [des maladies du système nerveux].

Förster (O.). Die Physiologie und Pathologie der Coordination; eine Analyse der Bewegungsstörungen bei den Erkrankungen des Centralnervensystems, und ihre rationnelle Therapie. In-8°, 316 p. avec fig. Iéna. G. Fischer.

Glorieux. Deux cas de myélite conjugale. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Kovalevsky (P.). La migraine et son traitement. In-16, 204 p.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Barbe (C.) et **Baudouin** (G.). Maladies de la peau. In-8°, 203 p. avec fig.

Finger (E.). Ulcus molle und Syphilis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 janv.)

Frédéric (J.). Beitrag zur Frage der Mikrosporie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 1.)

Friedländer (W.). Zur Uebertragungsweise der Syphilis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 janv.) — Le mode de propagation de la syphilis.

Gaucher (E.) et **Crouzon** (O.). Des troubles de la nutrition dans la syphilis. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Grandmaison (F. de) et **Boidin** (L.). Hydarthrose syphilitique volumineuse et précoce. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Grosz (S.). Ueber Keratosis nigricans (Acanthosis nigricans, dystrophie papillaire et pigmentaire). (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 janv.)

Koch (R.). Framboesia tropica und Tinea imbricata. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 1.)

Lieberthal (D.). Lichen planus hypertrophicus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 janv.)

Majocchi (D.). Ueber die smegmogenen Concretionen des Präputialsackes « Smegmolithen », und über die Analogie zwischen diesen und anderen Epidermisconcretionen des Menschen und einiger Säugetiere. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 1, 2 et 3.) — Des « smegmolithes » et de leur analogie avec d'autres concrétions épidermiques chez l'homme et chez quelques mammifères.

Pick (W.). Psoriasis und Glykosurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 janv.)

CHIRURGIE

Blos. Ueber die Entzündungen des Wurmfortsatzes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 2.) — Les inflammations de l'appendice.

Briggs (C. E.). Laparotomy for perforation in typhoid fever; report of 6 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Brown (G.). Surgical correction of malformation and speech defects due to or associated with hare-lip and cleft palate. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 et 25 janv.) — Traitement chirurgical des malformations et des troubles de la parole dus au bec-de-lièvre et aux fentes du palais.

Cackovic (M. von). Ueber totale Verkleinerung (Schrumpfung) des Magens, und über Jejunostomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — Le ratatinement de l'estomac et la jéjunostomie.

Chassel (L.). Zur Behandlung des Ileus. (*Wien. med. Presse*, 26 janv.) — Traitement de l'iléus.

Cumston (Ch. G.) et **Vanderveer** (A.). The symptomatology, diagnosis and treatment of carcinoma of the cæcum, with a report of 2 cases. (*Ann. of Surgery*, janv. et fév.)

Dor (L.). Le cholestéatome du sein. (*Rev. de chir.*, janv.)

Duplant (F.). Pleurésie purulente interlobaire consécutive à un abcès du foie et opérée avant la vomique; mort par hémorrhagie intestinale un mois après l'opération. (*Lyon méd.*, 26 janv.)

Duvernay (L.). De l'hygroma à grains riziformes. (*Lyon méd.*, 26 janv.)

Fenner (E. D.). Report of 6 cases of penetrating wounds of the abdomen submitted to abdominal section, with a statistical table of 152 cases thus operated on at the Charity Hospital in New-Orleans. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Finkelstein (B.). Beiträge zur Frage der Tuberculose der Lymphdrüsen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — De la tuberculose des ganglions lymphatiques.

Forgue (E.). Précis de pathologie externe. T. Ier : pathologie chirurgicale générale ; affections des tissus et des organes ; affections chirurgicales des membres. In-18, 872 p. avec fig.

Frank (J.). Mechanical versus suture methods for intestinal approximation. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Garrè et **Sultan** (C.). Kritischer Bericht über 20 Lungenoperationen aus der Rostocker und der Königsberger Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 2.) — 20 opérations sur le poumon.

George (C.). The treatment of inoperable tumors. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 janv.)

Gevaert (G.). Un cas de coxa vara double rachitique. (*Journ. de chir.*, janv.)

Ghillini (C.). Le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche par rapport aux difformités du fémur. (*Rev. d'orthopédie*, janv.)

Gindus (Mlle M.). L'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire consécutive à un traumatisme. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Gross. Gastrectomie. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.)

Guermonprez (F.). Etudes sur les fractures indirectes dorsales et dorso-lombaires de la colonne vertébrale. T. Ier. In-16, 390 p. avec fig.

Gussenbauer. Ueber die Behandlung der Fissura ani. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 janv.) — Traitement de la fissure de l'anus.

Haberern (J. P.). Ueber Sehnenluxationen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 3-4.) — Les luxations des tendons.

Hacker (von). Zur Frage des zweckmässigsten Verfahrens, um Fremdkörper aus dem unteren Teil der Speiseröhre vom Magen aus zu entfernen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 2.) — Sur l'extraction des corps étrangers de la portion inférieure de l'œsophage par la voie stomacale.

Hahn (E.). Eine Methode der Orchidopexie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 4 janv.)

Hellendall (H.). Die Ehrlich'sche Diazoreaktion in ihrer Bedeutung für chirurgische Krankheiten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 2.)

Hölscher (F.). Zur Behandlung der Ischias. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 11 janv.) — Un procédé de traitement de la névralgie sciatique.

Janowsky (L.). Zur Frage des Lippenkrebses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — Du cancer des lèvres.

Kabloukov (A.). De la résection du cæcum pour tuberculose (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 1.)

Kaczvinszky (J.). Was ist die Ursache der Lymphdrüsen-Recidiven nach Carcinomoperationen, und wie ist unser Operations-Verfahren zu modificiren? (*Pest. med.-chir. Presse*, 19 janv.) — Quelle est la cause des récidives ganglionnaires à la suite d'opérations pour cancer, et comment convient-il de modifier nos procédés opératoires [pour éviter ces récidives]?

Kelling (G.). Ueber Oesophagoskopie, Gastroskopie und Kölioskopie. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 janv.)

Laméris (H. J.). Over gastrostomie bij carcinoma oesophagi. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 janv.)

Lange (F.). Weitere Erfahrungen über seidene Sehnen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 janv.) — Nouvelles recherches sur l'autoplastie tendineuse à l'aide de fils de soie.

Langemak (O.). Die Darmausschaltung als präliminare Operation vor Exstirpation grosser Cöcaltumoren, mit Bemerkungen über das Cöcumcarcinom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 3-4.) — L'exclusion de l'intestin comme opération préliminaire dans l'extirpation des tumeurs volumineuses du cæcum; remarques sur le cancer du cæcum.

Lecène (P.). Un cas de méningite séreuse d'origine otitique; trépanation bilatérale; guérison. (*Rev. de chir.*, janv.)

Leser (E.). Operations-Vademecum für den praktischen Arzt. 2e éd. In-8°, 186 p. avec fig. Berlin.

Lorenz (A.). Ueber die unblutige Behandlung des muskulären Schiefhalses. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 et 18 janv.) — Traitement non sanglant du torticolis musculaire.

Matas. Traumatic arterio-venous aneurysms of the subclavian vessels, with an analytical study of 15 reported cases, including one operated upon. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11, 18 et 25 janv. et 1er fév.) — 15 cas d'anévrysme artérioso-veineux des vaisseaux sous-claviers, d'origine traumatique.

Maylard (A.). The cause of « stitch abscesses » and their prevention. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Causes et prophylaxie de la suppuration des points de suture.

Mercadé (S.). De l'intervention précoce dans les traumatismes du foie. (*Rev. de chir.*, janv.)

Meyer (W.). 2 cases of gastroenterostomy with enteroenterostomy done with the aid of the elastic ligature (McGraw's method). (*Med. Record*, 25 janv.)

Michel (L.). Résection intestinale dans une hernie ombilicale étranglée. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.)

Mintz (W.). Zur operativen Behandlung des «Retrocollis spasmodicus». (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 3-4.)

Mixter (S. J.). The technique of gall-bladder and duct-operations. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Technique des opérations sur la vésicule et les voies biliaires.

OPHTALMOLOGIE

Antonelli (A.). Un point d'histoire de l'opération du strabisme. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

Bull (Ch. S.). The class of cases of simple chronic glaucoma in which operation is not advisable. (*Med. News*, 18 janv.) — Sur les cas de glaucome chronique simple dans lesquels l'opération n'est pas indiquée.

Cosse (F.). Indications des différents procédés opératoires dans le traitement du strabisme. (*Touraine méd.*, janv.)

Golesceano (C.). Les aveugles à travers les âges : la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, avec une statistique sur les causes de la cécité, basée sur 2,000 observations; l'hospice des Quinze-Vingts moderne. In-8°, 270 p. avec fig.

Heymann (E.). Ophthalmologische Operationslehre. T. II. In-8°, p. 107 à 272, avec fig. Halle.

Javal (E.). Mémoire sur la vérification des ophtalmomètres et la graduation des lunettes d'essai. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Kalt. Kystes orbitaires à parois végétantes et à début brusque. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Lagrange (F.). Pronostic et traitement du gliome de la rétine. (*Touraine méd.*, janv.)

Mendel (F.). Zur Prognose der Glaucom-Operation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 janv.)

Morax (V.). Nécrose et gangrène des paupières. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Popov (A.). Traitement du trachome par l'ichtyol (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Van Fleet (F.). Alcoholic amaurosis. (*Med. Record*, 18 janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bué (V.). Kystes de l'ovaire et grossesse. (*Nord méd.*, 1er janv.)

Bulius (G.). Zur Topographie des Uterus und der Blase nach Alexander-Adams' Operation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 janv.) — Sur la topographie de l'utérus et de la vessie chez les femmes ayant subi l'opération d'Alexander-Adams.

Carstens (J. H.). Vaginal hysterectomy with four and a half months' pregnancy and closed cervix. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Hystérectomie vaginale dans un cas de grossesse de quatre mois et demi avec occlusion du col utérin.

Cumston (Ch. G.). The surgical aspects of carcinoma uteri complicating pregnancy, labor and the puerperium. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Dienst (A.). Kritische Studien über die Pathogenese der Eklampsie auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde, Blut- und Harnuntersuchungen eklamptischer Mütter und deren Früchte. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 2.) — Pathogénie de l'éclampsie; étude basée sur les constatations anatomo-pathologiques et sur l'examen du sang et des urines chez les femmes éclamptiques et chez leurs fœtus.

Dührssen (A.). Vademecum der Geburtshülfe und Gynäkologie. 8e éd. 1re partie. In-8°, 258 p. avec fig. Berlin.

Falk (O.). Ein Beitrag zum anatomischen Material der Atmocausis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Faure (J.-L.). Chirurgie des annexes de l'utérus. In-18, 475 p. avec fig.

Heidenhain (L.). Ueber Verkleinerung des Bauchraumes und Verhinderung von Bauchbrüchen durch Doppelung der Bauchdecken. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 janv.) — L'entrecroisement des deux moitiés de la paroi abdominale comme moyen de rétrécir la cavité de l'abdomen et d'éviter les éventrations post-laparotomiques.

Hengge (A.). Ueber das papilläre Carcinom der Cervix (Carcinoma cervicis papillare). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Kleinwächter (L.). Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. 3e éd. In-8°, 136 p. Vienne. — L'interruption artificielle de la grossesse.

Koslenko. Ein Fall von Geburt bei Uterus bicornis duplex. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 janv.) — Accouchement dans un cas d'utérus double.

Kreis (O.). Kraurosis und Ulcus rodens vulvae. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er janv.)

Kriwski (L.). Zur Casuistik einer wiederholten Uterusruptur. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Sur la rupture répétée de l'utérus.

Krönig. Zur Kasuistik der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus (Uterus bicornis unicollis). (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 janv.) — Un cas de grossesse dans une corne rudimentaire de l'utérus.

Ladinski (L. J.). Elephantiasis of labium majus; fibroma of labium majus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Lange (W.). Beiträge zur Frage der Deciduabildung in der Tube bei tubarer und intrauteriner Gravidität. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Sur la formation de la caduque dans la trompe en cas de grossesse tubaire et de grossesse intra-utérine.

Lapthorn-Smith (A.). The obstetrical forceps. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 janv.)

Lumpe (R.). Ein Beitrag zur Casuistik der Eierstocksschwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Un cas de grossesse ovarienne.

Müller (H.). Zur Aetiologie des Fiebers unter der Geburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 2.) — Sur les causes de la fièvre pendant le travail.

Noto (A.). Contributo alla cura chirurgica del prolasso genitale completo col processo Chiarleoni. (*Riforma med.*, 27, 28, 29 et 30 janv.)

Olshausen (R.). Ueber die Wahl der Operation bei Myomen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 janv.) — Du choix de l'opération dans les cas de fibrome de l'utérus.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Chauveau (C.). Histoire des maladies du pharynx. T. II : moyen âge occidental et temps modernes. In-8°, 415 p. J.-B. Baillière.

Dulles (C. W.). Note on the treatment of follicular tonsillitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 janv.)

Grünwald (L.). Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 2e éd. In-8°, XXIII-254 p. avec fig. et planches. Munich. — Précis et atlas des maladies de la bouche, du pharynx et du nez.

Noorden (W. von). Beitrag sur serösen Cyste der Ohrmuschel. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 3-4.) — Kystes séreux du pavillon de l'oreille.

Rivière (A.). Les végétations adénoïdes du pharynx nasal et leur traitement (étude clinique, d'après une série d'opérations personnelles). In-8°, 51 p.

Schech (P.). Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 6e éd. In-8°, 410 p. avec fig. Vienne. — Les maladies de la cavité buccale, du pharynx et du nez.

Wood (G. B.). The pathogenesis of lacunar keratosis of the tonsil. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Wroblewski (W.). Znieczulanie 25 %- owym roztworem wyskowym kokainy przy operacyach w nosie, gardzieli i krtani. (*Gaz. lekarska*, 4 janv.) — Emploi d'une solution alcoolique de cocaïne à 25 % dans les opérations sur le nez, le pharynx et le larynx.

HYGIÈNE

Bondesen (J.). Kongelig Vaccinations-Anstalt 1802-1902. In-4°, 59 p. avec fig. et tracés. Copenhague. — Le centenaire de l'Institut royal de vaccine de Copenhague.

Cayla (F.). Hygiène (aliments, boissons, condiments et repas). T. Ier : alimentation; hygiène des enfants; appendices. In-8°, 248 p. avec fig. Bordeaux.

Delvaille (C.) et **Breucq** (A.). La santé de l'écolier; guide hygiénique de l'instituteur. 3e éd. In-12, 281 p. avec fig. F. Nathan.

Glibert (D.). Les filatures de lin; étude d'hygiène professionnelle (rapport d'enquête présenté au ministre de l'industrie et du travail de Belgique). In-8°, 463 p. avec fig. Bruxelles. J. Lebègue et Cie.

Knopf (S.-A.). La tuberculose considérée comme maladie du peuple; des moyens de la combattre. (Trad. de l'allemand par G. Sersiron.) In-16, 97 p. avec fig.

Rist (E.) et **Khoury** (J.). Etudes sur un lait fermenté comestible, le « leben » d'Egypte. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Arnozan (X.). Précis de thérapeutique. T. II : médicaments à action élective; révulsion; agents physiques et mécaniques. In-18, 658 p.

Cioffi (E.). Ancora della sieroterapia della tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 5 janv.)

Dupuy (B.). Corps neutres, principes amers et plantes qui les renferment en thérapeutique. In-8°, 262 p.

Fütterer (G.). Treatment of chronic round ulcer of the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 janv.)

Gerhardt (C.). Die Therapie der Infectionskrankheiten. In-8°, 424 p. Berlin.

Goldscheider (A.) et **Jacob** (P.). Handbuch der physikalischen Therapie. T. Ier, 2e partie. In-8°, 478 p. avec fig. Leipzig.

Herschell (G.). On the treatment of nervous indigestion or gastric neurasthenia. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.)

Houghton (E. M.). The pharmacology of the suprarenal gland and a method of assaying its products. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 janv.)

Jacobi (A.). Prolonged medication, with special reference to digitalis. (*Med. News*, 11 janv.)

Musser (J. H.). Treatment of chronic myocarditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 janv.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Apostoli (G.) et **Laquerrière** (A.). Electrothérapie gynécologique (derniers travaux de recherche et de critique par Apostoli, publiés par Laquerrière avec la collaboration de Delherm). In-8°, 632 p. avec fig. J.-B. Baillière.

Beck (C.). The pathological and therapeutic aspects of the effects of the Röntgen-rays. (*Med. Record*, 18 janv.)

Buccelli (N.). Sulla elettroterapia dello stomaco. (*Pammatone*, VI, 1.)

Krebs. Electrisches Glühlicht und innere Infection. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 janv.) — La lumière électrique et l'infection.

Zanietowski. Versuche über Voltaisation. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Belli (C.). Ulteriori ricerche intorno all'azione delle bassissime temperature ottenute con l'aria liquida sulla virulenza dei germi patogeni. (*Riforma med.*, 25 janv.)

Besson. Technique microbiologique et sérothérapique; microbes pathogènes de l'homme et des animaux. 2e éd. In-8°, 694 p. avec fig.

Biffi (U.). Su di un nuovo metodo d'isolamento del bacillo del tifo; nota preliminare. (*Riforma med.*, 4 janv.)

Clairmont (P.). Differentialdiagnostische Untersuchungen über Kapselbakterien. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 1.)

Dalmasso (C.). Sul passaggio dei microrganismi patogeni e delle loro tossine attraverso le discontinuità della cute. (*Riforma med.*, 13, 14 et 15 janv.)

Fortineau (L.). Note sur un bacille rouge pathogène. (*Gaz. méd. de Nantes*, 18 janv.)

Ghon (A.), **Pfeiffer** (H.) et **Sederl** (H.). Der Mikrococcus catarrhalis (R. Pfeiffer) als Krankheitserreger. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.)

Radaeli (F.). Sui recenti tentativi di coltura del bacillo dell'ulcera venerea. (*Clinica moderna*, 8 janv.)

22e ANNÉE. — N° 25. Vingt centimes le numéro. 18 JUIN 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Médecine pratique. — Les accidents de la ponction lombaire et les moyens de les éviter, par M. le docteur G. Milian...... 201
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Sur la pyroplasmose du chien.......... 202
Société de chirurgie. — Accidents d'intoxication hydatique consécutifs à une opération de kyste hydatique du foie.......... 202
De l'appendicite gangreneuse.......... 202
Exstrophie acquise de la vessie, par les voies naturelles.......... 202
Kyste hydatique du rein traité par l'extirpation avec néphrectomie partielle.......... 202
Etranglement intestinal par bride.......... 203
Société médicale des hôpitaux. — Sur un cas d'achondroplasie.......... 203
Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis, le tabes et la paralysie générale.......... 203
Exostoses multiples avec syndrome syringomyélique chez un hystérique.......... 203
Hépatite graisseuse latente des alcooliques. 203
Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — De l'interruption de la grossesse chez les femmes tuberculeuses.......... 203
Littérature médicale : *Publications françaises.* — Sur un cas d'ulcérations urémiques de l'estomac et de l'intestin grêle.......... 204
La clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, avec une statistique sur les causes de la cécité, basée sur 2,000 observations.......... 204
Un cas de grossesse dans une corne d'utérus cloisonné.......... 204
Publications allemandes. — Mort par paralysie cardiaque à la suite de la chloroformisation.......... 204
La physiologie et la pathologie de la coordination; étude des troubles du mouvement dans les maladies du système nerveux central; leur thérapeutique rationnelle.......... 205
Grossesse gémellaire dans un utérus bicorne double.......... 205
Publications hollandaises. — De la pleurésie interlobaire.......... 206
Appendicite tuberculeuse.......... 206
Publications russes. — La syphilis binaire et l'hérédité syphilitique.......... 206
Du sérodiagnostic de la tuberculose.......... 207
Publications scandinaves. — Du traitement chirurgical des néphrites chroniques, la tuberculose rénale exceptée.......... 207
Des pesées journalières comme méthode diagnostique adjuvante dans les maladies du cœur.......... 207
De la leucocytose dans la pneumonie aiguë. 207
Notes thérapeutiques. — Emploi de la paraffine en guise de protective.......... 207
L'anesthésie dentaire au moyen de l'extrait de capsules surrénales associé à la cocaïne. 208
Traitement des ulcères de la cornée par des applications d'acide phénique pur.......... 208
L'antipyrine dans le traitement de la fièvre puerpérale.......... 208
Solution alcoolique de tannin pour la prophylaxie de la mastite puerpérale.......... 208
La faradisation contre les dermatoses prurigineuses.......... 208
Traitement de la glossite chronique par des applications de nitrate d'argent ou d'acide chromique, associées à l'électricité.......... 208
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Achondroplasie.......... 203[1]
Acide chromique et électricité contre la glossite chronique.......... 208[3]
— phénique pur en applications contre les ulcères de la cornée.......... 208[2]
Affections parasyphilitiques et troubles pupillaires.......... 203[2]
Anesthésie dentaire au moyen de l'extrait surrénal associé à la cocaïne.......... 208[1]
Antipyrine contre la fièvre puerpérale.......... 208[2]
Appendicite gangreneuse.......... 202[2]
— tuberculeuse.......... 206[2]
Cécité et ses causes.......... 204[2]
Chloroformisation et paralysie cardiaque mortelle.......... 204[3]
Coordination et ses troubles dans les affections du système nerveux central.......... 205[1]
Dermatoses prurigineuses.......... 208[3]
Etranglement intestinal par bride.......... 203[1]
Exostoses multiples avec syndrome syringomyélique chez un hystérique.......... 203[2]
Exstrophie acquise de la vessie.......... 202[3]
Extrait surrénal associé à la cocaïne et son emploi dans l'anesthésie dentaire.......... 208[1]
Faradisation contre les dermatoses prurigineuses.......... 208[3]
Fièvre puerpérale.......... 208[2]
Glossite chronique.......... 208[3]
Grossesse dans une corne d'un utérus cloisonné.......... 204[3]
— et son interruption chez les tuberculeuses.......... 203[3]
— gémellaire dans un utérus bicorne. 205[3]
Hépatite graisseuse latente des alcooliques.. 203[3]
Hérédité syphilitique et syphilis binaire..... 206[2]
Hystérie avec exostoses multiples et syndrome syringomyélique.......... 203[2]
Kyste hydatique du foie et intoxication..... 202[1]
— — du rein.......... 202[3]
Leucocytose dans la pneumonie aiguë.......... 207[3]
Maladies du cœur et pesées journalières.... 207[2]
Mastite puerpérale.......... 208[3]
Néphrites chroniques.......... 207[1]
Nitrate d'argent et électricité contre la glossite chronique.......... 208[3]
Paraffine et son emploi en guise de protective. 207[3]
Paralysie cardiaque mortelle à la suite de la chloroformisation.......... 204[3]
Perforation intestinale d'origine typhique... 203[1]
Pesée journalière des cardiaques.......... 207[2]
Pleurésie interlobaire.......... 206[1]
Pneumonie aiguë et leucocytose.......... 207[3]
Ponction lombaire et ses accidents.......... 201[1]
Pyroplasmose du chien.......... 202[1]
Syphilis binaire et hérédité syphilitique..... 206[2]
— et troubles pupillaires.......... 203[2]
Tannin en solution alcoolique pour prévenir la mastite puerpérale.......... 208[3]
Traitement chirurgical des néphrites chroniques.......... 207[1]
— de l'achondroplasie.......... 203[1]
— de la fièvre puerpérale.......... 208[2]
— de la glossite chronique.......... 208[3]
— des dermatoses prurigineuses... 208[3]
— des ulcères de la cornée.......... 208[2]
— du kyste hydatique du rein..... 202[3]
Troubles pupillaires dans la syphilis, la paralysie générale et le tabes.......... 203[2]
Tuberculose et interruption de la grossesse. 203[3]
— et son sérodiagnostic.......... 207[1]
Ulcérations urémiques de l'estomac et de l'intestin.......... 204[1]
Ulcères de la cornée.......... 208[2]

VARIA

Le règlement du Congrès de Madrid et le principe du Congrès international de médecine.

Nous avons maintes fois attiré l'attention du Corps médical sur les divers inconvénients que présentent les Congrès internationaux (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 312 et 1899, p. 273). Le comité exécutif du quatorzième Congrès international de médecine, qui doit se tenir à Madrid, vient de publier le règlement de la réunion de 1903, et ce n'est pas sans une grande surprise que nous voyons le bureau provisoire du prochain Congrès s'écarter des règles essentielles qui ont été suivies jusqu'ici par tous ses prédécesseurs. Outre les défauts résultant du nombre des langues officielles, lesquelles ont été portées à cinq aussi bien pour les assemblées générales que pour les séances de section (allemand, anglais, espagnol, français, italien), le règlement contient une innovation qui est la mort sans phrase du Congrès de Madrid.

Tandis que, d'une manière générale, ne pouvaient être membres du Congrès international de médecine que les médecins qui en faisaient la demande et les savants présentés par le comité exécutif ou par les comités étrangers, le règlement du Congrès de Madrid porte ceci en son article 2 :

Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part à ses travaux, ainsi que les représentants de la presse.

C'est, comme on peut en juger, l'invasion complète du Congrès international de médecine par tous ceux qui n'appartiennent pas à notre profession. Le principe même de cette réunion est violé dans sa base, et, si la situation restait telle, Madrid, où le dernier Congrès international d'hygiène a pour ainsi dire fait fiasco, verrait bientôt le Congrès international de médecine échouer complètement. Il est à espérer que le comité d'organisation, éclairé sur la faute qu'il a commise dans le seul but de percevoir un plus grand nombre de cotisations, reconnaîtra pleinement son erreur et, par suite, modifiera l'article 2 du règlement conformément aux précédents.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Marseille. — La chaire de pathologie externe et médecine opératoire est supprimée et il est créé une chaire de pathologie externe et une chaire de médecine opératoire.

M. le docteur Cousin, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé professeur de médecine opératoire.

M. le docteur Delanglade, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe.

M. le docteur Oddo, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne et de pathologie générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Abramoff (A.). Contribution à l'étude des lésions tuberculeuses des os du coude, et de l'olécrâne en particulier.

Aillet (H.). Contribution à l'étude clinique de l'ostéosarcome de l'humérus.

Ariès (Ch.). Contribution à l'étude de l'emploi thérapeutique de la lécithine chez les vieillards.

Berthier (H.). Du drainage vésical par les voies naturelles; contribution à l'étude de la sonde uréthrale à demeure dans les infections urinaires.

Blavot (E.). Traitement des méningites cérébro-spinales; bains chauds et ponction lombaire.

Bourla (M. O.). Virulence du pneumocoque dans certaines formes de congestion pulmonaire.

Carton (J.). De la durée de la vie chez les épileptiques.

Cérac (J.). Contribution à l'étude de l'action hémostatique du sérum gélatiné en injections hypodermiques.

Chadzynski (J.). Des réflexes tendineux et cutanés et de leur dissociation (antagonisme) dans les maladies du système nerveux.

Chevreux (P.). De l'embolie pulmonaire tardive à la suite d'hystérectomies pour fibromes utérins.

Choutet (R.). Les sels cacodyliques.

Clerc (A.). Contribution à l'étude de quelques ferments solubles du sérum sanguin.

Daniel (P.). Contribution à l'étude des formes hypertrophiques et sténosantes de la tuberculose rectale.

Decottignies (E.). De l'action toxique de l'acide oxalique.

Degorce (A.). Indications et résultats de la gastro-entérostomie dans la gastrosuccorrhée.

Durand (R.). La méthode des injections épidurales par voie sacrée.

Duval (P.). Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien; indications; technique opératoire.

Eudel (M[lle]). Travail d'ensemble sur la diphtérie à Nantes depuis 1897.

Férouelle (A.). Chancre syphilitique du col de l'utérus cause de dystocie (étude clinique et traitement).

Ferrand (J.). Essai sur l'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale.

Géraudel (E.). Etude sur la cirrhose paludique.

Guillain (G.). La forme spasmodique de la syringomyélie; la névrite ascendante et le traumatisme dans l'étiologie de la syringomyélie.

Joret (J.). De la pathogénie du céphalhématome, d'après quelques anomalies dans son siège et l'époque de son apparition.

Le Gentil (G.). Kératite interstitielle et surdité.

Lereboullet (P.). Les cirrhoses biliaires.

Le Roy des Barres (A.-Ch.). L'anastomose musculo-tendineuse dans le pied bot paralytique.

Levaditi (C.). Contribution à l'étude des « Mastzellen » et de la « Mastzellen-leucocytose ».

Mallet. Le bicarbonate de soude en chirurgie; technique, indications.

PHYSIOLOGIE

Munk (I.). Physiologie des Menschen und der Säugetiere. 6e éd. In-8o, 642 p. avec fig. Berlin. — Physiologie de l'homme et des mammifères.

Reed (B.). The influence of some of the commoner drugs upon the gastric functions. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 janv.)

Reichert (E. T.). The ponto-bulbar heat center. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 janv.) — Le centre thermique bulbo-protubérantiel.

Riésnikov (M.). Le tracé du pouls et ses modifications sous l'influence de la lumière colorée (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12, 19 et 26 janv.)

Rothmann. Die Erregbarkeit der Extremitätenregion der Hirnrinde nach Ausschaltung cerebrospinaler Bahnen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.) — L'excitabilité de la région motrice de l'écorce cérébrale après exclusion des voies cérébro-spinales.

Rouhet (G.). De l'entraînement complet et expérimental de l'homme, avec étude sur la voix articulée suivie de recherches physiologiques et pratiques sur le cheval. In-8o, 542 p. avec fig.

Vaudin (L.). Sur un rôle particulier des hydrates de carbone dans l'utilisation des sels insolubles par l'organisme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Fränkel (E.). Ueber nekrotisirende Entzündung der Speiseröhre und des Magens im Verlauf des Scharlach, und über sogenannte acute infectiöse Phlegmone des Rachens. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.) — Sur l'inflammation nécrosante de l'œsophage et de l'estomac au cours de la scarlatine, et sur les phlegmons aigus infectieux du pharynx.

Heinz (R.). Weitere Studien über die Entzündung seröser Häute. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.) — Nouvelles recherches sur l'inflammation des séreuses.

Meyer (R.). Knochenherd in der Cervix eines fœtalen Uterus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.) — Noyau osseux dans le col d'un utérus fœtal.

Petersen (A.). Beiträge zur pathologischen Anatomie der graviden Tube. In-8o, 84 p. Berlin.

Ribbert (H.). Zur Kenntnis der Tractions-Divertikel des Oesophagus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.)

Zahn (F.-W.). Les cas de tuberculose observés à l'Institut pathologique de Genève pendant 25 ans, envisagés au point de vue de la tuberculose primitive ou secondaire de l'intestin, et de la fréquence de la dégénérescence amyloïde. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Aronsohn (E.). Das Wesen des Fiebers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 janv.) — La nature de la fièvre.

Brandenburg. Ueber Alkaleszenz und Alkalispannung des Blutes in Krankheiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 janv.) — L'alcalinité du sang et sa teneur en alcalis diffusibles dans les maladies.

Croftan (A. C.). Some experiments on the formation of bile pigment and bile acids; a contribution to our knowledge of icterus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 et 18 janv.)

D'Ormea (A.). Reazioni del sangue pellagroso sul sangue estraneo e sul plasma dei propri tessuti; nota preliminare. (*Riforma med.*, 11 janv.)

Kirstein (F.). Ueber die Dauer der Lebensfähigkeit von Krankheitserregern in der Form feinster Tröpfchen und Stäubchen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 1.) — La durée de la vitalité des agents pathogènes contenus dans des gouttelettes et des poussières très fines.

Kraus (R.) et **Ludwig** (S.). Ueber Bacteriohämagglutinine und Antihämagglutinine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 janv.)

Landsteiner (K.) et **Sturli**. Ueber die Hämagglutinine normaler Sera. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 janv.)

Leishman (W. B.). Note on a method of quantitatively estimating the phagocytic power of the leucocytes of the blood. (*Brit. Med. Journ.*, 11 janv.) — Sur une méthode d'évaluation du pouvoir phagocytaire des leucocytes du sang.

Lépine (R.) et **Boulud**. Destruction par le pancréas d'une substance empêchant la glycolyse. (*Lyon méd.*, 5 janv.)

Markl. Ueber Hemmung der Hämolyse durch Salze. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 1.) — De l'action antihémolysante des sels.

Mason (H.). A possible predisposing cause of cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 18 janv.)

Mayet. Démonstration expérimentale du rôle des néphrites dans la production de l'hypertrophie du cœur. (*Lyon méd.*, 19 janv.)

Pfeiffer (R.) et **Friedberger** (E.). Ueber Antikörper gegen die bacteriolytischen Immunkörper der Cholera. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 janv.)

Prochnik (L.). Carcinom und Malaria. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 janv.)

Rivet. Considérations sur l'étiologie parasitaire du cancer. (*Gaz. méd. de Nantes*, 11 janv.)

Salvioli (J.). Degli effetti dell'iniezione endovenosa dell'estratto di ghiandola genitale maschile sulla coagulazione del sangue e sul valore spermotossico del siero; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 12 janv.)

Wechsberg (F.). Zur Lehre von der natürlichen Immunität und über baktericide Heilsera. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 1.)

MÉDECINE

Bruno (J.). Ueber Morbus Addisonii. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 janv.)

Herz (H.). Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates (über vasomotorische Ataxie). (*Wien. med. Presse*, 1er, 8, 15, 22 et 29 sept., 6, 20 et 27 oct., 3, 10, 17 et 24 nov., 1er, 15 et 22 déc. 1901; 12, 19 et 26 janv., 2, 9 et 23 fév.) — Contribution à l'étude des névroses de l'appareil circulatoire périphérique (ataxie vasomotrice).

Moffat (R. U.). Blackwater fever. (*Brit. Med. Journ.*, 25 janv.) — De la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Monari (A.). Clorosi maschile. (*Gazz. degli Osped.*, 26 janv.)

Moncorgé. De l'exagération des réflexes rotuliens chez les asthmatiques. (*Lyon méd.*, 12 janv.)

Moritz. Ueber orthodiagraphische Untersuchungen am Herzen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 janv.) — Des recherches orthodiagraphiques sur le cœur.

Muzio (C.). Il medico pratico. 3e éd. In-16, 492 p. Milan. Hoepli.

Reissner (O.). Ueber das Verhalten des Chlors im Magen und die Ursache des Salzsäuremangels bei Magenkrebs. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 1-2.) — Sur l'état du chlore dans l'estomac et les causes du défaut d'acide chlorhydrique en cas de cancer gastrique.

Riegel (F.). Zur Symptomatologie und Therapie der chronischen Lungenblähung (Vagusneurose). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 janv.)

Rosenbach (O.). Ueber die Auskultation des Respirationsapparates, nebst Bemerkungen zur Pathologie der Lungenphthise. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 janv.)

Ruhemann (I.). Eine einfache Methode zur sofortigen quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Urin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 et 20 janv.) — Un procédé simple et rapide de dosage de l'acide urique dans les urines.

Steele (J. D.). Gastroptosis and gastric motor insufficiency. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 janv.)

Strauss (H.). Klinische Beiträge zur Pathologie und Therapie der sogenannten « idiopathischen Oesophagus-Erweiterung » (« sackförmige Oesophagus-Erweiterung ohne anatomische Stenose »). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.) — Pathologie et traitement des dilatations « idiopathiques » de l'œsophage.

Wenckebach (K. F.). Zur Analyse des unregelmässigen Pulses: Ueber den Pulsus alternans. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.) — Etude analytique du pouls irrégulier.

Zunz (E.). Contribution à l'étude de la digestion peptique et gastrique des substances albuminoïdes. In-8o, 188 p. Bruxelles. H. Lamertin.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Higier (H.). W sprawie zaburzen potowydzielniczych w poliomyelitis anterior (paralysis spinalis infantilis) i posterior (herpes zoster). (*Kronika lekarska*, 1er et 15 janv.) — Les troubles de sécrétion de la sueur dans la poliomyélite antérieure et postérieure.

Möbius (P. G.). Ueber den Kopfschmerz. In-8o, 46 p. Halle. — De la céphalalgie.

Muggia (G.). Sopra un caso di epilessia tardiva in un alienato. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 1.)

Oddo et **Darcourt**. Les réactions électriques dans la paralysie familiale périodique. (*Arch. d'électricité méd.*, janv.)

Oppenheim (H.). Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 3e éd. In-8°, 1220 p. avec fig. Berlin. — Traité des maladies du système nerveux.

Parhon (C.) et **Goldstein** (M.). Quelques nouvelles contributions à l'étude des localisations médullaires. (*Journ. de neurol.*, 20 déc. 1901 et 5 janv.)

Schaffer (K.). Die Topographie der paralytischen Rindendegeneration und deren Verhältnis zu Flechsig's Associationscentren. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.) — La topographie de la dégénérescence corticale dans la paralysie générale et ses rapports avec les centres d'association de Flechsig.

Schlesinger (H.). Die Syringomyelie. 2e éd. In-8°, 611 p. avec fig. Vienne.

Shirres (D. A.). On a case of congenital porencephalus, in which the porencephalic area corresponded to the area of distribution of the left middle cerebral artery. (*Studies from the Royal Victoria Hospital, Montreal*, I, 2.)

Starr (M. A.). The causation of multiple neuritis. (*Med. News*, 25 janv.)

Stern (H.). A contribution to the pathogenesis of narcolepsy and other forms of morbid sleepiness. (*Med. Record*, 11 janv.)

Vaschide (N.) et **Piéron** (H.). La psychologie du rêve au point de vue médical. In-16, 96 p.

Wertheim-Salomonson (J.). Das Zittern vom Standpunkte der Lebensversicherung. (*Wien. med. Wochensch.*, 4, 11, 18 et 25 janv.) — Le tremblement au point de vue de l'assurance sur la vie.

Westphal. Ueber Chorea chronica progressiva. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 janv.)

Weygandt (W.). Atlas und Grundriss der Psychiatrie. In-8°, 663 p. avec fig. et 24 planches en couleurs. Munich. J. F. Lehmann.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Barbiani (G.). La gonococciemia. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 1.)

Philippson (L.). Ueber das Sarcoma idiopathicum cutis Kaposi; ein Beitrag zur Sarcomlehre. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.)

Posner (C.). Diagnostik der Hautkrankheiten. 3e éd. In-8°, 182 p. avec fig. Berlin. — Diagnostic des maladies cutanées.

Radcliffe-Crocker (H.). Granuloma annulare. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv.)

Rossier (G.). La blennorrhagie chez la femme. In-8°, 60 p. Lausanne.

Sabouraud (R.). Séborrhée, acnés, calvitie. In-8°, 351 p. avec fig.

Scholtz (W.). Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 1, 2 et 3.) — Influence des rayons de Röntgen sur la peau saine et malade.

Schütz (J.). Ueber die vom Druck unabhängige Tylosis palmarum der Erwachsenen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 1.) — De la kératodermie palmaire des adultes, non liée à des pressions.

Tarnovsky (V.). La syphilis binaire [syphilis acquise des sujets issus de parents syphilitiques] et l'hérédité syphilitique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 5 et 12 janv.)

Zeissl (M. von). Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers. (*Wien. Klinik*, janv.) — Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.

CHIRURGIE

Gebele. Ueber Angiome und ihren Zusammenhang mit Carcinomen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 janv.) — Des angiomes dans leurs rapports avec le cancer.

Müller (G.). Die mechanische Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 2 janv.) — Traitement mécanique de la luxation congénitale de la hanche.

Neermann. Et kuriöst tilfælde af corpus alienum recti. (*Ugeskrift for Læger*, 17 janv.)

Nehrkorn (A.). Temporäre Colostomie bei chronischer Dysenterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 janv.)

Niedzielski (K.). W sprawie leczenia owrodzen podudzia. (*Kronika lekarska*, 1er janv.) — Traitement des ulcères de jambe.

Pagenstecher (E.). Ueber Ascitus chylosus; ein durch Laparotomie geheilter Fall. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 3-4.)

Pancoast (H. K.). Cervical rib. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.) — Côte cervicale.

Patel (M.). Des résections étendues de l'intestin grêle, en particulier dans la tuberculose intestinale. (*Province méd.*, 11 janv.)

Perassi (A.). Occlusione intestinale da ascaridi con strozzamento erniario. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, janv.)

Quervain (F. de). Ueber Rechtslagerung des ganzen Dickdarms und partiellen Situs inversus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — De la dextroposition du gros intestin et de l'inversion partielle.

Robson (A. W. M.). Observations on the surgical treatment of obstructive jaundice from an experience of over 200 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 18 janv.) — Traitement chirurgical de l'ictère par rétention; considérations basées sur plus de 200 cas.

Rossi (B.). Experimenteller Beitrag zur Frage der Behandlung von Knochenfracturen. (*Wien. med. Presse*, 26 janv.) — Recherches expérimentales sur le traitement des fractures.

Schächter (M.). Scheinoperationen bei eingebildeten Krankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 janv.) — Opérations simulées contre des maladies imaginaires.

Schiassi (B.). Una sintesi critica della cocainizzazione spinale. In-8°, 29 p. Bologne.

Schloffer (H.). Die an der Wölfler'schen Klinik seit 1895 operierten Fälle von gutartiger Magenerkrankung; Bemerkungen zur Gastroenterostomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 2.) — Opérations pratiquées à la clinique de Wölfler, depuis 1895, pour affections bénignes de l'estomac; remarques sur la gastro-entérostomie.

Schmieden (V.). Ueber den Wert der Theorie von der traumatischen Geschwulstgenese, und über einen geheilten Fall von centralem Riesenzellensarkom der Tibia. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 janv.) — Sur la valeur de la théorie de l'origine traumatique des tumeurs et sur un cas de sarcome central, à cellules géantes, du tibia, avec guérison.

Secreti (E.). Infiammazioni e tumori nei seni sfenoidali. In-8°, 107 p. avec fig. Rome. — Inflammation et tumeurs des sinus sphénoïdaux.

Smoler (F.). Zur Kasuistik der mesenterialen Lymphcysten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 2.)

Solieri (S.). Perforazione intestinale da ascaridi. (*Riforma med.*, 31 janv.)

Spijarny (I.). Des lymphomes malins (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 1.)

Spiridonow (J.). Zwei Fälle von Fractur der Wirbelsäule in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — Deux cas de fracture de la colonne vertébrale, étudiés au point de vue anatomo-pathologique et clinique.

Stein (A. E.). Zur Statistik und Operation der Geschwülste des Oberkiefers. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — Les tumeurs du maxillaire supérieur; statistique et traitement opératoire.

Stone (I. S.). Iodoform and carbolic-acid intoxication. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Taouber (A.). Gastrostomie temporaire pour rétrécissements infranchissables de l'œsophage (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Tourner (G.). De la luxation de l'épaule en avant avec arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Peham (H.). Ueber Uterusrupturen in Narben. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 janv.) — Les ruptures de l'utérus au niveau des cicatrices.

Pfanz (E.). Pubertätshypertrophie beider Mammae. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 janv.)

Queirel. Leçons de clinique obstétricale. In-8°, 298 p. avec graphiques.

Richelot (L.-G.). Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve. In-18, 603 p. avec fig.

Rouville (G. de). Consultations de gynécologie à l'usage des praticiens. In-8°, 248 p. avec fig.

Runge (M.). Lehrbuch der Geburtshülfe. 6e éd. In-8°, 594 p. avec fig. Berlin. — Traité d'obstétrique.

Schäffer (O.). Atlas und Grundriss der gynäkologischen Operationslehre. In-8°, 94 p. avec planches en couleurs. Munich. J. F. Lehmann.

Schenk (F.). Ueber die Wertigkeit der einzelnen Symptome und Zeichen der beginnenden Schwangerschaft. (*Prag. med. Wochensch.*, 16 janv.) — Valeur des divers symptômes et signes, considérés isolément, pour le diagnostic de la grossesse au début.

Schmorl (G.). Zur Lehre von der Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 2.)

Schultze (B. S.). Ueber die 10 Schwangerschaftsmonate. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 janv.) — Sur les 10 mois de la grossesse.

Stavely (A. L.). Developmental anomalies of the uterus, with reports of cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Theilhaber (A.). Das Wesen der Dysmenorrhoe. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 janv.) — La nature de la dysménorrhée.

Törngren (A.). Zwei Fälle von Laparotomie wegen spontaner Uterusruptur bei der Entbindung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 janv.) — Deux cas de laparotomie pour rupture spontanée de l'utérus pendant le travail.

Walthard (M.). Zur Prophylaxe und Naht des Rectum-Damm-Vaginalrisses (Dammriss III. Grades, kompleter Dammriss) und der Recto-Vaginalfistel. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv. et 1er fév.) — Prophylaxie et suture de la déchirure complète du périnée et des fistules recto-vaginales.

Ward (J. M.). Uterus didelphys found with a pyosalpinx. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Warren (S. P.). Technique of labor in private practice. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Winter. Ueber die Principien der Carcinomstatistik. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 janv.)

PÉDIATRIE

Alessandrello (G.). Sull'atrepsia di Parrot e sul suo meccanismo di produzione. (*Pediatria*, janv.)

Astros (L. d'). La cyanose chez le nouveau-né; valeur séméiologique de la cyanose; la cyanose des prématurés; la cyanose des infectés; la cyanose cardiaque. (*Marseille méd.*, 15 déc. 1901 et 1er janv.)

Carrière (G.). De la coqueluche. (*Nord méd.*, 15 janv.)

Goundobine (N.). Traitement de l'anémie chez les enfants (en russe). (*Prakt. Vratch*, 12 et 19 janv.)

Iovane (A.). Ancora sui corpuscoli rossi del sangue dei bambini colorabili con l'azzurro di metilene. (*Pediatria*, janv.)

Langstein (L.). Die Ernährung gesunder und kranker Säuglinge mit gelabter Kuhmilch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 1.) — L'allaitement des nourrissons bien portants et malades au moyen du lait de vache additionné de ferment lab.

Monrad (S.). Ueber Benutzung von roher Milch bei Atrophie und chronischem Magen- und Darmkatarrh bei Säuglingen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 1.) — L'emploi du lait cru dans l'athrepsie et dans les affections catarrhales chroniques des voies digestives chez les nourrissons.

Moro (E.) et **Hamburger** (F.). Ueber eine neue Reaction der Menschenmilch; ein Beitrag zur Kenntnis der Unterschiede zwischen Menschenmilch und Kuhmilch. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 janv.) — Sur une nouvelle réaction du lait de femme; contribution à l'étude des différences entre le lait de femme et le lait de vache.

Sänger (A.). Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. In-8°, 32 p. avec fig. Berlin.

Seifert (O.). Recepttaschenbuch für Kinderkrankheiten. 4e éd. In-12, 216 p. Wiesbaden. — Formulaire de poche pour les maladies des enfants.

Teixeira de Mattos. Die Buttermilch als Säuglingsnahrung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 1.) — Le babeurre dans l'alimentation des nourrissons.

22e ANNÉE. — N° 26. Vingt centimes le numéro. 25 JUIN 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Existe-t-il en clinique des localisations dans la capsule interne? par MM. Pierre Marie et Georges Guillain...... 209

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Sur un cas de mycétome à grains noirs.. 213

Société de chirurgie. — Traitement des ankyloses osseuses de la hanche au moyen de l'interposition d'un lambeau musculaire.. 214
Péritonite consécutive à une perforation vaginale avec injection de sublimé dans le péritoine...... 214
Du mécanisme de certains cas d'occlusion intestinale au niveau de l'angle gauche du côlon...... 214
Kyste hydatique du rein...... 214

Société médicale des hôpitaux. — Crises chloruriques et dosages des chlorures urinaires 214
Hématuries d'origine hystéro-traumatique . 214

Société de biologie. — Du microbisme normal des voies biliaires extra-hépatiques...... 214
Régénération de la capsule du rein après décapsulation de l'organe...... 215
Mode d'action des lécithines...... 215
Modifications de la circulation capillaire de la peau sous diverses influences pathologiques...... 215
Leucocytose liée à l'injection de sérum antidiphtérique...... 215
De la psycho-physiologie de la vessie...... 215
Sur la variabilité des troubles de la sensibilité...... 215

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Le traitement mécanique de l'hydropisie...... 215
Sur l'étiologie de la maladie de Barlow.... 215

Lettres d'Autriche. — Hémorrhagie méningée diagnostiquée pendant la vie grâce à la ponction lombaire...... 215
Cancer de la langue ayant nécessité trois interventions successives...... 215
Des variations de la pression sanguine dans les différents vaisseaux...... 216
Traitement du lupus par la résorcine...... 216

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications anglaises.* — Section complète de la moelle épinière et myélorrhaphie avec rétablissement partiel des fonctions...... 216
Brûlures par vomissements biliaires pendant la narcose...... 216

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — L'eau oxygénée dans le traitement de la diphtérie...... 216
Traitement de la coqueluche par l'iodure d'éthyle...... 216

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Anesthésie chirurgicale et brûlure par vomissements biliaires...... 216²
— et sa variabilité...... 215²
Ankylose osseuse de la hanche...... 214¹
Brûlure par vomissements biliaires après l'anesthésie chirurgicale...... 216²
Cancer de la langue...... 215³
Capsule interne et ses lésions...... 209¹
Chlorurie et dosage des chlorures urinaires. 214²
Circulation capillaire de la peau et ses modifications...... 215¹
Coqueluche...... 216³
Décapsulation du rein et régénération de la capsule...... 215¹
Diphtérie...... 216³
Eau oxygénée contre la diphtérie...... 216³
Hématuries hystéro-traumatiques...... 214³
Hémorrhagie méningée diagnostiquée grâce à la ponction lombaire...... 215³
Hémorrhagies cérébrales avec attaques épileptiformes...... 214³
Hydropisie...... 215²
Hystérie traumatique et hématuries...... 214³
Interposition musculaire contre l'ankylose osseuse de la hanche...... 214¹
Iodure d'éthyle contre la coqueluche...... 216³
Kyste hydatique du rein...... 214²
Lécithines et leur mode d'action...... 215¹
Leucocytose après injection de sérum antidiphtérique...... 215¹
Localisations capsulaires...... 209¹
Lupus...... 216¹
Lymphocytes du canal thoracique...... 215²
Maladie de Barlow...... 215²
Mycétome du pied...... 213³
Myélorrhaphie...... 216¹
Occlusion intestinale au niveau de l'angle gauche du côlon...... 214¹
Perforation typhoïdique de l'intestin...... 214²
Péritonite par perforation vaginale et injection de sublimé dans le péritoine...... 214¹
Pied de Madura...... 213³
Ponction lombaire et hémorrhagie méningée 215³
Pression sanguine et sa variabilité...... 216¹
Psycho-physiologie de la vessie...... 215¹
Résorcine contre le lupus...... 216¹
Scorbut infantile...... 215²
Section complète de la moelle épinière...... 216¹
Sérum antidiphtérique et leucocytose...... 215¹
Traitement chirurgical de la section complète de la moelle épinière.... 216¹
— de la coqueluche...... 216³
— de la diphtérie...... 216³
— de l'ankylose osseuse de la hanche 214¹
— de la perforation typhoïdique de l'intestin...... 214²
— du cancer de la langue...... 215³
— du lupus...... 216¹
— mécanique de l'hydropisie...... 215²
Tumeur du rocher...... 215²
Voies biliaires extra-hépatiques et leur microbisme normal...... 214³

VARIA

La septième Conférence internationale des Sociétés de la Croix-Rouge.

La Conférence internationale des Sociétés de la Croix-Rouge, qui s'est tenue dernièrement à Saint-Pétersbourg, et à laquelle ont pris part, soit comme délégués officiels, soit comme délégués des Comités centraux de chaque pays, un grand nombre de médecins très connus, ne s'est occupée d'aucune affaire d'ordre purement médical. Les deux questions importantes qui ont été discutées concernent, d'une part, l'application de la Convention de Genève aux guerres navales, et, d'autre part, l'extension du rôle des Sociétés de la Croix-Rouge aux secours à donner aux prisonniers de guerre. En dehors de cela, il ne s'est agi de choses médicales que d'une façon pour ainsi dire accessoire, çà et là, au cours des rapports relatant les faits et gestes des Sociétés des différents pays.

Nous signalerons néanmoins, comme d'ordre général, les deux résolutions suivantes, adoptées par la Conférence :

1° « Pour empêcher l'abus du signe distinctif de la Convention de Genève dans l'assistance internationale, le personnel envoyé par la Société de l'Etat neutre et admis à cet effet porte le brassard de Genève avec le timbre du comité national qui est autorisé à l'expédier.

» Le brassard porte, en outre, un timbre de légitimation apposé par les autorités compétentes de la puissance belligérante à l'assistance sanitaire de laquelle le personnel a été expédié. De plus, tous les bagages et colis destinés à cette assistance sont à rendre reconnaissables extérieurement par l'application dudit timbre du comité national de l'Etat neutre.

» Chaque membre de la mission sanitaire envoyée par l'Etat neutre recevra une carte de légitimation à délivrer par les autorités compétentes de l'Etat belligérant, dans la langue de ce dernier.

» Le comité national ci-dessus désigné est tenu de munir ses missions de papiers de légitimation, autant que faire se pourra, dans les langues des puissances belligérantes et dans la sienne propre.

» Toutes les missions non légitimées de la manière susdite et prétendant se vouer à l'assistance et au traitement des blessés et des malades ne seront pas admises par les puissances belligérantes.

» Les Sociétés s'engagent à adresser à leurs gouvernements respectifs une requête dans ce sens. »

2° « Le meilleur moyen de préparer les Sociétés de la Croix-Rouge à remplir leur tâche essentielle en temps de guerre est un actif fonctionnement en temps de paix. La Conférence reconnaît comme telle la participation de la Croix-Rouge au service d'assistance aux populations en cas de calamité publique. »

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Bergonié, professeur de physique, est nommé professeur de physique biologique et d'électricité médicale.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur Tesson est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Dheilly, ancien professeur de pathologie médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens. — M. le docteur Bizarelli, sénateur de la Drôme. — M. le docteur F. Sommer, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Felix Navrotsky, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Varsovie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Adda (J.). Ictère émotif.

Bach. Sur deux cas de méningo-encéphalite bulbaire subaiguë, suivis de guérison.

Badin (A.). Contribution à l'étude des luxations sous-astragaliennes et particulièrement des luxations obliques en avant et en dehors.

Bénéteau (H.). Plaies du canal thoracique à la base du cou.

Blanc (Ch.). De l'ongle incarné; étude critique sur ses divers traitements; de l'efficacité du traitement par le nitrate de plomb.

Bocquillon (F.). Quelques considérations sur la diarrhée infantile à Reims.

Bourdeaux. De la dionine et de ses effets sur l'œil.

Camus (L.). Des formes anatomo-cliniques circonscrites de la tuberculose du genou et de la tuberculose « fémoro-rotulienne sous-tricipitale » en particulier.

Clausse (J.). De l'emploi du phosphate de codéine dans les états mélancoliques.

Decreuse (H.). Plaies des vaisseaux poplités.

Deschamps (M.). Diagnostic des affections chirurgicales du rein.

Dupoux (J.). Du rein mobile chez l'enfant.

Dupret (A.). Le pouls veineux des saphènes dans l'insuffisance tricuspidienne.

Etesse (A.). Contribution à l'étude de la blennorrhagie para-uréthrale de la femme.

Ferron (L.). De l'œdème aigu des paupières chez les jeunes sujets.

Fruitier (G.-A.). Contribution à l'étude du vertige auriculaire et de ses rapports avec la neurasthénie.

Gilbert. Les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde.

Guisez (J.). Du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente.

Hurion (P.-E.). Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone.

Irimesco. Considérations sur les néphrites à longue échéance et sur les albuminuries prolongées; éléments de pronostic dans les néphrites.

Jamin (G.). Critique médicale de la loi sur les accidents de travail.

Judet (H.). De la péritonisation dans les laparotomies.

Labey (G.). De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles.

Lancien (F.). Contribution à l'étude des troubles de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite.

Lebasteur (F.). Fistules abdominales hémorrhagiques.

Le Coat de Kervéguen (G.). Le terrain tuberculeux et sa transformation.

Leibovici (A.). Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes (procédé du docteur Blum).

Lévy (L.). Les ruptures isolées de la choroïde.

Méheut (G.). Contribution à l'étude des fibromes gravidiques; rareté des indications à l'intervention au cours de la grossesse.

Obrecht (E.). *Phlegmatia alba dolens* dans la pneumonie.

Pagniez (P.). Actions exercées sur les globules rouges par quelques liquides normaux et pathologiques de l'organisme.

Pellagot (F.). Des résultats thérapeutiques obtenus par la ponction lombaire dans différentes affections.

Poulain (A.). Etude de la graisse dans le ganglion lymphatique normal et pathologique.

Quéry (L.-C.). Contribution à l'étude de la lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale.

Raoult (F.). Etude sur la prophylaxie de la syphilis

Rigal (M.). Contribution à l'étude du traitement de la fièvre puerpérale.

Rivière (P.). Des lésions non bacillaires des nouveau-nés issus de mères tuberculeuses.

Rocca-Serra (A.-V. de). De l'action malfaisante du podophyllin sur l'œil par contact direct.

Rozier (J.). Etude anatomo-pathologique du plancher de la caisse.

Seyer (R.). L'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes.

Simart (J.). Contribution à l'étude de la mort subite par rétrécissement et oblitération des coronaires cardiaques.

Simon (E.). Le scorbut infantile.

Stanculeanu (G.). Rapports anatomiques et pathologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire.

Vian (E.). Etude sur les phlébites dans les infections vésicales.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Addario (C.). Sulla matrice del vitreo nell'occhio umano e degli animali; nota preventiva. (*Riforma med.*, 23 janv.)

Bayer (H.). Zur Entwicklungsgeschichte der Gebärmutter. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Du développement de l'utérus.

Civalleri (A.). Sulle « glandulae parathyroideae » dell'uomo; ricerche macro- e microscopiche. (*Policlinico*, partie chir., IX, 3.)

Dwight (T.). The intercuneiform bone of the foot, a new bone. (*Journ. of Med. Research*, janv.) — L'os intercunéiforme.

Hardesty (I.). Neurological technique; some special histological methods employed for the study of the nervous system. In-8°, 196 p. Londres.

Keith (A.). Human embryology and morphology. In-8°, 336 p. avec fig. Londres.

Liguine (S.). Des inclusions de substance ostéoïde dans le protoplasma des ostéoblastes (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, janv.)

Michaelis (L.) et **Wolff** (A.). Ueber Granula in Lymphocyten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.)

Pierce (N. H.). The nature and histo-pathology of the epipharyngeal tonsil. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 janv.)

Poirier (P.) et **Charpy** (A.). Traité d'anatomie humaine. 2e éd. T. III, 2e fasc. In-8°, 947 p. avec fig.

Röder (H.). Die Histogenese des arteriellen Ganges; ein Beitrag zur Entwickelungsmechanik der Fötalwege. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 1-2.) — L'histogenèse du conduit artériel.

Schwalbe (G.). Ueber die Beziehungen zwischen Innenform und Aussenform des Schädels. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Des rapports entre la conformation intérieure et la forme externe du crâne.

Sobotta (J.). Atlas und Grundriss der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen. In-8°, XXIV-247 p. avec fig. et planches. Munich.

Villard. Note sur l'étude des fibres musculaires lisses, en particulier par deux nouvelles méthodes de coloration. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 fév.)

Wolff (A.). Ueber Mastzellen in Exsudaten; ein Beitrag zur Frage der aktiven Lymphocytose. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 fév.)

PHYSIOLOGIE

Arthus (M.). Un réactif quantitatif du fibrin-ferment; application à l'étude de la vitesse de la production du fibrin-ferment dans le sang extrait des vaisseaux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Bordier (H.) et **Lecomte** (A.). Action des courants de haute fréquence (autoconduction) sur la thermogenèse des animaux. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Determann. Die Wirkungen des Höhenklimas auf den menschlichen Organismus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 24 et 27 mars.) — L'action du climat des altitudes sur l'organisme humain.

Gallenga (P.). Ricerche sulla funzionalità gastrica in uno smilzato. (*Policlinico*, partie méd., IX, 1-2 et 3.) — Les fonctions gastriques après extirpation de la rate.

Horrocks (P.). Contraction and retraction of muscular fibres, with special reference to the uterus. (*Journ. of Obstetrics and Gynæcol.*, janv.)

Lefèvre (J.). Sur la variation du débit calorique avec la température extérieure; étude critique des méthodes employées et des appareils déperditeurs; principe d'un calorimètre doublement compensateur adéquat au problème des températures extérieures. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Lo Monaco et **Marroni.** L'azione dei solventi delle sostanze grasse sulla cellula nervosa. (*Arch. di farmacol. speriment.*, I, 1.)

Penzoldt (F.). Die Wirkung der Kohlensäure auf die Magenverdauung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — L'action de l'acide carbonique sur la digestion gastrique.

Reach. Ueber Resorption von Kohlehydraten von der Schleimhaut des Rectums. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, XLVII, 3-4.)

Rogozinski (K.). Ueber die physiologische Resorption von Bakterien aus dem Darme. (*Bull. de l'Acad. des scienc. de Cracovie*, fév.)

Rosenfeld. Die Biologie des Fettes. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 janv.) — L'étude biologique de la graisse.

Salvioli (I.). Alcune ricerche intorno al modo di agire degli estratti acquosi di capsule soprarenali; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 16 fév.)

Stirling (W.). Outlines of practical physiology. 4e éd. In-8°, 648 p. avec fig. Londres.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Alessi (U.) et **Pieri** (A.). Le alterazioni della corteccia cerebrale nella ipertermia e ipotermia sperimentale. (*Policlinico*, partie méd., IX, 1-2.)

Babes (V.). Atlas der pathologischen Histologie des Nervensystems. Fasc. 8 : lésions des cordons postérieurs d'origine exogène, par G. Marinesco. In-8°, 10 planches avec texte explicatif. Berlin.

Bacialli (P.). Contribuzione allo studio della patogenesi e delle alterazioni istologiche del tessuto muscolare nella polimiosite acuta primaria. (*Policlinico*, partie méd., IX, 1-2.)

Christian (H. A.). Dermoid cysts and teratomata of the anterior mediastinum. (*Journ. of Med. Research*, janv.)

Delafield (F.) et **Prudden** (T. M.). Handbook of pathological anatomy and histology. 6e éd. In-8°, 840 p. Londres.

Dionisi (A.). Sulle varici primitive dell'esofago. (*Policlinico*, partie méd., IX, 1-2.)

Fabian (E.). Die Bindegewebshyperplasie im Fibrom und im Fibroadenom der Mamma. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — L'hyperplasie du tissu conjonctif dans les fibromes et les fibroadénomes de la glande mammaire.

Fabris (A.). Di una ciste eteroplastica nel rene. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 1.)

Foà (P.). Sulla produzione di corpi liberi nella cavità peritoneale. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 1.)

Harbitz (F.). Om « osteogenesis imperfecta ». (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.)

Low (H. C.) et **Lund** (F. B.). Tubular perivascular sarcoma; its origin, structure and metastasis. (*Journ. of Med. Research*, janv.)

Marini (G.). Sopra un caso di splenomegalia con cirrosi epatica. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 1.)

Rakhmaninov (I.). De l'occlusion intestinale [au point de vue anatomo-pathologique] (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 1.)

Ramé. Diverticule de Meckel et absence concomitante d'appendice cæcal. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 1.)

Schmidt (M. B.). Ueber die Beziehung der Langerhans'schen Inseln des Pankreas zum Diabetes mellitus. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 janv.)

Sprecher (F.). Sui cosidetti corpi inclusi della cellula gigante del tubercolo. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 1.)

Tchernychev (S.). L'anatomie pathologique de la forme comateuse du paludisme (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 1.)

Traina (R.). Sugli innesti di tessuti embrionali nell'ovaio e sulla produzione delle cisti ovariche. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 1.)

Vanzetti (F.). Infezione tifosa senza lesioni intestinali e con nefrite (nefrotifo). (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 1.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Arthus (M.). Sur la monobutyrinase du sang. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Centanni (E.). La citoprecipitina e il suo valore diagnostico; 2. comunicazione. (*Riforma med.*, 8 et 10 janv.)

Lépine (R.). Zur Lehre von der Glykolyse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 janv.)

Matthes (M.). Experimenteller Beitrag zur Frage der Hämolyse. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 janv.)

Mercier (Ch.). Theories of inheritance. (*Brit. Med. Journ.*, 4 janv.)

Sänger (M.). Zur Aetiologie der Lungen-Tuberculose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 1.) — L'étiologie de la tuberculose pulmonaire.

Stejskal (K. von). Kritisch-experimentelle Untersuchungen über den Herztod in Folge von Diphtherietoxin. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 5-6.) — Recherches expérimentales et critiques sur la mort par paralysie du cœur, due à la toxine diphtérique.

Sulli (G.). Il siero mielotossico. (*Riforma med.*, 16 et 17 janv.)

Valentino (Ch.). Du mode d'action de l'alcool sur l'économie dans l'alcoolisme aigu; l'alcool comme toxique et comme déshydratant. (*Rev. de méd.*, janv.)

MÉDECINE

Caccini (A.). La febbre quotidiana estiva (quotidiana vera); nota preventiva. (*Policlinico*, partie méd., IX, 1-2.)

Duhot. Erythème polymorphe douloureux (pseudo-rhumatisme articulaire aigu) consécutif à une injection de sérum antistreptococcique. (*Ann. de la policlinique centrale de Bruxelles*, janv.)

Emery (W. d'Este). Handbook of bacteriological diagnosis for practitioners. In-8°, 232 p. Londres.

Engel (C. S.). Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes. 2e éd. In-8°, 106 p. avec fig. Berlin. — Guide pour l'examen clinique du sang.

Ewald (C. A.). Klinik der Verdauungskrankheiten: Die Krankheiten des Darms und des Bauchfells. In-8°, 601 p. avec fig. Berlin. — Les maladies de l'intestin et du péritoine.

Féré (Ch.). Contribution à l'étude des accidents névropathiques de l'indigestion. (*Rev. de méd.*, janv.)

Goldschmidt (D.). Sclérodermie sans artérite; grippe intercurrente; gangrènes d'origine différente. (*Rev. de méd.*, janv.)

Körmöczi (E.). Kann die Diagnose der Anaemia perniciosa aus dem hämatologischen Bilde festgestellt werden? (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 janv.) — Peut-on baser, d'une façon sûre, le diagnostic d'anémie pernicieuse sur l'examen du sang?

Mackenzie (J.). The study of the pulse, arterial, venous and hepatic, and of the movements of the heart. In-8°, XX-325 p. avec fig. Londres. Young J. Pentland.

Mackey (E.). The Widal reaction in tuberculous meningitis. (*Lancet*, 25 janv.)

Mathieu (A.) et **Roux** (J.-Ch.). Sur un cas d'ulcérations urémiques de l'estomac et de l'intestin grêle. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

McPhedran (A.). Observations on the nature and treatment of pernicious anæmia. (*Lancet*, 18 janv.)

Monin (E.). Formulaire de médecine pratique. 10e éd. In-12, 791 p.

Rem-Picci (G.). Nuovo metodo per la determinazione dell'acido ippurico nell'urina umana. (*Arch. di farmacol. speriment.*, I, 1.)

Rosin (H.) et **Laband** (L.). Ueber das spectroskopische Verhalten der Orcinreaction. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 22 janv.)

Sacquépée (E.). Mort subite par tuberculose massive des deux capsules surrénales. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 1.)

Sawyer (Sir J.). Contributions to practical medicine. 3e éd. In-8°, 209 p. Birmingham.

Trambusti. Sulla etiologia del noma. (*Policlinico*, partie méd., IX, 1-2.)

Troussaint. Tumeur thyroïde et maladie de Basedow. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Capogrossi (A.). Intorno alla fuoriuscita dei parassiti della malaria dai globuli rossi e all'azione della chinina; 2. nota. (*Policlinico*, 18 janv.)

Cioffi (E.). Tetano reumatico e traumatico e tetano sperimentale di fronte al metodo Baccelli. (*Riforma med.*, 20, 21 et 22 janv.)

Curschmann (H.). Typhoid fever and typhus fever. (Trad. de l'allemand par W. Osler.) In-8°, 646 p. Londres.

Ferran (J.). Recherches sur la tuberculose et son bacille; nouvelle étiologie de cette maladie et solution pratique du problème de la vaccination antituberculeuse. (*Rev. de méd.*, déc. 1901 et janv.)

Pampoukis. Quelques observations et expériences sur la rage. (*Grèce méd.*, 1er et 11 janv.)

Rabieaux (A.) et **Nicolas** (E.). La glycosurie dans la rage; son importance dans le diagnostic de cette maladie. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Robertson (W. E.). Thyroiditis complicating typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Roger (G.-H.). Les maladies infectieuses. 2 vol. In-8°, 1520 p. avec fig.

Romberg (E.). Weitere Mitteilungen zur Serumdiagnose der Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 janv.)

Sailer (J.). Two cases of typhoid fever complicated by noma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Schanz (F.). Zu Behring's neuester Diphtherietheorie. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 janv.)

Strada (F.) et **Pasini** (A.). Sul valore del metodo Piorkowski nella diagnosi bacteriologica del tifo addominale. (*Gazz. degli Osped.*, 19 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Abrikossov (A.). Un cas de paralysie myasthénique post-grippale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 1.)

Aimé (H.). Traitement du bégaiement émotionnel. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv.)

Boulai. Eruption ortiée chez une hystérique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 1.)

Chardon (E.) et **Dide** (M.). Démence précoce à forme paranoïde; tentative de viol sur une femme de 73 ans. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 1.)

Emmerich (O.). Unsere heutigen Wege und Waffen im Kampfe gegen den chronischen Morphinismus; seine Prophylaxe, und kurze statistische Notizen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 janv.) — La prophylaxie et le traitement de la morphinomanie.

Förster (O.). Ein Fall von Poliomyelitis im obersten Halsmark. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 4 janv.) — Poliomyélites de la moelle cervicale supérieure.

Higier (H.). Choroba Tay-Sachs'a (*idiotismus familiaris paralytico-amauroticus*). (*Gaz. lekarska*, 18 janv.)

Hirschfeld (H.). Ueber Vergrösserung der Hände und Füsse auf neuritischer Grundlage. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.) — Augmentation du volume des mains et des pieds, d'origine névritique.

Hudovernig (K.). Ueber conjugale Tabes. (*Pest. med.-chir. Presse*, 5 janv.)

Huismans. Ueber Myelitis im Anschluss an einen Fall von Encephalomyelitis disseminata acuta. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 3-4.)

Mollard (J.) et **Cade** (A.). Sur un cas d'encéphalite aiguë primitive et hémorrhagique. (*Lyon méd.*, 5 janv.)

Nonne (M.). Syphilis und Nervensystem. In-8°, 458 p. avec fig. Berlin.

Overend. A further note concerning the frontal or supra-orbital reflex. (*Lancet*, 25 janv.)

Pansini (S.). Sull'etiologia della tabe dorsale; due casi di tabe da saturnismo cronico. (*Riv. critica di clinica medica*, 4 et 11 janv.)

Pick (A.). Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — Les symptômes initiaux de la paranoïa.

Rager (W.). Om saakaldet myositis ossificans multiplex progressiva. (*Bibliotek for Læger*, janv.)

Rankin (G.). Friedreich's ataxia. (*Lancet*, 18 janv.)

Schäfer. Zur diätetischen Behandlung der Epilepsie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — Traitement diététique de l'épilepsie.

Straussler (E.). Zur Aetiologie der acuten hämorrhagischen Encephalitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Allen (Ch. W.). The nature of cutaneous epithelioma, with remarks on treatment by the X-rays. (*Med. Record*, 25 janv.)

Bergh (R.). Fall von Keratoma palmare et plantare hereditarium. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.)

Buret (F.). Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur. In-18, 228 p.

Killebrew (J. B.). Gonorrhea in women. (*Med. News*, 25 janv.) — La blennorrhagie chez la femme.

Kopytowski (W.). Dwa przypadki niezwyklego rozlanego cierpienia skory, polegajace na rozwoju znacznej ilosci narosli, przewaznie epidermoidalnych. (*Kronika lekarska*, 15 janv., 1er et 15 fév. et 1er mars.) — Deux cas d'affection diffuse et insolite de la peau, se traduisant par le développement de nombreuses excroissances, surtout épidermiques.

Ledermann (R.). Die Untersuchung von Ehestandscandidaten mit Bezug auf vorangegangene Geschlechtskrankheiten. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 8 et 12 fév.) — L'examen des candidats au mariage au point de vue des maladies antécédentes des organes génitaux.

Profeta (G.). Sul figlio sano di madre sifilitica. (*Gazz. degli Osped.*, 19 janv.)

CHIRURGIE

Alessandri (R.). Sulla refrattura della rotula, con un caso operato colla fissazione dei frammenti a mezzo di un lembo tenoplastico per sdoppiamento. (*Policlinico*, partie chir., IX, 1-2.)

Bertin (E.). Les hernies de l'appendice iléo-cæcal. (*Echo méd. du Nord*, 5 janv.)

Borchardt (M.). Die Desinfection unserer Verbandstoffe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.) — La désinfection des objets de pansement.

Cappelli (L.). Trapianto tendineo nella cura di un caso di paralisi da poliomielite anteriore acuta. (*Policlinico*, 4 et 11 janv.)

Folet (H.). Pylorectomie pour cancer; santé parfaite de l'opéré au bout de 18 mois. (*Echo méd. du Nord*, 19 janv.)

Ghillini (C.) et **Canevazzi** (I. S.). Sulle condizioni statiche del femore. (*Policlinico*, partie chir., IX, 1-2.)

Helsted (A.). Universel kloræthylnarkose. (*Bibliotek for Læger*, janv.)

Italia (F. E.). Ipertrofia funzionale compensativa fra parotide e pancreas. (*Policlinico*, partie chir., IX, 1-2.)

Kocher (T.). Chirurgische Operationslehre. 4e éd. In-8°, 628 p. avec fig. Iéna.

Lambret (O.). Les plaies du diaphragme à gauche. (*Echo méd. du Nord*, 19 janv.)

Le Dentu (A.). Le cancer du sein (étude clinique, statistique). In-8°, 123 p. avec fig.

Maynard. Deux cas de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus simulant une luxation sous-coracoïdienne; résection de la tête humérale; guérison. (*Languedoc méd.-chir.*, janv.)

Nallino (G.). Sulle cisti in genere e su quelle del mesenterio in ispecie. (*Policlinico*, partie chir., IX, 1-2.)

Sante Solieri. Ricerche sperimentali sulle modificazioni della resistenza del peritoneo alla infezione da bacterium coli in seguito ad iniezioni endo-peritoneali di diverse sostanze e loro applicazioni alla chirurgia addominale nell'uomo. (*Policlinico*, partie chir., IX, 1-2.)

Schmieden (V.). Die Erfolge der Nierenchirurgie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 3-4.) — Les résultats de la chirurgie rénale.

Thiesing (H.). Die Lokal-Anaesthesie und ihre Verwendung in der zahnärztlichen Praxis. In-8°, 69 p. Leipzig. — L'anesthésie locale et son emploi dans l'art dentaire.

Tsakona (S.). Contribution à l'étude clinique de la rachicocaïnisation, basée sur 120 cas personnels. In-8°, 16 p. Athènes.

Vautrin. A propos d'un cas d'empalement; considérations thérapeutiques. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv.)

Wainwright (J.). Intussusception of Meckel's diverticulum. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Wessel (C.). Om den operative behandling af nefritis. (*Bibliotek for Læger*, janv. et avril.)

Wilson (W. R.). Congenital atresia and stenosis of the rectum and anus. (*Med. News*, 18 janv.)

Zöge von Manteuffel (W.). Ueber die Wirkung der Kälte auf einige Körpergewebe. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 18 janv.) — De l'action exercée par le froid sur quelques tissus de l'organisme.

UROLOGIE

Blagowjeschtschenski (P.). Beitrag zur Frage der Sectio alta bei totaler narbiger Impermeabilität der Harnröhre und Harnfisteln. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 1.) — La taille sus-pubienne pour rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'urèthre et pour fistules urinaires.

Brothers (A.). Report of a case of primary carcinoma of the urethra. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Chardon (E.) et **Chenais** (L.). Cystite chronique pseudo-membraneuse secondaire à un fibromyome utérin chez une aliénée. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 1.)

Freudenberg (A.). Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels der galvanokaustischen Methode nach Bottini. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 328.)

Harrison (R.). The practical application of the combined operations of internal and external urethrotomy. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.)

Kholzov (B.). Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 janv.)

Levin (H.). Ueber einige Verbesserungen am cystoskopischen Instrumentarium mit besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsfrage. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 1.) — De quelques perfectionnements des instruments employés pour la cystoscopie, surtout au point de vue de leur stérilisation.

Lilienthal (H.). Suprapubic cystotomy in operations upon the prostate. (*Med. Record*, 18 janv.)

Miclescu. Die Harnsteine der Blase und ihre operative Entfernung. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — Les calculs de la vessie et leur traitement opératoire.

Porosz (M.). Bettnässen, Schlafpollutionen; Analogie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 janv.) — De l'analogie entre l'incontinence nocturne d'urine et les pollutions pendant le sommeil.

Posner (C.). Diagnostik der Harnkrankheiten. 3e éd. In-8°, 182 p. avec fig. Berlin. — Diagnostic des maladies des voies urinaires.

Vedeler. Cystit hos kvinden. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — La cystite chez la femme.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Aubeau (A.). Les stigmates de la maternité. (*Clinique gén. de chir.*, janv.)

Chaleix-Vivie (M.). Quelques cas de traumatisme grave dus à la défloration. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, janv.)

Commandeur. Rigidité cicatricielle du col compliquant un accouchement prématuré provoqué. (*Province méd.*, 4 janv.)

Cramer (H.). Ueber einen eigentümlichen Urinbefund (Emulsions-Albuminurie) bei Eklampsie und Uraemie. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 janv.)

Goubarev (A.). Prophylaxie des affections gynécologiques liées à l'accouchement (en russe). (*Prakt. Vratch*, 19 janv.)

Krönig. Die mediane Spaltung des Uterus bei der vaginalen und abdominellen Totalexstirpation desselben. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 janv.) — La section médiane de l'utérus dans l'hystérectomie totale vaginale et abdominale.

Rose (E.). Eine Art Orthopädie der Ovarien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 3-4.)

Seigneux (de). A propos d'un cas spécial de déontologie médicale : de la perforation de l'enfant vivant. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Véron et **Jambon**. Histoire obstétricale d'une IV pare à canal utéro-vaginal double; utérus type *globularis bipartitus*. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 1.)

Wiener (G.). Beitrag zur Therapie der Uterusrupturen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 janv.)

Witting (A.). Sugli inconvenienti della posizione del Walcher. (*Clinica moderna*, 22 janv.)

Wolff (B.). Zur Kenntnis der Missgeburten mit Erweiterung der fötalen Harnblase. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 2.) — Avortements avec dilatation de la vessie chez le fœtus.

PÉDIATRIE

Fournier (E.). Des dystrophies veineuses de l'hérédo-syphilis. (*Rev. d'hyg. et de méd. infantiles*, I, 1.)

Friedmann. Die Beurteilung der Qualität der Frauenmilch nach ihrem mikroskopischen Bilde. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 janv.) — La détermination de la qualité du lait de femme d'après son aspect microscopique.

Holtschmidt. Die subkutane Gelatineinjektion bei Melaena neonatorum. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 janv.)

Josias (A.). Traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants par le suc musculaire et la viande crue. (*Rev. d'hyg. et de méd. infantiles*, I, 1.)

Kissel (A.). Ueber die Diagnose der tuberculösen Peritonitis bei Kindern auf Grund von 54 Fällen eigener Beobachtung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 2.)

Ligorio (E.). L'ernia del ceco a sinistra nei bambini. (*Clinica moderna*, 15 janv.)

Mendel (F.). Thymusdrüse und Rachitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 janv.)

Rocaz (Ch.). Du diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 et 19 janv.)

Rothschild (H. de). Contribution à l'étude de l'industrie laitière en France et dans les principaux pays laitiers d'Europe et d'Amérique. (*Rev. d'hyg. et de méd. infantiles*, I, 1.)

Stybr (J.). Pavor diurnus a pavor nocturnus u deti. (*Casopis lékaru ceskych*, 4 et 11 janv.)

Varay (F.). Tubage et broncho-pneumonie chez les diphtériques. (*Province méd.*, 25 janv.)

Villa (A.). L'ascoltazione dell'apice polmonare nel bambino. (*Pammatone*, VI, 1.)

Wang (E.). Ventrikelens fysiologiske og patologiske forhold i barnealderen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — Physiologie et pathologie de l'estomac chez les enfants.

Zuppinger. Zur Aetiologie des Pneumothorax im Kindesalter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 janv.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Chauveau (C.). Histoire des maladies du pharynx. T. III : moyen âge occidental et temps modernes. In-8°, 608 p. J.-B. Baillière.

Lichtwitz (L.). Du traitement du lupus de l'oreille et du nez par l'air chaud. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 janv.)

Montagnon. Laryngite aiguë, avec tirage persistant simulant le croup. (*Loire méd.*, janv.)

Nasi (C.). Sulla laringectomia. (*Gazz. degli Osped.*, 5 janv.)

Pyle (E. W.). A conservative element in acute mastoid surgery. (*Med. News*, 18 janv.)

Shambaugh (G. E.). On sarcoma of the radix linguæ, with report of a case. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Thomas. Un cas de pyohémie otitique sans phlébite; choroïdite suppurée du côté opposé. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

HYGIÈNE

Alessandri (P. E.) et **Pizzini** (L.). La pratica delle disinfezioni pubbliche e private. 2e éd. In-16, 258 p. avec fig. Florence.

Bertenson (L.). Sur la nécessité de limiter la durée du travail dans les industries particulièrement nuisibles (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 janv.)

Bertin-Sans (H.). L'habitation; procédés de recherches et de contrôle. 1er fasc. : l'emplacement de l'habitation. In-8°, 224 p. avec fig.

Duclaux (E.). L'hygiène sociale. In-8°, 275 p.

Plehn (F.). Tropenhygiene, mit specieller Berücksichtigung der deutschen Kolonien. In-8°, 283 p. avec fig. Iéna. — Hygiène des pays chauds.

Régnier (L.). Hygiène du « Métropolitain ». (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

Rideal (S.). Water and its purification. 2e éd. In-8°, 362 p. Londres. — L'eau et sa purification.

Städtler (H.). Hygiene der Nahrungsmittel und der Verdauung. In-8°, 103 p. Leipzig. — L'hygiène de l'alimentation et de la digestion.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Maladies et accidents pouvant simuler l'empoisonnement. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

Mohr (L.). Ueber Blutveränderungen bei Vergiftungen mit Benzolkörpern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 janv.) — Les altérations du sang dans les intoxications par les composés du benzol.

Sollmann (T.). Coffee and tea as precipitants for poisons. (*Journ. of Med. Research*, janv.)

Valentini (C. N.). Manuale di chimica legale (tossicologia). In-16, 243 p. Milan. Hoepli.

Waibel (C.). Leitfaden für Unfallgutachten; ein Hilfsbuch zur Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter und traumatisch Erkrankter. In-8°, 424 p. Wiesbaden. — Guide pour l'examen et l'expertise des sinistrés et des sujets atteints d'affections d'origine traumatique.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bockhart (M.). Ueber die Merkurialbehandlung der Tabeskranken. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.) — Traitement mercuriel du tabes.

Cattan. Traitement des infections généralisées par les abcès de fixation. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, janv.)

Cushny (A. R.). On the action of digitalis. (*Med. News*, 11 janv.)

Eydam. Der Wert des Ozons für Gesunde und Kranke, und künstliches Ozon in den Wohnräumen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 1er janv.) — La valeur de l'ozone pour les individus bien portants et malades, et l'ozone artificiel dans les habitations.

Kaufmann et **Mohr**. Beiträge zur Diätetik der Nierenkrankheiten; 1. Mitteilung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 5-6.) — Régime alimentaire dans les maladies des reins.

Kuttner (L.). Die vegetabilische Diät und deren Bedeutung als Heilmethode. (*Berlin. Klinik*, janv.) — Le régime végétarien et sa valeur thérapeutique.

Lo Monaco (D.) et **Panichi** (L.). L'azione dei farmaci antiperiodici sul parassita della malaria. (*Riforma med.*, 2 et 3 janv.)

Lyon (G.). Traité élémentaire de clinique thérapeutique. 4e éd. 2 vol. In-8°, 1539 p.

Mongour (Ch.). Thérapeutique minima de la fièvre typhoïde; statistique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 déc. 1901 et 5 janv.)

Perutz (F.). Ein Beitrag zur Behandlung schwerer Anämien gastro-intestinalen Ursprungs. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 janv.) — Traitement des anémies graves d'origine gastro-intestinale.

Salomon (H.). Zur Organotherapie der Fettstühle bei Pankreaserkrankung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 janv.) — L'organothérapie de la stéatorrhée dans les affections du pancréas.

Sticker (G.). Die Entwicklung der ärztlichen Kunst in der Behandlung der hitzigen Lungenentzündungen. In-8°, 73 p. Vienne. A. Hölder. — L'évolution de la thérapeutique des phlegmasies pulmonaires fébriles.

Tanfiliev (P.). La teinture d'iode contre l'érysipèle (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Wells (E. F.). Consideration of some important subjects connected with the treatment of pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 janv.)

Young (O. C.). On the use of the opiates, especially morphine. (*Med. News*, 25 janv.)

Zanoni et **Lattes**. Alcuni risultati di cure dell'arteriosclerosi col siero inorganico di Trunecek. (*Gazz. degli Osped.*, 19 janv.)

22e ANNÉE. — No 27. Vingt centimes le numéro. 2 JUILLET 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Des médicaments inermes, par M. le professeur R. Lépine. 217
MÉDECINE PRATIQUE. — Un mode nouveau de vaccination, par M. le docteur M. Boigey 218
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* —
La diphtérie à l'hospice général de Rouen 219
Sur les phénomènes consécutifs à la résection du sympathique cervical.......... 219
Société de chirurgie. — Traitement des ankyloses par l'interposition de parties molles 219
Coxa vara traumatique.......... 219
Du mécanisme de certains cas d'occlusion intestinale.......... 219
Société médicale des hôpitaux. — Sur un syndrome simulant le rétrécissement de l'œsophage et dû à la rétraction atrophique de l'estomac.......... 220
Rapports de la scarlatine et de la tuberculose.......... 220
Névrites périphériques consécutives à la scarlatine.......... 220
Ostéopathie hypertrophiante et kyste hydatique du poumon.......... 220
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* —
Fibrome médullaire opéré avec succès.... 220
Un cas de folliculome malin de l'ovaire.... 221
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Les filatures de lin; étude d'hygiène professionnelle.......... 221
Deux cas de fièvre rémittente par migration du testicule.......... 221
Publications allemandes. — De l'étiologie de la méningite cérébro-spinale aiguë primitive, et en particulier de sa forme épidémique.......... 221
Du rôle des traumatismes dans l'étiologie des affections cérébrales d'origine infectieuse.......... 222
Comparaison entre les expériences de Pavlov sur le chien et les résultats d'observations sur l'estomac de l'homme normal... 222
De l'action favorable de l'érysipèle sur l'évolution de l'otite moyenne suppurée aiguë. 222
Publications italiennes. — Deux cas de kystes multiples à cysticerque avec convulsions épileptiformes.......... 222
Sur un cas d'épilepsie tardive chez un aliéné 223
Sur la décomposition des lécithines.......... 223
Publications tchèques. — La forme hémorrhagique de la cirrhose du foie.......... 223
La valeur des signes physiques pour le diagnostic de la phtisie pulmonaire au début 224
Tuméfaction expérimentale de la rate...... 224
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement diététique de la fistule biliaire.......... 224
Du choix de l'incision dans les cas de panaris avec nécrose de l'os.......... 224
Traitement de la scarlatine par l'usage interne de l'essence de térébenthine....... 224
Mode d'emploi de la santonine contre les douleurs fulgurantes des tabétiques..... 224
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Ankyloses osseuses.......... 219^2
Cirrhose hépatique à forme hémorrhagique. 223^3
Coxa vara traumatique.......... 219^3
Diphtérie à l'hospice général de Rouen.... 219^1
Douleurs fulgurantes des tabétiques....... 224^3
Epilepsie tardive chez un aliéné.......... 223^1
Erysipèle et otite moyenne suppurée ...... 222^3
Essence de térébenthine à l'intérieur contre la scarlatine.......... 224^3
Estomac de l'homme normal et théorie de Pavlov.......... 222^2
Fibrome médullaire opéré avec succès...... 220^3
Fièvre rémittente par migration du testicule 221^3
Filatures de lin.......... 221^1
Fistule biliaire.......... 224^2
Folliculome malin de l'ovaire.......... 221^1
Infections cérébrales et traumatisme....... 222^1
Interposition des parties molles contre les ankyloses osseuses.......... 219^2
Kyste hydatique du poumon et ostéopathie hypertrophiante.......... 220^2
Kystes multiples à cysticerque avec convulsions épileptiformes.......... 222^3
Lécithines et leur décomposition.......... 223^2
Médicaments inermes.......... 217^1
Méningite cérébro-spinale et son étiologie .. 221^3
Migration du testicule et fièvre rémittente .. 221^3
Névrites périphériques post-scarlatineuses.. 220^2
Occlusion intestinale par brides péricoliques 219^3
Ostéopathie hypertrophiante et kyste hydatique du poumon.......... 220^2
Otite moyenne suppurée et érysipèle....... 222^3
Panaris avec nécrose de l'os.......... 224^2
Rétraction atrophique de l'estomac.......... 220^1
Santonine contre les douleurs fulgurantes des tabétiques.......... 224^3
Scarlatine.......... 224^3
— et névrites périphériques....... 220^2
— et tuberculose.......... 220^2
Splénomégalie expérimentale.......... 224^1
Sympathique cervical et effets de sa résection.......... 219^2
Traitement de la scarlatine.......... 224^3
— des ankyloses osseuses.......... 219^2
— des douleurs fulgurantes des tabétiques.......... 224^3
— des fibromes médullaires .... 220^3
— des panaris avec nécrose de l'os. 224^2
— diététique de la fistule biliaire... 224^2
Traumatisme et infections cérébrales....... 222^1
Tuberculose au début et ses signes physiques.......... 224^1
— et scarlatine.......... 220^2
Vaccination « au marteau ».......... 218^1

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Barcelone. — M. le docteur Martin Vallejo y Lobón est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. B. Robert, décédé.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Leopold Landau, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Bonn. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Heinrich Pletzer (*gynécologie*), Hermann Wendelstadt (*pharmacologie*).

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Emil Godlewski est nommé privatdocent d'anatomie descriptive et d'embryologie.

Faculté de médecine de Grenade. — M. le docteur José Pareja y Garrido est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Karl Heilbronner, privatdocent de psychiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Alexander Nehrkorn est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Karl von Korff est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Victor Hinsberg, privatdocent à la Faculté de médecine de Breslau, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Madrid. — M. le docteur Sebastian Recaséns Gerol est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur G. Riehl, professeur honoraire ordinaire à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire de dermatologie, en remplacement de M. Kaposi, décédé.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, no 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1901* inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Borst (H.). Recherches sur la molécule urinaire élaborée moyenne et le rapport azoturique dans le rhumatisme chronique progressif.

Bourgeau (A.). Diagnostic précoce de la grossesse.

Boutier (M.). Sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des fractures de la base du crâne.

Caron (J.). Etude sur les injections préventives de sérum antidiphtérique.

Déjault (M.). De l'hypertension artérielle et de son traitement par le massage abdominal.

Fabel (L.). Des principales médications, et, en particulier, de l'arsenic et du tartre stibié dans les cas graves de chorée de Sydenham.

Landry (F.). Contribution à l'étude du traitement des métrorrhagies et de l'endométrite hémorrhagique par les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode.

Lemonnyer (J.). Contribution à l'étude de l'asthme chez les enfants.

Le Prieur (E.). Etude sur l'œuvre de François Mauriceau.

Loriot (L.). Les hernies et la loi sur les accidents du travail (étude médico-légale).

Mabit (A.). De l'intoxication saturnine causée par le plomb introduit à doses massives dans l'économie et séjournant, soit dans les voies digestives, soit dans l'épaisseur des tissus.

Marcille (M.). Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens.

Masselon (R.). Psychologie des déments précoces.

Milhiet (H.). De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire.

Millon (H.). Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique et épigastrique dans les dyspepsies.

Mizzoni (A.). Des complications de la submersion (recherches cliniques et expérimentales).

Monzon (M.-L.). Etude sur les kystes de l'iris.

Oppenheim (R.). La fonction antitoxique des capsules surrénales : étude expérimentale, anatomique et clinique de la glande surrénale dans les infections et les intoxications aiguës.

Palma y Mena (M. J.). Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne au point de vue de leurs inconvénients.

Pestemalzoglu (C.). Diastasis des vertèbres.

Rétière (A.). Contribution à l'étude de la colpoplastie dans l'atrésie et la sténose du vagin.

Robillard (J. de). Du cancer du plancher de la bouche et de son traitement par la résection incomplète de la partie médiane du maxillaire inférieur (avec conservation de son bord inférieur).

Saint-Ange Roger. Les formes rares de la tétanie infantile.

Salvarelli (J.-A.). Notions pratiques sur la tuberculose.

Sikora (P.). De l'entéro-anastomose latérale dans le traitement de l'anus artificiel et des fistules stercorales.

Six (L.). Contribution à l'étude du lait maternisé.

Thibaudeau (A.). De l'emploi de la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne dans les cas d'infections anciennes et graves de l'appareil urinaire.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Anzinger (F. P.). The changes occurring in striped muscle in the neighborhood of malignant tumors. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Les altérations des muscles striés au voisinage des tumeurs malignes.

Baumgarten (P.). Ueber das Verhältnis der käsigen Pneumonie zum miliaren Lungentuberkel. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Rapports de la pneumonie caséeuse avec le tubercule miliaire du poumon.

Fibiger (J.). Ueber die Entwickelung der fettigen Degeneration. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 4.) — De la dégénérescence graisseuse.

Howard (W. T.). Primary sarcoma of the esophagus and stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 fév.)

Komotzky. Recherches sur les lésions vasculaires provoquées par les toxines diphtériques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Ménétrier et **Aubertin**. Infection pneumococcique généralisée (endocardite végétante, méningite cérébro-spinale, infarctus du poumon, de la rate et du rein), ayant eu pour point de départ une broncho-pneumonie développée dans un poumon atteint de sclérose pleuro-pulmonaire ancienne. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Pokrovsky (M.). Lymphangiome congénital de la capsule graisseuse du rein (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 2.)

Tchernychev (S.). Tétanie d'origine gastrique; lésions du système nerveux (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 4.)

Wells (H. G.). The pathology of the healed fibrous adhesions of the pericardium. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Battelli (F.). La mort par les courants des bobines d'induction. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Cattle (C. H.). Remarks on the relations of human and bovine tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 22 fév.)

De Giovanni (A.). A proposito della dottrina della tubercolosi. (*Policlinico*, partie méd., IX, 3.)

Disselhorst. Histogenetisches und Vergleichendes über Geschwülste. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 fév.) — Recherches histogénétiques et comparatives sur les tumeurs.

D'Ormea (A.). Sulle modificazioni della pressione sub-aracnoidea e dei caratteri del liquido cerebro-spinale nella epilessia sperimentale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 1.)

Flexner (S.) et **Noguchi** (H.). Snake venom in relation to hæmolysis, bacteriolysis and toxicity. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.) — Le venin de serpent au point de vue de l'hémolyse, de la bactériolyse, et de la toxicité.

MÉDECINE

Abrams (A.). Percussion of the lower border of the liver. (*Med. News*, 8 fév.) — Percussion du bord inférieur du foie.

Bernucci (G.). Di un raro arresto di sviluppo osservato in un iscritto di leva. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, fév.)

Bettmann (M.). Report of a case of fibrinous bronchitis, with a review of all cases in the literature. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Bocci (B.). Sulla meccanica cardiaca. (*Policlinico*, 1er fév.)

Boston (L. N.). Cold weather accountable for turbidity of the urine. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 fév.) — Le froid comme cause de l'opalescence des urines.

Ceconi (A.). Polmoniti a febbre intermittente e polmoniti streptococciche. (*Clinica moderna*, 29 janv., 5, 12 et 19 fév.)

Crispolti (C. A.). Contributo clinico allo studio della asistolia epatica nel decorso dei vizi valvolari del cuore; « della sindrome epatosplenica nella asistolia epatica ». (*Riforma med.*, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10 fév.)

Crook (J. K.). On the etiology of cirrhosis of the liver. (*Med. News*, 8 fév.) — L'étiologie de la cirrhose du foie.

Deléarde (A.). Les splénomégalies chroniques. (*Echo méd. du Nord*, 26 janv. et 2 fév.)

Eckert (A. F.). Relative Insufficienz der Tricuspidalis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 29 janv., 1er, 5, 8 et 12 fév.)

Edwards (A. R.). The diagnosis of pericarditis. (*Med. Record*, 8 fév.)

Einhorn (M.). Dyspeptic asthma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er fév.)

Ekgren (E.). Der Albumengehalt des Harns der Nephritiker unter dem Einfluss der Massage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 fév.) — La teneur en albumine des urines des néphritiques dans ses rapports avec le massage.

MALADIES INFECTIEUSES

Babes (V.). Die Bekämpfung der Rotzkrankheit des Pferdes. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 2.) — La lutte contre la morve du cheval.

Baginsky (A.) et **Sommerfeld** (P.). Bacteriologische Untersuchungen bei Scarlatina (ein constanter Bacterienbefund bei Scharlach). (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 1-2.)

Bernert (R.). Ueber Acetonurie bei Typhus abdominalis. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 2.)

Busquet. Contribution à l'étude de la pneumo-typhoïde. (*Rev. de méd.*, fév.)

Craig (Ch. F.). Latent and masked malarial fevers; analysis of 195 cases. (*Med. Record*, 15 fév.)

Denecke. Ein Fall von Soorinfection als Beitrag zur Pathogenese des Soor. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 5-6.) — Contribution à la pathogénie du muguet.

Fokker (A. P.). De tuberculosequaestie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Baccarani (U.). Sopra un caso di rigidità vertebrale, con presenza del sintoma di Kernig, nonchè di una speciale contrattura muscolare. (*Gazz. degli Osped.*, 2 fév.)

Bechterev (V. von). Ueber den Augenreflex oder das Augenphänomen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — Du réflexe oculaire.

Becker (P. F.). Ein Gliom des vierten Ventrikels, nebst Untersuchungen über Degeneration in den hinteren und vorderen Wurzeln bei Hirndruck- und bei Zehrkrankheiten. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 2.) — Gliome du quatrième ventricule; recherches sur la dégénérescence des racines antérieures et postérieures dans les cas de modifications de la pression intracrânienne et dans les maladies consomptives.

Bidon (H.). Un cas de paraplégie hématomyélique. (*Marseille méd.*, 1er et 15 fév.)

Bloch (M.). Ein Fall von infantiler Tabes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.)

Buch (M.). Zur Pathologie des Sympathicus : Die Neuralgie des Sympathicus. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 3 et 4.)

Butler (G. F.). Auto-toxemia as a factor in the neuroses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 fév.)

Cahn (A.). Ueber die periphere Neuritis als häufigste Ursache der tabischen Kehlkopflähmungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — La névrite périphérique comme la plus fréquente des causes des paralysies laryngées tabétiques.

Collins (J.). Remarks on the treatment of syphilis of the nervous system. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 fév.)

Colucci (C.). L'allenamento ergografico nei normali e negli epilettici (indagini di psicometria); nota preventiva. (*Riforma med.*, 14 fév.) — Le repos ergographique chez les sujets bien portants et chez les épileptiques.

D'Allocco (O.). Su altri cinque casi di tumori cerebrali. (*Riforma med.*, 18, 19, 20 et 21 fév.)

Talma (S.). Tympanitis hysterica. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Aubery (C.). Lésion syphilitique du rocher; ictus; syndrome auriculaire; guérison par les injections de calomel. (*Loire méd.*, fév.)

Bergh (R.). Tilfælde af keratoma palmare et plantare hereditarium. (*Hospitalstidende*, 15 janv.)

Blumer (L.). Beiträge zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.)

Bockhart (M.). Ueber die Aetiologie und Prophylaxe der merkuriellen Stomatitis und Proktitis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er fév.)

Brayton (A. W.). The immediate diagnosis of blastomycetic dermatitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er fév.)

Carrier (A. E.). The therapeutics of cutaneous diseases. (*Med. News*, 22 mars.)

Jackson (G. T.). Ringworm; a note on its treatment. (*Med. Record*, 1er fév.) — Traitement de la teigne tondante.

CHIRURGIE

Albeck (V.). Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Todesursache bei Dünndarmstrangulation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 3.) — Recherches expérimentales et cliniques sur les causes de mort dans l'étranglement de l'intestin grêle.

André. Actinomycose de la région angulo-maxillaire. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.)

Aubeau (A.). Leucoplasie de la langue datant de 24 ans; développement lent d'un volumineux papillome; dégénérescence épithéliale; amputation partielle de la langue; guérison. (*Clinique gén. de chir.*, fév.)

Baumgärtner. Die chirurgische Entfernung des Nagels. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 fév.) — De l'extirpation des ongles.

Bennett (Sir W.). Some points relating to renal calculus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 fév.)

Bergmann (E. von). Zur Casuistik operativer Hirntumoren. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 4.) — Des opérations pour tumeurs cérébrales.

Bidwell (L. A.). The treatment of intestinal obstruction from malignant disease. (*Brit. Med. Journ.*, 8 fév.)

Bockenheimer (P.). Zur Kenntnis der Spina bifida. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 3.)

Boucaud (de). De la conduite à tenir dans les cas de plaies des doigts. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, janv. et fév.)

Brewer (G. E.). The surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver. (*Med. News*, 8 fév.)

Brunton (Sir L.). Preliminary note on the possibility of treating mitral stenosis by surgical methods. (*Lancet*, 8 fév.)

Bülow-Hansen (V.). Om senetransplantationer og plastiker. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.) — Sur la transplantation des tendons et sur la ténoplastie.

Campiche (P.). Contribution à l'étude de la narcose à l'éther. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Cathelin (P.). Les tumeurs pileuses de l'estomac opérées chez l'homme. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Crile (G.). An experimental and clinical research into cocain and eucain. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 fév.)

De Josselin de Jong (R.). Appendicitis tuberculosa. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 fév.)

Delanglade et **Raybaud**. Abcès épigastrique profond provenant probablement du lobe gauche du foie. (*Marseille méd.*, 1er fév.)

Denecke. Ueber die Entzündung des Meckelschen Divertikels und die Gangrän desselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 5-6.) — Sur l'inflammation et la gangrène du diverticule de Meckel.

Derocque (P.). Le chlorure d'éthyle anesthésique général. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 fév.)

Destot. Impotence fonctionnelle consécutive aux fractures du radius. (*Lyon méd.*, 16 fév.)

Dufour. Luxation de la cinquième vertèbre cervicale avec fracture de l'apophyse épineuse et absence de compression de la moelle. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Dunogier (S.). L'ostéopériostite phlegmoneuse des mâchoires d'origine dentaire; sa pathogénie; son traitement. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, fév.)

OPHTALMOLOGIE

Antonelli (A.). La sinusite maxillaire et ses complications oculaires et orbitaires. (*L'odontologie*, 15 janv.)

Armaignac (H.). A propos des injections de préparations mercurielles, et, en particulier, du benzoate de mercure, dans le traitement de diverses affections spécifiques de l'œil. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 fév.)

Deschamps. Une manière de pratiquer l'iridectomie lorsqu'il n'y a pas de chambre antérieure et que le cristallin est absent. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Etiévant. Traitement des cataractes commençantes par les solutions iodurées. (*Lyon méd.*, 9 fév.)

Gourfein. Recherches cliniques et expérimentales sur le rôle du pneumobacille de Friedländer en ophtalmologie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Haab (O.). Das Glaukom und seine Behandlung. In-8°, 59 p. Halle. — Le glaucome et son traitement.

Hawthorne (C. O.). On intracranial thrombosis as the cause of double optic neuritis in cases of chlorosis. (*Brit. Med. Journ.*, 8 fév.)

Helbron (J.). Ueber Netzhautablösung bei Schwangerschaftsnephritis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 janv. et 3 fév.) — Décollement de la rétine dans la néphrite gravidique.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Alterthum (E.). Zur Pathologie und Diagnose der Cervixtuberkulose. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 fév.)

Balloch (E. A.). Criminal abortion. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Baumm (P.). Die operative Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 3.) — Le traitement opératoire du prolapsus du vagin et de l'utérus.

Bluhm (Agnes). Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der polypösen Schleimdrüsenkystome des Labium minus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er fév.) — Les kystes muco-glandulaires de la petite lèvre.

Blumreich (L.) et **Zuntz** (L.). Experimentelle und kritische Beiträge zur Pathogenese der Eklampsie; I. Beitrag. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 3.)

Bogdanik (J.). Conservative Exstirpation von Uterusmyomen. (*Wien. med. Presse*, 23 fév.)

Braitenberg (J. von). Beitrag zur Casuistik der Eklampsie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 fév.)

Coles (S.). Report of 3 cases of cesarean section, one complicated by pyosalpinx. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Condamin (R.). Note sur un nouveau traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Lyon méd.*, 2 fév.)

Davis (E. P.). 6 cesarean sections. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Dietz (E.). Eine seltene Complication des Puerperalfiebers. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Une complication rare de la fièvre puerpérale.

Donati (C.). Kasuistische Beiträge zum Scheidendefekt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 fév.) — De l'absence du vagin.

Doran (A.). Ovarian tumours and ovariotomy during and after pregnancy. (*Lancet*, 8 fév.) — Tumeurs de l'ovaire et ovariotomie pendant et après la grossesse.

PÉDIATRIE

Alsberg (G.) et **Heimann** (S.). Ueber die Indicationsstellung der operativen Behandlung der diphtherischen Larynxstenose. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 1-2.) — Les indications du traitement opératoire des sténoses laryngées d'origine diphtérique.

Aráoz Alfaro (G.). Sobre la invaginación intestinal en los niños. (*Anales del Circulo méd. argentino*, janv. et fév.)

Baginsky (B.). Ueber gewisse Eigenartigkeiten der Ohrerkrankungen der Kinder. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 fév.) — Sur quelques particularités des maladies des oreilles chez les enfants.

Baudouin (F.). Etude clinique sur la maladie de Little, avec cinq observations inédites. (*Touraine méd.*, fév.)

Bégouin. Du traitement des angiomes cutanés ulcérés chez les tout jeunes enfants par l'extirpation. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 fév.)

Cavazzani (A.) et **Spadoni** (O.). Sulle diplegie spasmodiche infantili. (*Riforma med.*, 15 et 17 fév.)

Concetti (L.). Le tossi-infezioni gastro-intestinali nei bambini. (*Riforma med.*, 22, 24, 25 et 26 fév.)

Frieser (J. W.). Ueber Pertussis und deren Behandlung. (*Prag. med. Wochensch.*, 13 fév.) — La coqueluche et son traitement.

Guida (T.). Contributo clinico all'etiologia e patogenesi ed alla terapia della corea di Sydenham. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, janv.-fév.)

HYGIÈNE

Barbosa (P.). A propagacão e a prophylaxia da tuberculose segundo as doutrinas de Flügge. (*Brazil-medico*, 1er janv.)

Brouardel. Les conserves de viande; causes des accidents d'intoxication et moyens d'y remédier. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Cameron (Sir Ch.). The disinfection of new clothes. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév.) — La désinfection des vêtements neufs.

Cao (G.). Il valore numerico dell'uomo; nuovo metodo per valutare lo sviluppo fisico. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, fév.)

Coni (E. R.). La lutte contre la tuberculose dans la République argentine. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv-fév.)

Di Pietro (M.). Sui veleni di alcune muffe; contributo all'eziologia della pellagra. (*Ann. d'igiene sperim.*, XII, 1.)

Edwardes (E. J.). A concise history of small-pox vaccination in Europe. In-8°, 142 p. Londres. H. K. Lewis.

Porter (Ch.). Remarks on felt-hat making; its processes and hygiene. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév.) — Sur la fabrication des chapeaux de feutre au point de vue de l'hygiène.

Salaghi (S.). La ginnastica medica nella scuola e nella pratica più comune dei medici. (*Riv. critica di clinica medica*, 25 janv., 8 et 22 fév. et 1er mars.)

Sanarelli (G.) et **Biffi** (U.). L'esalazione polmonale delle sostanze tossiche volatili, e il valore dell'acido carbonico come indice dell'inquinamento atmosferico. (*Ann. d'igiene sperim.*, XII, 1.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bäumler (Ch.). Klinische Erfahrungen über Behandlung der Perityphlitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.)

Bayle (Ch.). Des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de jaune d'œuf dans le traitement de la tuberculose. (*Lyon méd.*, 23 fév.)

Behring (E. von). Die Serumtherapie in der Heilkunde und Heilkunst. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 4.)

Cesaris (P.). Dosi minime e massime (duemila e più voci); soccorsi d'urgenza nei casi di avvelenamento. In-16, 61 p. Lodi.

Durand. De l'emploi de la levure de bière en thérapeutique; historique, indications, mode d'emploi. (*Lyon méd.*, 9 fév.)

Ferguson (G. B.). The treatment of chronic malarial fever by subcutaneous injections of quinine bihydrobromate. (*Brit. Med. Journ.*, 22 fév.)

Grasset. L'isolement et le traitement des tuberculeux à l'hôpital (hôpital-sanatorium). In-8°, 28 p. Montpellier.

Gunson (Ch. H.). Hydrogen peroxide in the treatment of lupus vulgaris and tuberculous abscess. (*Brit. Med. Journ.*, 22 fév.)

Halmi (J.) et **Bagarus** (A.). Ueber Behandlung der Epilepsie nach der Methode Toulouse-Richet. (*Pest. med.-chir. Presse*, 23 mars.)

His. Zur Phosphortherapie bei Osteomalacie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.)

Homberger (E.). Ueber Salicylsäure und deren Verwendung. (*Deutsche Praxis*, 25 fév.) — L'acide salicylique et son emploi thérapeutique.

Nägelsbach. Ruhe und Bewegung in der Phthiseotherapie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 fév.) — Le repos et le mouvement dans le traitement de la phtisie.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Dünschmann (H.). Einfluss des Salzgehaltes der Trinkquellen auf die Blutbeschaffenheit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIV, 1-2.) — La teneur en sels des eaux minérales et son influence sur la composition du sang.

Jaworski (W.). Heilwässer und Trinkheilwasserstätten. (*Wien. med. Presse*, 5 et 12 janv.) — Eaux minérales et établissements pour cures d'eaux.

Le Dantec. La médecine coloniale. (*Questions diplomat. et coloniales*, 15 janv.)

Winternitz (W.). Lungentuberculose und Hydrotherapie. (*Wien. med. Presse*, 19 janv.) — Tuberculose pulmonaire et hydrothérapie.

22e ANNÉE. — N° 28. Vingt centimes le numéro. 9 JUILLET 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — Un sérum spécifique doué de propriétés curatives peut-il posséder aussi une action préventive? par M. le professeur E. Tavel ... 225

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Du rôle de l'intoxication dans les accidents mortels de l'appendicite ... 227

Académie des sciences. — Sur l'appendicite et ses causes ... 227
Variations de l'état de réfraction de l'œil humain suivant l'éclairage ... 227

Société de chirurgie. — Traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique ... 227
Rétrécissement blennorrhagique de la portion membraneuse de l'urèthre ... 228
Hydrométrie sénile ... 228

Société médicale des hôpitaux. — Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de cyanure de mercure ... 228
Sur un cas d'infantilisme compliqué d'intoxication sulfocarbonée ... 228
Polynucléose du liquide céphalo-rachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale ... 228
Déformation congénitale « hyperchondroplasique » des quatre membres ... 228
Mélanodermie biliaire à type addisonien avec splénomégalie ... 228

Société de biologie. — Origine rénale de l'urobiline ... 228
Sur les différences de volume des lobules hépatiques chez l'homme ... 228
Action des bases de la lécithine sur les sécrétions glandulaires ... 229
Sur l'hypertrophie simple du foie dans l'anémie pernicieuse progressive ... 229
Mode de réaction des méninges aux bacilles pseudo-tuberculeux ... 229
Effets de la strychnine sur les différents éléments anatomiques ... 229

Société de dermatologie et syphiligraphie. — Traitement du lupus par le radium ... 229
Sur le polymorphisme du bacille de Ducrey ... 229
Eléphantiasis du pied ... 229
Traitement du prurigo de Hebra ... 229
Talalgie blennorrhagique ... 229
Alopécie congénitale ... 230

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur la péritonite adhésive diffuse, suite d'appendicite ... 230
Anomalie cardiaque familiale ... 230

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE (session annuelle tenue à Saratoga du 10 au 13 juin 1902). — Le rôle pathogénique de l'anémie dans l'ulcère de l'estomac ... 230
Des rapports entre la maladie de Basedow et la glycosurie ... 230
Le rhumatisme articulaire aigu; sa nature et son traitement ... 230
Les troubles circulatoires précoces dans le mal de Bright ... 230
La fièvre typhoïde chez les enfants en bas âge ... 230
Les hémorrhagies spontanées chez les nouveau-nés ... 231
Le rein mobile dans ses rapports avec les affections pelviennes chez la femme ... 231

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Un nouveau procédé de docimasie pulmonaire ... 231
Un cas d'hématome du larynx ... 231
Deux cas de tuméfaction de la parotide chez des nouveau-nés ... 232

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la dénudation de cette glande ... 232
Le soufre dans le traitement de la fièvre typhoïde ... 232
Les inconvénients des lavements boriqués dans le traitement de la dothiénentérie ... 232
Traitement de la variole par des badigeonnages avec une solution forte d'acide phénique ... 232
Utilisation du tendon d'Achille pour la confection du moignon d'amputation de la jambe ... 232

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide borique en lavements et ses effets toxiques ... 232²
— phénique en badigeonnages contre la variole ... 232³
Alopécie congénitale ... 230¹
Amputation de jambe ... 232³
Anémie et ulcère de l'estomac ... 230²
— pernicieuse progressive et hypertrophie simple du foie ... 229¹
Anomalie cardiaque familiale ... 230¹
Appendicite et intoxication mortelle ... 227¹
— et ses causes ... 227²
— et péritonite adhésive diffuse ... 230¹
Bacille de Ducrey et son polymorphisme ... 229²
Blennorrhagie et talalgie ... 229³
Cyanure de mercure en injections intraveineuses contre la syphilis ... 228¹
Docimasie pulmonaire ... 231³
Ectopie testiculaire ... 227³
Eléphantiasis du pied ... 229³
Fièvre typhoïde ... 232²
— — chez les enfants ... 230³
Glycosurie et maladie de Basedow ... 230²
Hématome du larynx ... 231³
Hémorrhagies spontanées des nouveau-nés ... 231¹
Hydrométrie sénile ... 228¹
Hyperchondroplasie ... 228²
Hypertrophie de la prostate ... 232¹
— simple du foie dans l'anémie pernicieuse progressive ... 229¹
Infantilisme compliqué d'intoxication oxycarbonée ... 228²
Intoxication et accidents mortels de l'appendicite ... 227¹
Lécithine et action de ses bases sur les sécrétions ... 229¹
Liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux ... 228²
Lobules hépatiques et leurs différences de volume ... 228³
Lupus ... 229²
Maladie de Basedow et glycosurie ... 230²
Mal de Bright et troubles circulatoires précoces ... 230³
Mélanodermie d'origine biliaire simulant la maladie d'Addison ... 228³
Méninges et leur mode de réaction aux bacilles pseudo-tuberculeux ... 229¹
Paralysie générale et polynucléose du liquide céphalo-rachidien à la suite des ictus ... 228²
Péritonite adhésive diffuse, suite d'appendicite ... 230¹
Prurigo de Hebra ... 229³
Radium contre le lupus ... 229²
Réfraction de l'œil humain et ses variations suivant l'éclairage ... 227³
Rein mobile et affections pelviennes chez la femme ... 231²
Rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre membraneux ... 228¹
Rhumatisme articulaire aigu ... 230³
Rupture de la vessie par fracture du bassin ... 228¹
Section des vaisseaux du cordon et ses effets ... 227³
Sérums spécifiques et leurs propriétés préventives ... 225¹
Soufre contre la fièvre typhoïde ... 232²
Strychnine et ses effets sur les divers éléments anatomiques ... 229²
Syphilis ... 228¹
Talalgie blennorrhagique ... 229³
Tendon d'Achille et son utilisation pour la confection du moignon d'amputation de la jambe ... 232³
Traitement de la fièvre typhoïde ... 232²
— de l'appendicite ... 227¹
— de la syphilis ... 228¹
— de la variole ... 232³
— de l'ectopie testiculaire ... 227³
— de l'hypertrophie de la prostate ... 232¹
— du lupus ... 229²
— du prurigo de Hebra ... 229³
— du rhumatisme articulaire aigu ... 230³
Tuméfaction de la parotide chez les nouveau-nés ... 232¹
Ulcère de l'estomac et anémie ... 230²
Urobiline et son origine rénale ... 228³
Variole ... 232³

VARIA

Les maladies vénériennes en Prusse.

La Prusse aime beaucoup les statistiques, et, sous le prétexte de faire des enquêtes utiles au progrès de la science, on en arrive parfois à demander aux praticiens des renseignements qu'ils ne livrent pas toujours volontiers. La preuve en est que, sur les 14,507 médecins auxquels on avait adressé une circulaire spéciale pour leur demander le nombre des adultes, hommes et femmes, qu'ils soignaient à une date déterminée pour maladies vénériennes, 9,204 seulement ont répondu, pas même les deux tiers. Aussi les résultats d'une pareille enquête ne peuvent-ils avoir qu'une valeur restreinte, d'autant que, dans la circonstance présente, il s'agit de malades qui ne réclament pas toujours les soins d'un médecin régulier.

Constatons, à titre de simple document, que le nombre des adultes atteints de maladies vénériennes est, toutes proportions gardées, d'autant plus élevé que la ville est plus grande, et que le nombre des hommes est d'environ le triple de celui des femmes. C'est ainsi qu'à Berlin, sur 10,000 adultes, on compte 142 hommes et 46 femmes malades, tandis que la moyenne, dans les villes dont la population dépasse 100,000 habitants, n'est plus, toujours pour 10,000 adultes, que de 100 hommes et 28 femmes; dans les villes de 30,000 à 100,000 âmes, cette même moyenne est de 59 hommes et 18 femmes; elle descend à 45 hommes et 17 femmes pour les villes de moins de 30,000 habitants, et ainsi de suite, de telle sorte que, dans la campagne, on ne trouve plus, sur 10,000 adultes, que 11 malades: 8 hommes et 3 femmes.

Enfin, pour tout le royaume, on compte, toujours sur 10,000 adultes des deux sexes, 28 hommes et 9 femmes atteints de maladies vénériennes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Agathos (J.). Arthrites métapneumoniques, spécialement les arthrites à pneumocoques.

Bourgeois (H.). Contribution à l'étude des abcès otitiques du cervelet.

Bué (G.). Le chlorure d'or; contribution au traitement des tuberculoses locales et particulièrement des adénites, abcès froids et laryngites.

Cayre (E.). Des appareils dans la coxalgie.

Celos (G.). Sur le diagnostic d'urgence, chez l'adulte, des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal.

Contenau (G.). Les adénites d'origine dentaire.

Contet (E.). Le végétarisme; étude critique; indications thérapeutiques.

Cornil (G.). Etude sur le cancer du cœur.

Cucherousset (P.). De la forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Dubois (G.). Du vomissement fécaloïde sans occlusion intestinale complète.

Dugat (L.). Traitement des plaies par l'eau oxygénée.

Dunème (L.). Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein chez les mères-nourrices de la classe ouvrière à Paris.

Félice (J. de). Contribution à l'étude de l'accouchement rapide dans l'éclampsie.

Feuillet (J.). Névralgie intercostale d'origine gastro-colique.

Jacquier (A.). Lenteur et arythmie transitoires du pouls chez l'enfant.

Johansen (M[lle] A.). Les hémorrhagies utérines au début de la blennorrhagie.

Lamouroux (J.). Contribution à l'étude du méningisme.

Lecomte. Contribution à l'étude des prostatites chroniques (prostatite latente).

Leynia de la Jarrige (J.). Héroïne; héroïnomanie.

Libert. Contribution à l'étude des réflexes dans la fièvre typhoïde.

Meslier (E.). Considérations sur l'anesthésie chirurgicale.

Monthus (A.). Contribution à l'étude des rétinites albuminuriques.

Munch. Considérations expérimentales et cliniques sur certaines fonctions attribuées au rein.

Pallegoix (J.). Des néphrites aiguës bénignes « dites » primitives chez l'enfant.

Panitch (Tchira B.). Contribution à l'étude de l'hémiplégie précoce de la méningite tuberculeuse.

Petit (J.). De la prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie simple de la prostate; technique opératoire et résultats cliniques.

Philippe (L.). Epanchements séreux pelvi-péritonéaux au cours des infections utéro-annexielles et post-opératoires.

Poisson (J.). Le curettage vésical par l'urèthre dans les cystites chroniques douloureuses rebelles de la femme.

MÉDECINE

Engelbach (P.). Les accidents consécutifs au coup de pression. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 fév.)

Ewald (C. A.). Zur Diagnostik des Sanduhrmagens. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Sur le diagnostic de l'estomac en sablier.

Franke (M.). Leukolytisches Serum, erhalten in einem Falle von lymphatischer Leukämie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 8 fév.)

Fränkel (A.). Ueber Bronchiolitis fibrosa obliterans, nebst Bemerkungen über Lungenhyperämie und indurirende Pneumonie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.)

Frey (A.). Ueber die Bedeutung der Venendruckmessung bei der diätetisch-physikalischen Behandlung der Kreislaufstörungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Sur la signification de la mensuration de la pression veineuse pour le traitement diétético-physique des troubles de la circulation.

Gemmel. Weitere Beobachtungen betreffend das symmetrische Auftreten der Kontraktur der Palmaraponeurose (Dupuytren) im Anschluss an Gicht und harnsaure Diathese. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 17 fév.) — Nouvelles observations sur la production symétrique de la contracture de Dupuytren dans ses rapports avec la goutte et la diathèse urique.

Gerhardt (C.). Bemerkungen über Gallensteinkolik. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Remarques sur la colique hépatique.

Gluzinski (A.). O wczesnem rozpoznawaniu raka zoladka. (*Gaz. lekarska*, 4, 11, 18 et 25 janv.) — Diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

Gryglewicz (T.). Przypadek zoltaczki zakaznej (choroby Weil'a). (*Gaz. lekarska*, 8 fév.) — Un cas de maladie de Weil.

Handwerck (C.). Ueber die Bestimmung des Herzumrisses (nach Moritz) und deren Bedeutung für den praktischen Arzt. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 fév.) — La délimitation du cœur (d'après le procédé de Moritz) et sa signification pratique.

Hirschfeld (H.) et **Tobias** (E.). Zur Kenntnis der myelogenen Leukämie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 fév.)

Iacobæus (H.). Om daglige vejninger som diagnostisk hjælpemiddel, særlig ved hjertesygdomme. (*Ugeskrift for Læger*, 24 et 31 janv.) — Des pesées journalières comme méthode diagnostique adjuvante dans les maladies du cœur.

Kaufmann (J.). Zur Frage des Magensaftflusses und der Krampfzustände bei chronischem Magengeschwür. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — La gastrosucorrhée et les états spasmodiques de l'estomac en cas d'ulcère de cet organe.

Kose (O.). Funkcionelni diagnostika chorob ledvinovych. (*Casopis lékaru ceskych*, 8 et 15 fév.) — Le diagnostic fonctionnel des maladies du rein.

Lemoine (G.). Tuberculose et mariage. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Leo (H.). Ueber Alkalinurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.)

Lépine (R.). De la méthode en clinique. (*Rev. de méd.*, fév.)

Lissaman (T.). Acute suffocative pulmonary œdema. (*Lancet*, 8 fév.)

Masini (L. C.). Della tetania. (*Gazz. degli Osped.*, 16 fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Dana (Ch. L.). A case of cerebral bulbar palsy, with a study of the localization of the tongue and lip centers. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 fév.) — Un cas de paralysie cérébro-bulbaire; contribution à l'étude des centres des mouvements de la langue et des lèvres.

Dercum (F. X.). Hypochondria. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 fév.)

Donath (J.). Beiträge zu den Clavier- und Violinspielerneurosen. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 fév.) — Sur les névroses des pianistes et violonistes.

Edinger (L.). Geschichte eines Patienten, dem operativ der ganze Schläfenlappen entfernt wurde; ein Beitrag zur Kenntnis der Verbindungen des Schläfenlappens mit dem übrigen Gehirne. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Histoire d'un malade ayant subi la résection totale du lobe temporal; contribution à l'étude des rapports du lobe temporal avec le reste du cerveau.

Gerest et **Ducarré**. Méningite cérébro-spinale. (*Loire méd.*, fév.)

Giudiceandrea (V.). Rapporti clinici e patogenetici tra la sindrome di Dercum ed alcune forme morbose affini. (*Policlinico*, 8 fév.)

Glorieux. Comment faut-il traiter les neurasthéniques? (*Policlinique*, 1[er] fév. et 1[er] avril.)

Grasset. Considérations sur la pathogénie et le traitement du tic douloureux de la face. (*Touraine méd.*, fév.)

Grebner. L'ataxie tabétique initiale et son traitement par la rééducation des muscles (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i bakteriol.*, fév.)

Hitzig (E.). Alte und neue Untersuchungen über das Gehirn; 2. Mitteilung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 2.) — Recherches sur le cerveau.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Eddowes (A.). Treatment of chronic eczema. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév.)

Haslund (P.). Om gonokokkisk cystitis. (*Hospitalstidende*, 29 janv. et 5 fév.)

Heddaeus. Zur Frage der Syphilis in der 3. Generation. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 19 fév.)

Hoffmann (E.) et **Salkowski** (E.). Ueber Nephritis syphilitica acuta praecox mit enormer Albuminurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 et 24 fév. et 3 mars.)

Johnston (J. C.). Precancerous keratosis probably due to X-rays. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1[er] fév.)

Kattenbracker. Fortschritte auf dem Gebiete der Finsen'schen Lupusbehandlung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1[er] fév.) — Des progrès réalisés dans le traitement du lupus d'après la méthode de Finsen.

Kronfeld (A.). Zur Therapie des venerischen Katarrhs. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 fév.)

Krylov (D.). De la contagiosité de la lèpre (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, fév.)

Leven (L.). Weitere Bemerkungen zur Frage der Gonorrhoeheilung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 2.) — Sur le traitement de la blennorrhagie.

Levinger. Beitrag zur Diagnose der tertiären Syphilis des Pharynx. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 fév.)

Neisser (A.). Ueber Versuche, Syphilis auf Schweine zu übertragen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 2.) — Les essais d'inoculation de la syphilis au porc.

PARASITOLOGIE

Claytor (T. A.). Uncinariosis (ankylostomiasis); a further report of a case, with notes upon the autopsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Gärtner (G.). Ueber die sogenannte Fliegenlarvenkrankheit. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 janv.) — De la myiase.

Laveran (A.) et **Mesnil** (F.). Recherches morphologiques et expérimentales sur le trypanosome du Nagana ou maladie de la mouche tsé-tsé. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Lignières (J.) et **Spitz** (J.). Actinobacillose (contribution à l'étude des affections connues sous le nom d'actinomycose). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Lyon (I. P.). A review of echinococcus disease in North America. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Schlesinger (H.) et **Weichselbaum** (A.). Ueber Myiasis intestinalis (die Fliegenlarvenkrankheit des Verdauungscanales). (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 et 9 janv.)

Tonnel. Note sur le *Bodo urinarius* d'Hassall. (*Echo méd. du Nord*, 9 fév.)

Wright (J. H.). A rapid method for the differential staining of blood films and malarial parasites. (*Journ. of Med. Research*, janv.)

CHIRURGIE

Edebohls (G. M.). The technics of nephropexy. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Edlefsen (G.). Nierenquetschung oder Nierenentzündung? Ein Beitrag zur Lehre von den subkutanen Nierenverletzungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 et 11 fév.) — Contusion du rein ou néphrite? Contribution à l'étude des lésions sous-cutanées du rein.

Eichholz (P.). Experimentelle Untersuchungen über Epithelmetaplasie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 4.)

Fedorov (S.). Diagnostic et traitement des affections de l'œsophage (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 fév.)

Fiorani (P. L.). Contributo allo studio della coxa vara. (*Gazz. degli Osped.*, 23 fév.)

Ghillini (C.) et **Canevazzi** (S.). Ueber die statischen Verhältnisse des Oberschenkelknochens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 4.) — Les conditions statiques du fémur.

Graff (H.). Ueber die Spontanluxationen des Hüftgelenkes im Verlauf von acuten Infectionskrankheiten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 5-6.) — Sur les luxations spontanées de la hanche au cours des maladies infectieuses aiguës.

Grekov (I.). De l'ankylose bilatérale de l'articulation coxo-fémorale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 fév.)

Gussenbauer. Erfahrungen über die osteoplastische Schädeltrepanation wegen Hirngeschwülsten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6, 13 et 20 fév.) — Trépanation ostéoplastique du crâne pour tumeurs cérébrales.

Hacker (von). Resektion der Luftröhre mit primärer cirkulärer Naht wegen hochgradiger ringförmiger Narbenstriktur (Idee einer halbseitigen Laryngoplastik). (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — Résection de la trachée avec suture circulaire primaire pour sténose cicatricielle annulaire très prononcée.

Heile (B.). Experimentelles zur Frage der Operationshandschuhe, nebst Beiträgen zur Bedeutung der Luftinfektion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — Recherches expérimentales sur l'emploi des gants en chirurgie; signification de l'infection par l'air.

Henle. Zur Technik der Resektion des Mastdarmvorfalls. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — Technique de la résection du rectum prolabé.

Hildebrandt (A.). Beobachtungen über die Wirkungen des kleinkalibrigen Geschosses aus dem Boerenkriege 1899-1900. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 3.) — Observations sur les effets des projectiles de petit calibre, recueillies dans la guerre du Transvaal.

Julliard (Ch.). De l'utilisation clinique de la cytologie, de la cryoscopie et de l'hématolyse dans les épanchements de quelques séreuses chirurgicales (séreuses vaginales, articulaires, sac herniaire). (*Rev. de chir.*, fév.)

Kaupe (W.). Ist bei lebensbedrohender Magenblutung in Folge von Ulcus ventriculi ein operativer Eingriff indicirt, und welcher? (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 5-6.) — Faut-il intervenir chirurgicalement et à quelle opération doit-on avoir recours dans les cas d'hémorrhagie grave consécutive à l'ulcère de l'estomac?

König (F.). Ueber die durch Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle bedingte Peritonitis und ihre Behandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 fév.) — La péritonite par rupture spontanée de la vésicule biliaire calculeuse dans la cavité abdominale libre, et son traitement.

Kozlovsky (B.). Traitement de la tuberculose des ganglions lymphatiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 fév.)

Krause (F.). Ersatz des gelähmten Quadriceps femoris durch die Flexoren des Unterschenkels. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 et 20 fév.) — Substitution des fléchisseurs de la jambe au quadriceps fémoral paralysé.

Lambret (O.). Des modifications des réflexes dans les traumatismes médullaires. (*Echo méd. du Nord*, 2 fév.)

Lane (W. A.). On cleft palate. (*Lancet*, 15 et 22 fév.) — Des fentes du palais.

Lanz (O.). Weg mit der Taxis! (*Münch. med. Wochensch.*, 4 fév.) — A bas le taxis!

Laqueur (L.). Ueber Chloroformtod durch Herzlähmung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 fév.) — Mort par paralysie cardiaque due à la chloroformisation.

Lemonnier. Epilepsie jacksonienne consécutive à la pénétration d'un instrument pointu dans le lobe cérébral gauche; trépanation; guérison. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Lexer (E.) et **Türk** (W.). Zur Operation des Ganglion Gasseri nach Erfahrungen an 15 Fällen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 4.)

Lloyd (S.). The surgery of the spine. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8, 15 et 22 fév.)

Lotheissen (G.). Ueber periherniöse Phlegmone. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 fév.)

Meyer (W.). Gastroenterostomie kombinirt mit Enterostomie, ausgeführt mit Hilfe der elastischen Ligatur (McGraw's Methode). (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 15 fév.)

Morris (R. T.). Ligation of the abdominal aorta for aneurism. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Morton (H.). Cancer of the penis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 fév.)

Moynihan (B. G.). Partial nephrectomy, with 3 illustrative cases. (*Brit. Med. Journ.*, 1er fév.)

Muller. Sur un cas de gangrène de la jambe droite, consécutive à l'attrition traumatique de l'artère poplitée. (*Province méd.*, 22 fév.)

UROLOGIE

Bernays (A. Ch.). The pathology and the etiology of prostatic hypertrophy: Suprapubic drainage and myomectomy considered as methods of treatment and cure. (*Med. News*, 22 fév.)

Blottière (L.). O exame das urinas pela cryoscopia. (*Brazil-medico*, 1er fév.)

Kraske (P.). Ueber suprapubische Kystoskopie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 8 fév.)

Leonard (Ch. L.). The Röntgen method in the diagnosis of renal and ureteral calculi. (*Med. News*, 15 fév.)

Lydston (G. F.). Note on gauging vesical capacity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 fév.) — La mensuration de la capacité de la vessie.

Rafin. Traitement de la dysurie prostatique par l'opération de Bottini. (*Lyon méd.*, 9 fév.)

Rosenfeld (G.). Zur Unterscheidung der Cystitis und Pyelitis. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 fév.) — Le diagnostic différentiel entre la cystite et la pyélite.

Solieri (S.). Obliterazione dell'uretere al suo sbocco in vescica e consecutiva degenerazione cistica del rene. (*Riforma med.*, 1er fév.)

Suter (F.). Ueber einseitige renale Hämaturie, bedingt durch Teleangiektasien des Nierenbeckens. (*Centr.-Bl. für die Krankh. der Harn- und Sexualorgane*, janv.) — Hématuries rénales unilatérales consécutives à des télangiectasies des bassinets.

OPHTALMOLOGIE

Chesneau (M.). Traitement de la conjonctivite diphtéritique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 fév.)

Isidori (T.). L'acido picrico nella cura delle blefariti ciliari. (*Policlinico*, 15 fév.)

Jackson (E.). Retinal lesions of chronic interstitial nephritis. (*Med. News*, 15 fév.)

Lagrange (F.). Des irido-choroïdites infectieuses. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 janv.)

Laqueur (L.). Das sogenannte entzündliche Glaucom, eine Neurose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Le glaucome dit inflammatoire en tant que névrose.

Le Clerc. Conjonctivite folliculaire chez les enfants. (*Année méd. de Caen*, janv.)

Litten (M.). Ueber den Zusammenhang zwischen Allgemeinerkrankungen und solchen des Augenhintergrundes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 janv.) — Sur les rapports entre les maladies générales et les affections du fond de l'œil.

Sweet (W. M.). Results of X-ray diagnosis and of operation in injuries from foreign bodies in the eye. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er fév.) — Le diagnostic radioscopique et les résultats de l'intervention opératoire dans les cas de corps étrangers de l'œil.

Wecker (L. de). Comment l'on doit extraire la cataracte un siècle et demi après Daviel. (*Ann. d'oculist.*, nov. 1901 et fév.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Elliot (J. W.). The management of critical cases of ruptured extra-uterine pregnancy, with the report of a case of combined intra- and extra-uterine pregnancy. (*Med. Record*, 22 fév.)

Fellner (O.). Ueber die physiologische Pulsverlangsamung im Wochenbett. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Le ralentissement physiologique du pouls dans les suites de couches.

Gottschalk (S.). Zur Histogenese der dickgallertigen Ovarialkystome; gleichzeitig ein Beitrag zur Entstehung und Behandlung des postoperativen Ileus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 3.) — L'histogénie des kystes de l'ovaire à contenu colloïde.

Hausman (J.). O pouziti spinalni analgesie v gynaekologii. (*Casopis lékaru ceskych*, 8 et 15 fév.)

Hobbs (A. T.). Pelvic lesions in relation to their distinctive effects upon mental disturbances. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Holmes (R. W.). A new method of tamponing the uterus post partum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Jurowski (D.). Beiträge zur Kasuistik des Kaiserschnittes nach Fritsch. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er fév.) — 3 cas d'opération césarienne d'après le procédé de Fritsch.

Kraus (E.). Tuberculose des Appendix und der rechtsseitigen Adnexe. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Tuberculose de l'appendice et des annexes du côté droit.

Krömer. Klinische und anatomische Untersuchungen über den Gebärmutterkrebs. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 3.) — Recherches cliniques et anatomiques sur le cancer de l'utérus.

Le Roy Broun. An eight-years' experience in the radical cure of movable retroversions of the uterus by Alexander's operation. (*Med. Record*, 22 fév.) — La cure radicale de la rétroversion non adhérente de l'utérus au moyen de l'opération d'Alexander, d'après une expérience de huit ans.

Lichem (T. von). 2 Fälle von Fœtus papyraceus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 fév.)

Löwenstein (H.). Drei Fälle von Kaiserschnitt bei Eklampsie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er fév.) — 3 cas d'opération césarienne pour éclampsie.

Moran (J. F.). Significance of fever during the puerperium. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Muret (M.). Beitrag zur Casuistik und Diagnostik der interstitiellen Gravidität. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Kharitonov (L.). Permanganate de potasse contre les brûlures (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, fév.)

Kuh (S.). Treatment of acromegaly with pituitary bodies. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er fév.)

Lemanski. Traitement du paludisme par les injections intra-musculaires de quinine. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, fév.)

Levy (E.) et **Bruns** (H.). Ueber den Gehalt der käuflichen Gelatine an Tetanuskeimen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 fév.) — La présence de bacilles du tétanos dans la gélatine du commerce.

Leyden (E. von). Die Behandlung des Scharlachs mit Reconvalescentenserum. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Traitement de la scarlatine par le sérum de convalescents de cette affection.

O'Sullivan-Beare (D. R.). Notes concerning a native remedy for blackwater fever. (*Lancet*, 1er fév.) — Sur un remède indigène contre la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Stern (H.). On the treatment of obesity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 fév.)

BACTÉRIOLOGIE

Arloing (F.). Influence de la mucidine sur le bacille diphtérique et sa toxine. (*Lyon méd.*, 19 janv.)

Ascoli (V.) et **De Gregorio** (C.). L'agglutinazione dei bacilli tubercolari. (*Policlinico*, 25 janv.)

Drigalski (von) et **Conradi** (H.). Ueber ein Verfahren zum Nachweis von Typhusbacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 2.) — Sur un procédé de recherche du bacille d'Eberth.

Hill (H. W.). Branching in bacteria with special reference to B. diphtheriæ. (*Journ. of Med. Research*, janv.)

Korchoune (S.). Diagnostic bactériologique de la diphtérie (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, janv.)

Limoncelli (G.). Sul mezzo più adatto ad ottenere facilmente una tossina tetanica molto attiva. (*Policlinico*, partie méd., IX, 1-2.)

Rodella (A.). Ueber anaërobe Bakterien im normalen Säuglingsstuhle. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 2.) — Des bactéries anaérobies dans les fèces des nourrissons bien portants.

Rumpf (E.) et **Guinard** (L.). Ueber die Agglutination der Tuberkelbazillen und die Verwertung dieser Agglutination. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 fév.)

Soltmann (O.). Zur Lehre von der Pathogenität des Bacillus pyocyaneus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.)

Süsswein (J.). Das Schicksal der Diphtheriebacillen im Verdauungscanale und die dasselbe bestimmenden Factoren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 fév.) — Le sort des bacilles de Löffler dans le tube digestif.

22e ANNÉE. — N° 29. Vingt centimes le numéro. 16 JUILLET 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — L'agent pathogène de la coqueluche et la sérothérapie de cette affection, par M. le docteur C. Leuriaux. 233

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Du rôle de l'intoxication dans les accidents mortels de l'appendicite.............. 234
Rhumatisme tuberculeux abarticulaire..... 234

Académie des sciences. — Traitement local des localisations du rhumatisme............ 234
Transmission expérimentale aux descendants des lésions organiques acquises par les ascendants.......... 234

Société de chirurgie. — Traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique........... 235

Société médicale des hôpitaux. — Les angines diphtériques malignes observées à Paris en 1901 et 1902.............. 235
Les pleurésies biliaires.............. 235
Infections secondaires au cours des méningites cérébro-spinales.............. 235
Intoxication saturnine provoquée par le grattage des moules à glace artificielle... 235

Société de biologie. — De la valeur pronostique de la polyglobulie dans la cyanose chronique.............. 235
Sur l'élimination des chlorures et de l'acide phosphorique dans la glycosurie expérimentale.............. 236
Toxicité, pour le cobaye tuberculeux, du liquide céphalo-rachidien provenant de sujets atteints de méningite tuberculeuse... 236

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Sténoses cicatricielles du pylore consécutives à l'ingestion de liquides caustiques.............. 236
Hydarthrose syphilitique volumineuse et précoce.............. 236
Le cholestéatome du sein.............. 236

Publications allemandes. — L'empoisonnement par la benzine.............. 236
Contribution à la pathologie du grand sympathique.............. 237
Absence de la réaction de Storch dans un lait de femme non toléré par le nourrisson 237
Du cancer primitif du temporal.......... 237

Publications anglaises. — Ulcère de l'œsophage confondu avec la tuberculose pulmonaire.............. 238
Cause et prophylaxie des abcès développés autour des points de suture.......... 238
Un cas de tuberculose cutanée consécutive à une inoculation accidentelle de tuberculose bovine.............. 238
Périnéorrhaphie chez une fillette de neuf ans pour une rupture périnéale produite par l'accoucheur au moment de la naissance.............. 238
Péritonite à gonocoques.............. 238

Publications italiennes. — Des myospasies en général, et de la myospasie athétosique en particulier.............. 238
Occlusion intestinale due à des ascarides, avec étranglement herniaire.......... 239
Mort subite par hémopéricarde consécutif à la rupture spontanée d'une veine pulmonaire.............. 239
Variole fœtale sans variole maternelle..... 239

Publications russes. — La teinture d'iode dans le traitement de l'érysipèle.............. 239
Contribution à l'étude des manifestations nerveuses de la blennorrhagie chez la femme.............. 239
Un nouveau signe de tétanie : le phénomène du phrénique.............. 240

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement du prolapsus du rectum au moyen d'injections de vaseline.............. 240
Indications et mode d'emploi du « Cactus grandiflorus ».............. 240
Traitement intranasal de la dysménorrhée.. 240
Un moyen pour faciliter le cathétérisme de l'urèthre.............. 240
La benzine contre l'érythème fugace du nez 240

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès développés autour des points de suture et leur prophylaxie.............. 238[1]
Affections congénitales du cœur et valeur pronostique de l'hyperglobulie.......... 235[3]
Angines diphtériques malignes à Paris en 1901-1902.............. 235[1]
Appendicite et intoxication.............. 234[2]
Ascarides et occlusion intestinale.......... 239[1]
Benzine contre l'érythème fugace du nez.... 240[3]
— et intoxication qu'elle détermine.... 236[3]
Blennorrhagie et ses manifestations nerveuses chez la femme.............. 239[3]
Cactus grandiflorus et son mode d'emploi... 240[2]
Cancer primitif du temporal.............. 237[3]
Cathétérisme de l'urèthre.............. 240[3]
Chlorures et phosphates et leur élimination dans la glycosurie expérimentale.......... 236[1]
Cholestéatome du sein.............. 236[3]
Coqueluche.............. 233[1]
Cyanose et polyglobulie dans les affections congénitales du cœur.............. 235[3]
Dysménorrhée.............. 240[2]
Ectopie testiculaire.............. 235[1]
Erysipèle.............. 239[2]
Erythème fugace du nez.............. 240[3]
Fistule urinaire ombilicale avec perméabilité de l'ouraque.............. 235[1]
Glycosurie expérimentale et élimination des chlorures et des phosphates.............. 236[1]
Hémopéricarde consécutif à la rupture spontanée d'une veine pulmonaire et mort subite.............. 239[1]
Hydarthrose syphilitique.............. 236[2]
Injections de vaseline contre le prolapsus du rectum.............. 240[1]
Intoxication saturnine chez les ouvriers grattant les moules à glace artificielle.......... 235[3]
Lésions organiques des ascendants et leur transmission expérimentale aux descendants.............. 234[3]
Liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse et sa toxicité pour le cobaye. 236[1]
Méningite cérébro-spinale et infections secondaires.............. 235[2]
— tuberculeuse et toxicité du liquide céphalo-rachidien.......... 236[1]
Myospasie athétosique.............. 238[3]
Névralgie du grand sympathique.......... 237[2]
Occlusion intestinale due à des ascarides.... 239[1]
Périnéorrhaphie chez une fillette de neuf ans 238[2]
Péritonite à gonocoques.............. 238[3]
Phénomène du phrénique dans la tétanie.... 240[1]
Pleurésies biliaires.............. 235[2]
Polyglobulie et cyanose dans les affections congénitales du cœur.............. 235[3]
Prolapsus du rectum.............. 240[1]
Réaction de Storch et son absence en cas d'intolérance du lait maternel.......... 237[2]
Rhumatisme.............. 234[3]
— tuberculeux abarticulaire.......... 234[2]
Salicylate de soude en injections sous-cutanées.............. 234[3]
Section de tous les vaisseaux du cordon contre l'ectopie testiculaire.............. 235[1]
Sérum anticoquelucheux.............. 233[1]
Sténoses cicatricielles du pylore consécutives à l'ingestion de liquides caustiques...... 236[1]
Teinture d'iode contre l'érysipèle.......... 239[2]
Tétanie et phénomène du phrénique.......... 240[1]
Traitement de la coqueluche.............. 233[1]
— de l'appendicite.............. 234[2]
— de l'ectopie testiculaire.......... 235[1]
— de l'érysipèle.............. 239[2]
— de l'érythème fugace du nez.... 240[3]
— du prolapsus du rectum.......... 240[1]
— du rhumatisme.............. 234[3]
— intranasal de la dysménorrhée... 240[2]
Tuberculose cutanée consécutive à une inoculation de tuberculose bovine.......... 238[2]
Ulcère de l'œsophage simulant la tuberculose pulmonaire.............. 238[1]
Variole fœtale sans variole maternelle...... 239[2]

VARIA

Congrès français de chirurgie en 1902.

La quinzième session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris le 20 octobre 1902.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° *Chirurgie du cœur et du péricarde;*
2° *Traitement du tétanos.*

NÉCROLOGIE

M. le docteur R. Förster, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Wilhelm Kiesselbach, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur J. Maizner, ancien professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Klausenbourg. — MM. les docteurs John Curnow, professeur de clinique médicale à King's College et J. W. Washbourn, lecteur de bactériologie à Guy's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur John Barclay, professeur adjoint de matière médicale et de médecine légale à l'Université d'Aberdeen. — M. le docteur Wyatt Johnston, professeur d'hygiène à McGill University de Montréal. — M. le docteur Joseph Eastman, professeur de gynécologie au Central College of Physicians and Surgeons d'Indianapolis. — M. le docteur C. W. Gleason, ancien professeur d'anatomie et de physiologie au Woman's Medical College of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur Curtis E. Munn, lecteur de bactériologie au Kansas Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Bellan (G.). Angine pseudo-membraneuse secondaire de la syphilis.

Bergouignan (P.). Le traitement rénal des cardiopathies artérielles.

Bouchet (E.). Contributions à l'étude clinique des accidents dus à la constipation pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Bourgeois (P.). Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales.

Braye (E.). Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus.

Chauveau (H.). Etude cardiographique sur le mécanisme du bruit de galop.

Decq (L.-G.). Des fractures de l'olécrâne; leur traitement par « le cerclage ».

Delhommeau (A.). Etude médico-légale des lésions valvulaires aortiques consécutives aux contusions du thorax.

Duguey (A.). Contribution à l'étude des plaies de l'abdomen; leur traitement.

Fabre (M.-P.-L.). Des luxations en avant dans la coxalgie.

Ferreux. Des troubles respiratoires d'origine menstruelle.

Florange (G.). Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Girard (J.). Le cœur dans la diphtérie.

Gonzalez Quijano Sanchez (M.). La théorie des ions en électricité médicale.

Gosselin (R.). Contribution à l'étude du traitement médical des métrites et salpingites.

Guillemet (R.). Sur certaines formes de tumeurs malignes des paupières.

Guyot (P.). Des fistules uréthro-rectales, et de leur traitement en particulier.

Jarvis (Ch.-G.). Contribution à l'étude du rhumatisme pleural.

Jeannin (C.). Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides (recherches cliniques et bactériologiques).

Lasne-Desvareilles (A.). Helminthiase (symptomatologie).

Legros (G.). Recherches bactériologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës.

Lenormand (P.). Etude sur la localisation des réflexes dans l'axe cérébro-spinal.

Le Rouzic (L.). Hématométrie unilatérale dans un utérus bicorne avec vagin simple.

Loubet (L.). Enucléation par voie abdominale des fibromes utérins.

Marsat (G.). Les idées fixes dans la fièvre typhoïde.

Maubert (A.). Des blessures de l'uretère dans les interventions par voie abdominale sur l'utérus et les annexes.

Mesmain (D.). Contribution à l'étude des oreillons en général, et, en particulier, des oreillons sous-maxillaires.

Monflier. Du traitement des plaies de poitrine par l'immobilisation.

Pagès (G.). Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin : 32 observations avec examen histologique de la tumeur kystique.

Petit (A.). Sur la valeur de la réduction par le procédé non sanglant dans les luxations congénitales de la hanche.

Portemer (A.-E.). De l'érotomanie au point de vue médico-légal.

Riou (E.). Les divers traitements de l'infection puerpérale et le curage digital suivi d'écouvillonnage.

Robinet (A.). La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1901.

Roche (L.). La péricystite lacrymale.

Sabatié (Ch.). Les ulcères de la région pylorique.

Sabot (L.). Contribution à l'étude des ophtalmoplégies d'origine nucléaire.

Sauvage (C.). De l'anatomie pathologique et du traitement des ruptures utérines pendant le travail.

Savelli (A.). Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux congénitaux du cou.

Savoye (Ch.). De l'unité des accidents de dentition.

Séguin (Ch.). La médecine infantile chez les Grecs et les Romains.

Stahl (Ch.). Etude clinique et thérapeutique du méthylarsinate disodique.

Stoicescu (D.). Paludisme en Roumanie (statistique et prophylaxie).

Tesson (R.). Le cancer primitif du corps utérin.

Tissot (F.). Les éliminations urinaires chez les paralytiques généraux (recherches par l'épreuve du bleu de méthylène).

Tourlet (R.). Contribution à l'étude de la linite plastique (maladie de Brinton).

Trousson (E.). Contribution à l'étude de l'intoxication alcoolique chez les enfants.

Vernet (G.). L'assistance des épileptiques : l'hospice Dessaignes à Blois.

Vieubled (M.). Lait stérilisé et rachitisme.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Cagnetto (G.). Sulla reazione del guaiaco in presenza di alcune varietà di leucociti. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 2.)

Flatau (E.). Budowa rdzenia w świetle badan nowozytnych. (*Kronika lekarska*, 15 fév. et 1er mars.) — La structure de la moelle au point de vue des doctrines modernes.

Hughes (A. W.). Manual of practical anatomy. Part II : Abdomen and thorax. In-8°, 322 p. Londres.

Lavdovsky (M.). Des anastomoses entre les cellules nerveuses (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 mars.)

May (R.) et **Grünwald** (L.). Ueber Blutfärbungen; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 15 mars.) — Sur la coloration du sang.

Michaelis (L.). Ueber Mastzellen. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 fév.)

Peyronny. Recherches anatomiques sur le passage du nerf fémoro-cutané au niveau de l'arcade de Fallope. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 mars.)

Poirier (P.) et **Charpy** (A.). Traité d'anatomie humaine. 2e éd. T. II, 2e fasc. In-8°, 303 p. avec fig.

Reynès (H.). Sur un nouveau mode de conservation des pièces anatomiques par un mélange de sublimé et de formol. (*Marseille méd.*, 15 avril.)

Sabrazès et **Muratet**. Examen du sang du cœur de deux fœtus expulsés à la fin de la onzième semaine de la vie intra-utérine. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 mars.)

Schrötter (H. von). Kurze Mitteilung über eine neue Färbungsmethode des Centralnervensystems. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 avril.) — Un nouveau procédé de coloration du système nerveux central.

Vysotzky (A.). De la coloration des crachats et du sang (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 5.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Drucbert (J.) et **Dehon** (M.). Recherches sur la toxicité des extraits de muqueuse intestinale. (*Echo méd. du Nord*, 23 mars.)

Italia (F. E.). Pancreas e tubercolosi; azione del bacillo tubercolare sul tessuto pancreatico e dell'infuso di pancreas sui tessuti tubercolari. (*Riforma med.*, 8, 9 et 10 mars.)

Jatta (M.). Contributo sperimentale alla genesi dei cilindri fibrinosi nel rene. (*Policlinico*, 22 fév.)

Levaditi (C.). Contribution à l'étude de l'anémie expérimentale ; état de la cytase hémolytique dans le plasma des animaux normaux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Nicolas (J.) et **Beau** (M.). Influence de la splénectomie sur l'évolution de l'intoxication par quelques poisons minéraux chez le cobaye. (*Province méd.*, 1er mars.)

Oppel (V.). Péritonite microbienne aiguë expérimentale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 mars.)

Oppenheim (A.). Beitrag zur Bekämpfung des Meteorismus (Tierversuche). (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 mars.) — Recherches expérimentales sur le traitement du météorisme.

Stefanile (G.) et **Fabozzi** (S.). Le iniezioni Durante nel parenchima pulmonale. (*Policlinico*, partie chir., IX, 3.)

Valerio (N.). Osservazioni sulla peritonite sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 23 mars.)

Vincenzi (L.). Contributo allo studio delle infezioni da batterî inoculati in vescica. (*Gazz. degli Osped.*, 9 fév.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Kast (A.). Ueber lymphagoge Stoffe im Blutserum Nierenkranker. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Sur la présence de substances lymphagogues dans le sérum sanguin des sujets atteints de maladies du rein.

Livanov (A.). Influence de l'alcoolisme chronique sur le développement de l'organisme, et, en particulier, du cerveau (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, fév.)

Magnant (E.). De la vaccination antituberculeuse intra-utérine; immunité par la mère phtisique à son enfant. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

Savtchenko (J.-G.). Du rôle des immunisines (fixateurs) dans la phagocytose. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Schüller (M.). Zur parasitären Entstehung von Krebs und Sarkom. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 22 fév.) — Sur l'origine parasitaire du cancer et du sarcome.

Sergent (E.). Considérations générales sur les tumeurs et le pigment mélaniques, à propos d'un cas de sarcome mélanique cutané généralisé. (*Arch. gén. de méd.*, fév.)

Tarassévitch (L.). Sur les cytases. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Wassermann (A.). Infektion und Autoinfektion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 fév.)

MÉDECINE

Patella (V.). Sulla citodiagnosi degli essudati tubercolari delle sierose; sulla provenienza e significazione dei cosidetti linfociti di tali essudati; valore della citodiagnosi; nota preventiva. (*Policlinico*, 15 fév.)

Pick (A.). Ueber Magenatonie. (*Wien. med. Presse*, 9 et 16 fév.)

Pribram. Ueber Banti'sche Krankheit. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 fév.) — De la maladie de Banti.

Quensel (U.). Ein neues Sedimentirverfahren zur Untersuchung von Sputum. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 4.) — Un nouveau procédé d'examen des crachats.

Robinson (B.). Angina pectoris. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Romani (D.). La reazione alla tubercolina nei convalescenti di pleurite sierofibrinosa. (*Gazz. degli Osped.*, 16 fév.)

Rouslacroix (A.). Pratique de la cryoscopie. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Schultze (F.). Ueber das Vorkommen von Lichtstarre der Pupillen bei croupöser Pneumonie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Sur l'absence de réaction de la pupille à la lumière dans la pneumonie lobaire.

Segalov (E.). Sur l'étiologie des anévrysmes de l'aorte (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 3.)

Senator (H.). Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 fév.) — Colique néphrétique, hémorrhagie rénale et néphrite.

Steele (J. D.). Gastroptosis and gastric motor insufficiency. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, fév.)

Straus (F.). Zur functionellen Nierendiagnostik; Untersuchungen über Physiologie und Pathologie der Nierenfunction. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 fév. et 3 mars.) — Diagnostic fonctionnel des maladies du rein; recherches sur la physiologie et la pathologie des reins.

Strümpell (A.). Einige Bemerkungen über das Wesen und die Diagnose der sogenannten nervösen Dyspepsie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Quelques remarques sur la nature et le diagnostic de la dyspepsie « nerveuse ».

Sudhoff (K.). Zur Geschichte der Lehre von den kritischen Tagen im Krankheitsverlaufe. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 8, 15 et 22 fév.) — L'histoire de la doctrine des jours critiques.

Tcypkine (S.). L'hématémèse dans l'appendicite (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 2.)

Thue (K.). Aetiologiske forhold ved rheumatismus acutus. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.)

Tietze (A.). Ueber Lungenabscesse. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 1er et 5 fév.) — Des abcès pulmonaires.

Vladimirov (G.). Sur un nouveau procédé d'auscultation du poumon (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 3.)

Voorthuis (J. A.). Over interlobaire pleuritis. In-8°, 57 p. Amsterdam. Scheltema et Holkema.

Wolff (A.). Untersuchungen über Pleuraergüsse: Die Morphologie der Pleuraexsudate. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 fév.) — Recherches sur les épanchements pleuraux.

Zusch (O.). Ueber spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre im untersten Abschnitt. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Sur la dilatation fusiforme de l'œsophage dans sa portion inférieure.

MALADIES INFECTIEUSES

Fürst (L.). Der jetzige Stand der Perlsucht- und Tuberkulosen-Frage und ihrer praktischen Konsequenzen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 13 fév.) — L'état actuel de la question des rapports entre la pommelière et la tuberculose au point de vue pratique.

Gomma (F.) et **Hitte** (L.). Variole congénitale: variole méconnue chez une femme enceinte; expulsion 52 jours après d'un fœtus mort et macéré porteur de cicatrices varioliques. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, fév.)

Graham. Dengue; a study of its mode of propagation and pathology. (*Med. Record*, 8 fév.)

Jehle (L.). Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Sputum Typhuskranker. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 fév.) — Sur la recherche des bacilles d'Eberth dans les crachats des typhoïdiques.

King (A. F.). A new factor in the etiology of malarial fever, indicating new methods of treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Krokiewicz (A.). Przyczynek do nauki o wsciekliznie u ludzi (*Lyssa humana*). (*Gaz. lekarska*, 22 fév.) — Contribution à l'étude de la rage humaine.

Lo Monaco (D.) et **Panichi** (L.). Sul fenomeno dell'agglutinazione nel sangue dei malarici. (*Riforma med.*, 11, 12 et 13 fév.)

Moreul (T.) et **Rieux**. Unité pathogénique de la dysenterie; spécificité de son germe; indications sérothérapiques. (*Rev. de méd.*, fév.)

Pfeiffer (T.). Beitrag zur Therapie und Klinik des Tetanus. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 2.)

Polacco (R.) et **Gemelli** (E.). Neuere Untersuchungen über frühzeitige Typhusdiagnose. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er fév.) — Nouvelles recherches sur le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.

Rapin (E.). Du caractère contagieux de l'ictère infectieux épidémique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Sereni (S.). La desquamazione nel tifo. (*Policlinico*, 22 fév.)

Voges (O.). Die Bubonenpest am La Plata. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 2.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Hoffmann (J.). Gleichseitige Lähmung des Halssympathicus bei unilateraler apoplectiformer Bulbärparalyse. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Paralysie bulbaire apoplectiforme unilatérale avec paralysie du sympathique cervical du même côté.

Homburger (A.). Weitere Erfahrungen über den Babinski'schen Reflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.)

Ingelrans (L.) et **Dubiquet** (G.). L'asphyxie des extrémités envisagée comme symptôme d'insuffisance rénale. (*Echo méd. du Nord*, 30 mars.)

Ioteyko (J.) et **Stefanowska** (M.). Anesthésie des nerfs sensitifs et moteurs. (*Journ. de neurol.*, 20 fév.)

Kedzior (L.). Zur chronischen ankylosierenden Wirbelentzündung. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 8 et 15 fév.) — L'inflammation chronique ankylosante du rachis.

Kölpin. Beitrag zur Kenntnis der inducirten Psychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 2.)

Lannois (M.) et **Pautet** (G.). De l'asymétrie de la mimique faciale d'origine otique en pathologie nerveuse. (*Rev. de méd.*, fév.)

León (J. de). Parálisis del nervio cubital y contractura consecutiva : mano en pinza. (*Rev. méd. del Uruguay*, janv.)

Lukács (H.). Der Trigeminus-Facialisreflex und das Westphal-Pilz'sche Phänomen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.)

Masoin (P.). Remarques sur la catatonie. (*Journ. de neurol.*, 20 fév.)

Mathis (C.). Trois cas de polynévrites palustres. (*Rev. de méd.*, fév.)

Mayet (L.). Les différentes formes mentales de l'ivresse alcoolique : ivresse normale, ivresses anormales, pseudo-ivresses pathologiques. (*Province méd.*, 15 fév.)

Meige (H.) et **Feindel** (E.). Les associations du torticolis mental. (*Arch. gén. de méd.*, fév.)

Mills (Ch. K.) et **Pfahler** (G. E.). Tumor of the brain localized clinically and by the Röntgen-rays, with some observations and investigations relating to the use of the Röntgen-rays in the diagnosis of lesions of the brain. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 fév.) — Tumeur du cerveau localisée cliniquement et à l'aide des rayons de Röntgen.

Pick (A.). Zur Psychopathologie der Neurasthenie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 2.)

Räcke. Statistischer Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 2.)

Ransohoff (A.). Ueber einen Fall von Erweichung im dorsalen Teil der Brücke. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 2.) — Ramollissement de la portion dorsale de la protubérance.

Raymond. Sur un cas de cancer vertébral. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

Sachs (B.). Scleroderma and sclerodactylia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 fév.)

Schupfer (F.). Sulle policlonie. (*Policlinico*, partie méd., IX, 3.)

Sölder (F. von). Der Corneo-mandibularreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.)

Spiller (W. G.). The sensory segmental area of the umbilicus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 fév.)

Stilling (H.). Ein Fall von Neuritis der Nn. Splanchnici. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.)

Talma (S.). Zur Kenntnis der Tympanitis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 fév.) — Un cas de tympanite [hystérique].

Verger (H.). Sur un cas de paralysie bulbaire asthénique d'Erb. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 fév.)

Winter (E.). Ueber secundäre Degeneration, nebst Bemerkungen über das Verhalten der Patellarreflexe bei hoher Querschnittsläsion des Rückenmarkes. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 2.) — La dégénérescence secondaire et l'état du réflexe rotulien dans la myélite transversale haut située.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Ravenel (M. P.). A case of tuberculosis of the skin following accidental inoculation with the bovine tubercle bacillus. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.) — Tuberculose de la peau, consécutive à l'inoculation accidentelle de la tuberculose bovine.

Rinehart (J. F.). Treatment of epithelial skincancers and sycosis non-parasitica with the X-ray. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er fév.)

Roux (J.). Forme fruste de la syphilis des centres nerveux. (*Lyon méd.*, 16 fév.)

Sorotchinsky (P.). Sur la simulation de la blennorrhagie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Strübing (P.). Ueber « Adiposis dolorosa » (Dercum) und das « œdème blanc et bleu » (Charcot). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 2.)

Van der Pöl (J.). Gonorrhœal infection of the prostate. (*Med. Record*, 22 fév.)

Walsham (H.). On the ultra-violet light from a rapid oscillation high-tension arc, for the treatment of skin diseases. (*Lancet*, 1er fév.) — La lumière ultra-violette provenant d'un courant de haute tension et à oscillations rapides comme moyen de traitement des maladies de la peau.

Warde (W.). 2 cases of prurigo simplex chronicus (Brocq). (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév.)

CHIRURGIE

Naumann (G.). Naagra ord om lefverkirurgi. (*Hygiea*, janv.) — Chirurgie du foie.

Ochsner (A. J.). Vermeidbare Appendicitis-Komplikationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 fév.) — Complications évitables de l'appendicite.

Oppenheim (A.). Lungenembolien nach chirurgischen Eingriffen, mit besonderer Berücksichtigung der nach Operationen am Processus vermiformis beobachteten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 fév.) — Embolies pulmonaires consécutives aux interventions chirurgicales, et surtout aux opérations sur l'appendice.

Perassi (A.). Le abilitazioni chirurgiche alla milizia. (*Policlinico*, partie chir., IX, 1-2.)

Petersen (W.). Ueber Aufbau, Wachstum und Histogenese der Hautcarcinome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — De l'épithélioma.

Phocas. Obstruction intestinale par péritonite tuberculeuse. (*Nord méd.*, 1er fév.)

Piperkov et **Tantilov**. Un cas de squirrhe de la main (en bulgare). (*Spis. na Sofiesk. médic. drouj.*, janv.-fév.)

Quénu et **Petit** (J.). Des sténoses cicatricielles du pylore consécutives à l'ingestion de liquides caustiques. (*Rev. de chir.*, janv. et fév.)

Rasumowsky (W.). Eine neue conservative Operation am Hoden. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 3.) — Une nouvelle opération conservatrice sur le testicule.

Reichard. Functionsherstellung durch Sehnenverpflanzung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 fév.) — Rétablissement des fonctions [des membres] par la greffe tendineuse.

Robinson (B.). Note on the distribution of the branches of the internal iliac artery and the zones of exsanguination resulting from its deligation. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Roncali (D. B.). Sull'ulcera perforante del piede e sulla sua cura collo stiramento dei plantari. (*Policlinico*, partie chir., IX, 3.)

Rose (E.). Der Wert meiner Exstirpationsmethode bei der Auslösung des Oberschenkels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 5-6.) — La valeur de mon procédé de désarticulation de la cuisse.

Rühl (W.). Ueber steile Becken-Tieflagerung bei Operationen an den Gallengängen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 fév.) — Abaissement profond du bassin dans les interventions sur les voies biliaires.

Sarytchev (I.). Des lésions traumatiques souscutanées du rein (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 3.)

Schlechtendahl (E.). Chloroformnarkose ohne Maske mittelst Kehlkopfkanüle. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 fév.) — Chloroformisation sans masque, à l'aide de canules laryngées.

Schröder (W. E.) et **Green** (F. R.). Phrenic nerve injuries; report of a case; anatomical and experimental researches and critical review of the literature. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Spiegel (S.). Ein künstlicher Oesophagus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 fév.) — Un œsophage artificiel.

Sticker (A.). Ueber den Krebs der Tiere, insbesondere über die Empfänglichkeit der verschiedenen Haustierarten, und über die Unterschiede des Tier- und Menschenkrebses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 3 et 4.) — Du cancer chez les animaux, en particulier de la réceptivité des diverses espèces domestiques, et des différences entre le cancer des animaux et celui de l'homme.

Taruffi (P.). Contributo alla chirurgia conservativa nelle operazioni del piede. (*Policlinico*, 22 fév.)

Taylor (J.). Remarks on appendicitis and its treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 8 fév.)

Terrier (F.) et **Gosset** (A.). Note sur la gastrostomie. (*Rev. de chir.*, fév.)

Thomas (P.). L'hématome sous-cutané du pénis. (*Province méd.*, 15 fév.)

Toussaint (H.). Déférentite phlegmoneuse blennorrhagique provoquée par la cure radicale d'une hernie inguinale. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

Vassiliev (V.). Traitement opératoire des hémorrhoïdes (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Verdier. Observations de péritonite par perforation intestinale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er fév.)

Wagner. Beitrag zur ambulanten Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen der unteren Extremitäten. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 fév.) — Traitement ambulatoire des affections articulaires tuberculeuses des extrémités inférieures.

Wenzel (C.). Der Circulärschnitt am Oberschenkel bei der operativen Behandlung der Varicen und des Ulcus cruris. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 fév.)

Wieting (J.). Die vertikale und die horizontale Extension bei Manipulationen am Becken und an den unteren Extremitäten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — L'extension verticale et horizontale dans les manœuvres pratiquées sur le bassin et sur les extrémités inférieures.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Noble (G. H.). Use of adhesive straps for the prevention of laceration of the perineum in forceps delivery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Emploi de bandelettes adhésives pour éviter les déchirures du périnée dans les applications de forceps.

Novy (B.). Primarni rakovina vejeovodu. (*Casopis lékaru ceskych*, 1er fév.) — Cancer primaire de l'ovaire.

Pincus (L.). Castratio mulieris uterina. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 fév.)

Reidhaar (L.). Ein Fall von Vagitus uterinus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 fév.)

Rosenstein (P.). Ueber Kraurosis vulvae. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Rubeska (V.). O upotrebeni kaucukovych balonu v porodnictvi. (*Casopis lékaru ceskych*, 4, 11 et 18 janv.) — Emploi de ballons de caoutchouc en obstétrique.

Scanzoni (C. von). Ueber die Dauerresultate bei conservirender Behandlung frühzeitig unterbrochener Extrauteringraviditäten in den ersten Schwangerschaftsmonaten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 3.) — Sur les résultats éloignés du traitement conservateur de la grossesse extra-utérine interrompue au cours des premiers mois.

Schauta (F.). Die Operation des Gebärmutterkrebses mittels des Schuchardt'schen Paravaginalschnittes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Traitement opératoire du cancer de l'utérus au moyen de l'incision paravaginale de Schuchardt.

Scholten (R.) et **Veit** (J.). Weitere Untersuchungen über Zottendeportation und ihre Folgen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 fév.) — Nouvelles recherches sur le transport des villosités et sur ses conséquences.

Seeligmann (L.). Zur Aetiologie und Therapie des Pruritus vulvae. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 fév.)

Smith (A. L.). A new and improved method of closing vesico-vaginal fistulae, with report of a case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 fév.) — Un nouveau procédé d'occlusion des fistules vésico-vaginales.

Solt. Ergotin als Prophylacticum und « Specificum » beim Wochenbettfieber. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — L'emploi de l'ergotine à titre de prophylactique et de « spécifique » de la fièvre puerpérale.

Stähler (F.). Vorderer Uterus-Scheidenschnitt nach Rühl bei einer Geburtskomplikation, bedingt durch tiefe Vaginaefixur mit Fibromyomenukleation und Cervixplastik. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 fév.) — Section utéro-vaginale antérieure d'après le procédé de Rühl pour accouchement compliqué chez une femme ayant subi la vaginofixation de l'utérus avec énucléation de fibromes et trachéloplastie.

Stolz (M.). Die Acetonurie in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbette, als Beitrag zur physiologischen Acetonurie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 3.) — L'acétonurie pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Tavel (E.). La résection du nerf honteux interne dans le vaginisme et le prurit de la vulve. (*Rev. de chir.*, fév.)

Thomas (G. C.). The after-histories of 100 cases of supra-vaginal hysterectomy for fibroids. (*Lancet*, 1er fév.)

Walter (Josephine). A case of non-surgical premature menopause. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Wernitz (J.). Zur Behandlung der Sepsis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 fév.) — Traitement des affections septiques [chez la femme].

PÉDIATRIE

Hochsinger (C.). Das sogenannte Drüsenfieber der Kinder. (*Wien. med. Wochensch.*, 8, 15 et 22 fév.) — De la fièvre dite ganglionnaire chez les enfants.

Hollopeter (W. C.). Cirrhosis of the liver as seen in children. (*Med. News*, 8 fév.) — Cirrhose du foie chez les enfants.

Joukovsky (V.). Péritonite par perforation chez un nouveau-né (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 2.)

Nordmann (A.). Ueber einen positiven, chemischen Befund bei Unverträglichkeit der Muttermilch. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Sur une réaction chimique du lait maternel mal toléré par le nourrisson.

Phillips (S.). Rheumatism as a cause of epistaxis in children. (*Lancet*, 22 fév.)

Qurin (A.). Beitrag zur Kenntnis der Lungenphthise im Säuglingsalter (mit Kasuistik). (*Münch. med. Wochensch.*, 11 fév.) — De la tuberculose pulmonaire chez les nourrissons.

Schweitzer (R.). Diagnostic du rhumatisme vertébral [chez les enfants] (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 2.)

Sommerfeld (P.) et **Caro** (W.). Zur Kenntnis der Ausnützung von Phosphor und Stickstoff bei reiner Milchernährung älterer Kinder. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 1-2.) — Utilisation du phosphore et de l'azote dans l'alimentation exclusive des enfants grandelets par le lait pur.

Springer (C.). Venaesectio bei Uraemie im Verlaufe der post-scarlatinösen Nephritis. (*Prag. med. Wochensch.*, 20 et 27 fév. et 6 mars.)

Veras (S.). Des cris nocturnes dans la coxalgie et le mal de Pott. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Villa (A.). La mobilità del fegato nel bambino. (*Pammatone*, VI, 1.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Gaudier. Un cas de mucocèle du sinus frontal. (*Echo méd. du Nord*, 23 fév.)

Guisez (J.). Trépanation des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal par la voie orbitaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

MacCoy (A. W.). A note on osteophytes of the nasal chambers. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Magnan. Traitement médical de l'otite moyenne purulente. (*Touraine méd.*, fév.)

Mayer (E.). Affections of the mouth and throat associated with the fusiform bacillus and spirillum of Vincent. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Affections de la bouche et de la gorge associées à la présence du bacille fusiforme et du bacille de Vincent.

Niel. Troubles génitaux et affections de la gorge et du larynx chez la femme. (*Marseille méd.*, 1er fév.)

Reissmann (R.). Ueber Pathologie und Therapie der Otitis externa. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 fév.)

Teweles. Ein Fall von Struma der Zungenwurzel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 fév.) — Un cas de goitre de la base de la langue.

Vues. Abcès mastoïdiens sous-périostés guéris par simple incision. (*Policlinique*, 15 fév.)

Vymola (K.). Prispevek ku therapii akutnich zanetu usnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 18 et 25 janv. et 1er fév.) — Contribution à la thérapeutique des otites aiguës.

Zwillinger (H.). Ueber die Beziehungen der hyperplastischen Rachentonsille zur Taubstummheit. (*Pest. med.-chir. Presse*, 16 et 23 fév.) — Des rapports qui existent entre l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée et la surdi-mutité.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Sabbatani (L.). Citrato e metafosfato sodico in rapporto alla funzione del calcio. (*Policlinico*, partie méd., IX, 3.)

Santillana. Abcès de fixation dans un cas d'infection générale de nature indéterminée. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, fév.)

Schmidt (A.). Beiträge zur Diätotherapie bei Magen- und Darmkrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 et 18 fév.) — Traitement diététique des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Siecke. Die Therapie des Scharlachs. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 3 fév.) — Traitement de la scarlatine.

Spolverini (L. M.). Sul metodo migliore per la cura ipodermica con lo iodio. (*Policlinico*, partie méd., IX, 3 et 4.)

Thieme (L.). Zur Behandlung der Lungenblutungen mit subkutanen Gelatineinjektionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 fév.) — Traitement des hémorrhagies pulmonaires par les injections sous-cutanées de gélatine.

Thomson (W. H.). Carbonate of creosote in pneumonia. (*Med. Record*, 1er fév.)

Torday (A. von). Ueber die Gebrauchsweise der practisch wichtigsten Serumarten und Impfstoffe. (*Pest. med.-chir. Presse*, 2 mars.) — Mode d'emploi des sérums et des vaccins.

Walger. Therapie mit specifischem menschlichem Rekonvalcscentenblutserum bei akuten Infektionskrankheiten. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 15 fév.)

Wenckebach (K. F.). Over de behandeling van septische endocarditis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 fév.) — Le traitement de l'endocardite septique.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Barret. Technique employée dans le service du professeur Bergonié pour le traitement du symptôme hémorrhagie utérine. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Bordier (H.). Mécanisme de l'action de l'arc électrique sur les tissus dans la photothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Destarac. Traitement des fibromes utérins par l'électricité. (*Languedoc méd.-chir.*, fév.)

Ferguson (G. B.). Recurrent carcinoma treated by the Röntgen-rays. (*Brit. Med. Journ.*, 1er fév.)

Larrivé (L.). Considérations sur quelques progrès en électrothérapie chirurgicale. (*Clinique gén. de chir.*, fév.)

Regnier (L.-R.) et **Didsbury** (H.). Nouveau procédé d'analgésie des dents à l'aide de l'électricité. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Strebel (H.). Die bisherigen Leistungen der Lichttherapie. (*Berlin. Klinik*, fév.) — Les progrès de la photothérapie.

Williams (F. H.). Röntgen-rays in medicine and surgery, as an aid in diagnosis and as a therapeutic agent. In-8°, 690 p. avec fig. Londres.

Zanietowski. O woltyizacyi w swietle najnowczych pogladow i doswiadczen wlasnych. (*Gaz. lekarska*, 25 janv.) — De la voltaïsation.

GÉNÉRALITÉS

Acta de la sesión publica inaugural que la Real Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona celebró en 30 de Enero de 1902. In-8°, 101 p. Barcelone.

Lacassagne (A.). La médecine d'autrefois et le médecin au vingtième siècle. (*Arch. d'anthropol. crim.*, fév.)

Laloy. L'évolution de la vie. In-18, 240 p. avec fig. Schleicher frères.

Roth (O.). Klinische Terminologie. 6e éd. In-8°, XXXVI-590 p. Berlin.

Salterain (J. de). La mortalidad de Montevideo, desde Diciembre de 1900 hasta Noviembre de 1901 (inclusive). In-16, 16 p. avec tableaux. Montévidéo.

22e ANNÉE. — N° 30. Vingt centimes le numéro. 23 JUILLET 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Clinique médicale. — M. le professeur L. Bard : L'anémie pernicieuse bothriocéphalique 241

Médecine pratique. — L'injection intraveineuse d'oxygène chez l'homme 243

Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Le microbe de la dysenterie épidémique. 244

Académie des sciences. — Etude expérimentale sur la rondelle réimplantée après trépanation chez le chien 244
Résistivités électriques de sérums sanguins pathologiques et d'épanchements séreux chez l'homme 244
Sur l'acide glycuronique dans le sang du chien 244

Société médicale des hôpitaux. — Pouls lent permanent par ischémie bulbaire 244
Myélite antérieure aiguë consécutive à un traumatisme 245

Société de biologie. — Sur l'évolution et le rôle phagocytaire de la cellule endothéliale dans les épanchements des séreuses 245
Rôle des anaérobies dans les cholécystites. 245
Des altérations globulaires au cours de l'ictère 245
Etudes sur la bactériolyse « in vitro » 245
Des moyens de défense de l'organisme dans la cholémie 245
Des lésions des ganglions rachidiens et des racines postérieures dans le tabes 245
Passage des bacilles tuberculeux, après ingestion, dans les chylifères et le canal thoracique 246

Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Hystérectomie abdominale avec « extrapéritonéalisation » du petit bassin 246
Tumeur congénitale du rein 246

Société de médecine interne de Berlin. — Sur les rapports existant entre la pommelière et la tuberculose humaine 246
Greffes tendineuses pour paralysie infantile. 246

Académie de médecine de Belgique. — Sur une maladie des ongles affectant les ouvriers « écharneurs de peaux » 246

Littérature médicale : *Publications françaises.* — Sur un cas de péritonite par propagation (sans perforation) survenue au cours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire. 246
Un cas de paronyxis tuberculeux d'inoculation 247

Publications allemandes. — Emploi du nitrate et du nitrite de potasse contre l'hypertension artérielle chronique 247
Contribution à l'étude des ruptures itératives de l'utérus 247
Un cas de tuberculose chez l'homme par inoculation de tuberculose bovine 248

Notes thérapeutiques. — La levure de bière dans le traitement des affections pulmonaires du vieillard 248
Traitement de la méningite tuberculeuse à la période prodromique par l'application répétée de vésicatoires sur le cuir chevelu 248
Le fil de lin comme matériel de suture et de ligature 248
L'oxymel scillitique dans le traitement de la coqueluche 248
Traitement électrolytique du xanthélasma .. 248

Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide glycuronique du sang du chien .... 244^{3}
Affections pulmonaires du vieillard .... 248^{1}
Anémie pernicieuse bothriocéphalique .... 241^{1}
Bacilles tuberculeux et leur passage dans les chylifères et le canal thoracique .... 246^{1}
Bactériolyse « in vitro » .... 245^{3}
Cellule endothéliale et son évolution dans les épanchements séreux .... 245^{1}
Cholécystites et anaérobies .... 245^{2}
Cholémie et moyens de défense de l'organisme .... 245^{3}
Coqueluche .... 248^{3}
Dysenterie épidémique et son microbe .... 244^{2}
Electrolyse du xanthélasma .... 248^{3}
Epanchements séreux et leur résistivité électrique .... 244^{3}
— — et rôle de l'endothélium desquamé .... 245^{1}
Fièvre typhoïde et péritonite par propagation .... 246^{3}
Fil de lin pour sutures et ligatures .... 248^{2}
Greffes tendineuses pour paralysie infantile. 246^{3}
Hématies des ictériques .... 245^{2}
Hémichorée .... 245^{1}
Hypertension artérielle chronique .... 247^{2}
Hystérectomie abdominale avec « extrapéritonéalisation » du petit bassin .... 246^{1}
Ictère et altérations globulaires .... 245^{2}
Ischémie bulbaire et pouls lent permanent .. 244^{3}
Levure de bière contre les affections pulmonaires du vieillard .... 248^{1}
Maladie des ongles chez les ouvriers écharneurs de peaux .... 246^{3}
Méningite tuberculeuse .... 248^{2}
Microbe de la dysenterie épidémique .... 244^{2}
Myélite antérieure aiguë d'origine traumatique .... 245^{1}
Nitrate et nitrite de potasse contre l'hypertension artérielle chronique .... 247^{2}
Oxygène en injections intraveineuses chez l'homme .... 243^{1}
Oxymel scillitique contre la coqueluche .... 248^{3}
Paralysie infantile .... 246^{3}
Paronyxis tuberculeux d'inoculation .... 247^{1}
Péritonite par propagation dans la fièvre typhoïde .... 246^{3}
Pouls lent permanent par ischémie bulbaire. 244^{3}
Ruptures itératives de l'utérus .... 247^{3}
Sérum sanguin et sa résistivité électrique dans divers états pathologiques .... 244^{3}
Tabes et lésion des ganglions rachidiens et des racines postérieures .... 245^{3}
Traitement de la coqueluche .... 248^{3}
— de la méningite tuberculeuse .... 248^{2}
— de la paralysie infantile .... 246^{3}
— de l'hypertension artérielle chronique .... 247^{2}
— des affections pulmonaires du vieillard .... 248^{1}
— du xanthélasma .... 248^{3}
Trépanation et sort de la rondelle osseuse réimplantée .... 244^{2}
Tuberculose humaine et ses rapports avec la pommelière .... 246^{1} 248^{1}
Tumeur congénitale du rein .... 246^{1}
Vésicatoires contre la méningite tuberculeuse au début .... 248^{2}
Xanthélasma .... 248^{3}

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants étrangers MM. Kossel (de Heidelberg) et Guareschi (de Turin).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bahia. — M. le docteur Anisio Circundes de Carvalho, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Ramiro Affonso Monteiro, démissionnaire.

M. le docteur Aurelio Rodrigues Vianna, professeur suppléant, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. A. Circundes de Carvalho.

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Wilhelm His (de Dresde), ancien professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. F. Müller.

Faculté de médecine de Barcelone. — M. le docteur Antonio González Prats est nommé professeur de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Paul F. Richter est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Bendix est nommé privatdocent de médecine interne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur K. Gerhardt, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le professeur E. Porro, directeur de la Maternité de Milan et sénateur du royaume d'Italie. — M. le docteur Matias Nieto y Serrano, marquis de Guadalerzas, président perpétuel de l'Académie royale de médecine de Madrid. — M. le docteur C. Reisz, ancien professeur de médecine interne à la Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur James Thomas Jelks, ancien professeur des maladies des organes génito-urinaires au College of Physicians and Surgeons de Chicago.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Assicot (L.). Contribution à l'étude des colobomes du nerf optique.

Audain (E.). Colique filarienne et varicocèle lymphatique.

Bachmann (P.). Du chondrome des os de la main chez les enfants.

Bertrand (M.). L'infantilisme dysthyroïdien.

Bourg (G.). Contribution à l'étude clinique de l'ostéosarcome de la clavicule.

Cesari (P.-A.). De l'acide picrique en dehors des brûlures.

Chabert (L.). Contribution à l'étude du pemphigus aigu.

Chédevergne (H.). De l'albuminurie symptomatique de l'infarctus rénal.

Chesnais (L.). Thyroïdites à bacilles d'Eberth.

Denobili (D.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques de l'orbite.

Fileux (L.). Des tumeurs malignes primitives de la vulve.

Gahinet (Y.). Les tumeurs botryomycosiques chez le cheval et chez l'homme.

Gérard (L.). Fractures du calcanéum.

Géraud (B.-C.-H.). Des complications de l'anus contre nature.

Grange (F.). Du traitement médical dans la péritonite tuberculeuse.

Gulbenkian (C.). Hallucination du moignon (pathogénie et traitement).

Hecquet (M.). Les accidents hépatiques dans la fièvre typhoïde.

Hovnanian (S.). Rupture de l'artère méningée moyenne sans fracture du crâne.

Jamet (R.). Les pyémies bénignes à détermination cutanée (pustules de Colles).

Janot (A.). Contribution à l'étude de la myocardite rhumatismale aiguë.

Lacombe (A.). La méthode épidurale.

Lavie (R.). De l'embryotomie rachidienne dans ses rapports avec l'incarcération fœtale.

Martin (Mlle C.). De l'action des bains dans les suites de couches.

Mayer (P.). Etude d'un symptôme différentiel de l'exanthème scarlatineux.

Mendelssohn (E.). Contribution à l'étude de la galactophorite.

Millot (P.). De quelques modifications apportées à la cure radicale des hernies inguinales chez l'homme (procédé de Bassini-Ferrari).

Miquel (J.). Les perforations graves de l'utérus au cours du curettage et de l'hystérométrie.

Perrin. Des amputations partielles du pied.

Poupault (E.). De la cystocèle inguinale.

Raisonnier (V.-G.). La zomothérapie dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants (procédé de Richet-Héricourt).

Roinet (P.). Etude sur les calculs de l'urèthre chez la femme.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Alessandri (R.). Osservazioni istologiche su di un caso di sarcoma involgente il nervo radiale. (*Policlinico*, partie chir., IX, 4.)

Bennecke (E.). Beitrag zur Anatomie der Gicht. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la goutte.

Carbone (T.). Un caso di atrofia acuta del fegato. (*Riforma med.*, 11 et 12 mars.) — Un cas d'atrophie aiguë du foie.

Dionisi (A.). Contributo alla patogenesi della bronco-polmonite. (*Policlinico*, 1er mars.)

Feinberg. Zur Lehre des Gewebes und der Ursache der Krebsgeschwülste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 mars.) — Contribution à l'étude de la structure et de l'étiologie des tumeurs cancéreuses.

Fütterer (G.). The origin of carcinoma of the stomach from chronic round ulcer of the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 mars.)

Gavalas (S. A.). Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la fièvre typho-palustre. (*Grèce méd.*, 21 mars et 1er avril.)

Gierke (E.). Ueber den Eisengehalt verkalkter Gewebe unter normalen und pathologischen Bedingungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 2.) — Sur la teneur en fer des tissus calcifiés à l'état normal et pathologique.

Glinski (L. K.). Zur Kenntnis der Dickdarm-Lymphosarcome. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 3.) — Les lymphosarcomes du gros intestin.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bashford (E. F.). Note on toxic and antitoxic action *in vitro* and *in corpore*. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.)

Böhtlingk (R. de). Des rapports quantitatifs de certaines substances azotées dans l'urine des animaux soumis au jeûne complet [2e mémoire]. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 1.)

Bowie (J. M.). The leucocytosis of scarlet fever and its complications. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.)

Dorland (A.). Sur la présence d'une substance pathogène dans l'urine des malades atteints d'orchite parasitaire. (*Lyon méd.*, 9 mars.)

Flick (L. F.). The implantation of the tubercle bacillus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 mars.)

Forssman (J.) et **Lundstrom** (E.). Sur la marche de la courbe d'antitoxine dans l'immunisation active contre le botulisme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Friedmann (F.). Die Altersveränderungen und ihre Behandlung; Grundriss einer Lehre von der Altersinvolution in ihren Beziehungen zur Physiologie, Pathologie und Therapie. In-8°, 247 p. Vienne. — Essai sur une théorie de l'involution sénile dans ses rapports avec la physiologie, la pathologie et la thérapeutique.

Halban (J.) et **Landsteiner** (K.). Ueber Unterschiede des fötalen und mütterlichen Blutserums, und über eine agglutinations- und fällungshemmende Wirkung des Normalserums. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 mars.) — Différences entre le sérum sanguin du fœtus et celui de la mère, et action inhibitrice exercée par le sérum normal sur l'agglutination.

MÉDECINE

Bard (L.). Recherches cliniques et expérimentales sur la pression des épanchements pleuraux. (*Rev. de méd.*, mars et avril.)

Barendrecht (K. H. J.). Aneurysma arteriovenosum in de fossa poplitea. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 mars.)

Barjon (F.) et **Cade** (A.). Sur l'interprétation de la formule cytologique des épanchements dans les séreuses, d'après plus de 100 examens. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, mars.)

Barringer (T. B.). A case of presenile or angiosclerotic gangrene precipitated by influenza. (*Med. Record*, 1er mars.)

Becker (E. W.). The report of a case of obliterative pericarditis with hepatic enlargement and ascites. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 mars.)

Beddard (A. P.) et **Pembrey** (M. S.). Hay's reaction for bile salts. (*Brit. Med. Journ.*, 22 mars.)

Boas (I.). Ueber Magensteifung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 mars.) — Contractions toniques du fond de l'estomac.

Bock (H.). Die Diagnose der Herzmuskelerkrankungen. In-8°, 54 p. Stuttgart. — Le diagnostic des affections du myocarde.

Bouveret (L.). Estomac biloculaire; tension extrême de la poche cardiaque; ponction. (*Lyon méd.*, 16 mars.)

Brancati (A.). Il delirio nella pneumonite crupale. (*Riforma med.*, 5, 6 et 7 mars.)

Bruneau (A.) et **Hawthorn** (E.). Note sur un cas d'association d'une méningite cérébro-spinale épidémique avec une méningite tuberculeuse. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Burt (S.). Pneumonia in the light of modern research. (*Med. Record*, 8 mars.)

Carrière (G.). Des éruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique. (*Touraine méd.*, mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Abbe (R.). Surgical complications of typhoid fever. (*Med. News*, 29 mars.)

Baginsky (A.). Ueber Scharlach-Nierenentzündung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 1-2.) — De la néphrite scarlatineuse.

Bellei (G.). A short contribution to the study of general infections produced by the staphylococcus aureus and by the streptococcus. (*Lancet*, 22 mars.)

Billet (A.). Contribution à l'étude du paludisme et de son hématozoaire en Algérie (Constantine); note préliminaire. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

De Grazia (F.). Die Serumdiagnose bei der Lungentuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 et 24 mars.) — Le séro-diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Del Vecchio (E.). La peste bubbonica; stato attuale delle conoscenze, con cenni sulla recente epidemia di Napoli. In-16, 72 p. avec fig. Naples.

Descos (A.). Fièvre typhoïde et granulie. (*Lyon méd.*, 16 et 23 mars.)

Dumas (R.). Au sujet de quelques modifications de l'excrétion urinaire provoquées par l'accès paludéen. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Allen (Ch. L.). Arteriosclerosis and the nervous system. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 mars.)

Baas (K.). Ueber das Centrum der reflektorischen Pupillenverengerung, und über den Sitz und das Wesen der reflektorischen Pupillenstarre. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 mars.) — Sur le centre et la nature du réflexe pupillaire.

Bayet (A.). Maladie de Friedreich et hérédo-syphilis. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Bechterev (V. von). Ueber operative Eingriffe bei Epilepsia choreica. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.)

Britto (V. de). O tabes dorsalis e a doutrina da especificidade. (*Brazil-medico*, 8, 15 et 22 fév. et 1er mars.)

Cappelletti (L.). Il trattamento famigliare dei malati di mente. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 1.)

Carrière (G.). La ponction lombaire contre les céphalées. (*Nord méd.*, 15 mars.)

Cassirer (R.). Ueber myogene Wirbelsteifigkeit (chronischer Rheumatismus der Rücken-, Hüft- und Schultermusculatur). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 et 17 mars.) — Sur la rigidité myogène de la colonne vertébrale (rhumatisme chronique de la musculature du dos, de la hanche et de l'épaule).

Claparède (E.). L'obsession de la rougeur, à propos d'un cas d'éreuthophobie. (*Arch. de psychol. de la Suisse rom.*, I, 3.)

Collins (J.). Tumors of the central nervous system; remarks on noteworthy cases. (*Med. Record*, 15 fév.)

Crocq (J.). Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Berliner (C.). Ueber spontane und Narbenkeloide. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er avril.) — Des kéloïdes spontanées et cicatricielles.

Bockhart (M.). Ueber die Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.) — Traitement de la leucoplasie bucco-linguale.

Bruusgaard (E.). Perifere flebiter under forløbet af sekundær syfilis. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.)

Doctor (E.). Ueber Pruritus localis nach internem Arsenikgebrauch. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 avril.) — Prurit local à la suite de l'usage interne de l'arsenic.

Fick (J.). Zur Kenntnis der weichen pigmentirten Nævi. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 3.)

Finger (E.). Ueber Folliculitis (Acne) exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi). (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 mars.)

Glück (L.). Ueber das sogenannte Profeta'sche Gesetz. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er mars.) — De la soi-disant loi de Profeta.

CHIRURGIE

Abell (I.). Treatment of tuberculosis of testicle and epididymis. (*Amer. Practitioner and News*, 1er avril.)

Allingham (H. W.). Some remarks upon « internal derangement » of the knee-joint, based upon 59 cases in which operation was performed. (*Lancet*, 15 mars.)

Baracz (R. von). Ein Vorschlag zur operativen Behandlung der Ischias. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er mars.)

Barker (A. E.). A short note on the surgical use of subcutaneous injections of carbohydrates in exhausting diseases, and as a preliminary to severe operations. (*Brit. Med. Journ.*, 29 mars.) — Sur l'emploi des injections sous-cutanées d'hydrates de carbone dans les maladies consomptives et avant les opérations graves.

Barth (A.). Ueber Brucheinklemmung des Processus vermiformis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.) — Pincement herniaire de l'appendice.

Bartholdy (K.). Fistula ani congenita. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.)

Beck (C.). Suturing the head of the humerus to the acromion in old subcoracoid dislocation. (*Med. News*, 1er mars.) — Suture de la tête de l'humérus à l'acromion pour luxation sous-coracoïdienne ancienne.

Becker (P.). Beiträge zur Kenntnis der Epiphysen-Osteomyelitis und deren Behandlung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.)

Bialy (F.). Ueber die Luxation des « os lunatum ». (*Thèse de Leipzig*.)

Borelius (J.). Zur Genese und klinischen Diagnose der polycystischen Degeneration der Nieren. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 4.) — Pathogénie et diagnostic de la dégénérescence polykystique des reins.

Bourget et **Roux**. La gastro-entérostomie (symptômes, diagnostic des rétrécissements du pylore, indications chirurgicales et manuel opératoire). In-8°, 68 p. avec fig.

Brook (W. F.). A new method of dealing with the peritoneum in operating for radical cure of umbilical and inguinal or femoral hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 1er mars.)

Bullard (W. D.). The treatment of internal hemorrhoids. (*Med. Record*, 29 mars.)

Bülow-Hansen. Ueber Sehnentransplantationen und Plastiken. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 4.) — Transplantations et autoplasties tendineuses.

Cahen (F.). Zur chirurgischen Behandlung des Kardiospasmus. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 mars.)

Caminiti (G.) et **Cesareo** (G.). Rendiconto del III reparto chirurgico (donne) del grande Ospedale civico di Messina [anno 1901]. In-8°, 15 p. Messine.

Carwardine (T.). The immediate position of the arm after removal of the breast for cancer. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — La position du bras après l'amputation du sein pour cancer.

Cole (L. G.). A new method of locating foreign bodies by means of the X-ray. (*Med. News*, 15 mars.) — Un nouveau procédé de diagnostic du siège des corps étrangers à l'aide des rayons de Röntgen.

Corson (E. R.). Bone cysts; a case in which the humerus was involved, with the X-ray and microscopic findings. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Kystes osseux.

Cousins (J. W.). Remarks on congenital cysts of the tongue. (*Brit. Med. Journ.*, 1er mars.) — Les kystes congénitaux de la langue.

Crépin (R.). Extraction, après radioscopie et radiographie, de fragments d'aiguilles dans la paume de la main et l'extrémité inférieure de l'avant-bras. (*Gaz. méd. de Picardie*, mars.)

Crile (G.). An experimental and clinical research on the temporary closure of the carotid arteries. (*Ann. of Surgery*, avril.)

D'Aiutolo (G.). Ancora della cifosi e della lordosi sternale. (*Riv. di ortoped. e terap. fisica*, janv.-mars.)

Davison (Ch.). Suture of the abdominal wall. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Suture de la paroi abdominale.

Deaver (H. C.). Finger amputations. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 mars.) — Amputations des doigts.

De Gaetano (L.). L'alcool acidificato con acido acetico nel trattamento delle ferite riunite per prima intenzione. (*Riforma med.*, 4 mars.)

Dobbertin. Ueber Fremdkörper in der Speiseröhre. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Les corps étrangers de l'œsophage.

UROLOGIE

Aubeau (A.). Prolapsus de l'urèthre chez une petite fille de huit ans; excision de la muqueuse prolabée; suture; guérison. (*Clinique gén. de chir.*, mars.)

Berger. Die Massage der Urethra. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.)

Ekehorn (G.). Ein neues Verfahren um grössere Defekte der Harnröhre durch Abwärtstransplantiren des Penis und des entsprechenden vorderen Teiles der Harnröhre zu schliessen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 4.) — Un nouveau procédé d'autoplastie pour pertes considérables de substance de l'urèthre.

Ferguson (A. H.). Median perineal prostatectomy; total removal of the prostate gland; 6 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 fév.)

Freudenberg (A.). Theorie und Praxis in der Bottini'schen Operation. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 4.)

Goldberg (B.). Bacteriuria vesicalis postgonorrhoica durch Bacterium lactis aërogenes. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 29 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Amann (J. A.). Die abdominale Totalexstirpation bei kompleter Uterusruptur. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 mars.)

Audibert (V.). Fibro-myome télangiectasique de l'utérus spontanément expulsé; ablation, hystérectomie vaginale consécutive, guérison. (*Marseille méd.*, 1er et 15 avril.)

Bayer (H.). Cervicalsegment und Contractio praevia; ein Vorschlag zur geburtshilflichen Nomenklatur. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 mars.)

Below (E.). Der Eileiter als Aufsauger von perimetritischen, peritonitischen und paranephritischen Ergüssen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 29 mars.) — La trompe de Fallope comme agent de résorption des exsudats périmétritiques, péritonitiques et paranéphritiques.

Bovée (J. W.). A contribution to the surgical treatment of laceration of the female perineum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Brickner (S. M.). A new symptom in the diagnosis of dystocia due to a short umbilical cord. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — Un nouveau signe caractéristique de dystocie par brièveté du cordon ombilical.

Chvojka. O gynaekologické masazi. (*Casopis lékaru ceskych*, 26 avril.)

Condamin (R.). Grossesse extra-utérine ovarienne datant de 8 ans. (*Lyon méd.*, 2 mars.)

Cook (G. W.). Some observations on the menopause. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Daniel (B.). Ueber den suprasymphysären Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 avril.) — De l'incision sus-pubienne transversale d'après le procédé de Pfannenstiel.

PÉDIATRIE

Alsberg (G.). Ueber Porencephalie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 1-2.)

Apert (E.). Les enfants retardataires; arrêts de la croissance et troubles du développement. In-16, 96 p. avec fig.

Bacaloglu. Les maladies observées à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris (pavillon des douteux) depuis le 1er mars jusqu'au 1er septembre 1900 (prophylaxie hospitalière; symptômes et traitement). (*Rev. de méd.*, janv., fév. et mars.)

Beck (C.). Zur Säuferleber im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 2.) — La cirrhose alcoolique chez les enfants.

Carrière (G.). Sur les vomissements hystériques chez l'enfant. (*Nord méd.*, 1er mars.)

Cotton (F. J.). Elbow fractures in children. (*Ann. of Surgery*, janv., fév. et mars.) — Fractures du coude chez les enfants.

Demooh (Ida). Genuine Schrumpfniere im Säuglingsalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.) — Le rein contracté vrai chez les nourrissons.

Esser (J.). Die Ruptur des Ductus arteriosus Botalli. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Arnsperger (H.). Zur Lehre von der Hyperkeratosis lacunaris pharyngis. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 mars.)

Bergengrün (P.). Ueber Prognose und Therapie der Kehlkopfschwindsucht. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 22 mars.) — Pronostic et traitement de la phtisie laryngée.

Brown (R. C.). Follicular tonsillitis. (*Med. Record*, 1er mars.)

Burnett (Ch. H.). Scarlatinous empyema of the anterior superior squamo-mastoid cells. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Chavasse. Difficultés du diagnostic de certaines complications cérébrales d'origine otique; cytologie du liquide céphalo-rachidien dans un cas d'abcès du cervelet. (*La Parole*, janv.)

Colombo (Ch.). La thérapie vibratoire dans l'ozène. (*Rev. internation. de thérapie physique*, 15 janv.)

Ferreri (G.). La chirurgie intra-tympanique dans les névroses d'origine otique. (*La Parole*, fév.)

Floderus (B.). Om betydelsen af hyperplastiska och tuberkulösa processer i farynxtonsillen. (*Hygiea*, mars, avril et mai.)

Freer (O. T.). The correction of deflections of the nasal septum with a minimum of traumatism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 mars.)

Hajek (M.). Warum recidiviren die Nasenpolypen? (*Wien. med. Presse*, 9 mars.) — Pourquoi les polypes du nez récidivent-ils?

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bensen (R.). Zur Behandlung der rheumatischen Herzaffectionen. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Traitement des cardiopathies rhumatismales.

Bullock (E. S.). A report on the use of antiphthisic serum T. R. (*Med. News*, 22 mars.)

Bum (A.). Handbuch der Massage und Heilgymnastik. 3e éd. In-8°, 456 p. avec fig. Vienne. — Manuel de massage et de gymnastique médicale.

Coleman (W.). Adrenal substance in the intestinal hemorrhage of typhoid fever. (*Med. News*, 29 mars.)

Cordier. Emploi des injections gazeuses en thérapeutique. (*Lyon méd.*, 23 et 30 mars.)

Corseri (C.). Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nei casi gravi di pustola maligna. (*Policlinico*, 1er mars.)

De Blasi (A.). Il bleu di metilene nella malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 23 mars.)

Ewing (J.). The present status of serumtherapy in typhoid fever. (*Med. News*, 29 mars.)

Gerlinger (P.). Bestimmung des freien Phosphors in Phosphoröl. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 5 avril.) — Dosage du phosphore libre dans l'huile phosphorée.

BACTÉRIOLOGIE

Arcangeli (U.) et **Fiocca** (R.). Reperto batteriologico in alcuni casi di osteomalacia umana; comunicazione preventiva. (*Policlinico*, 5 avril.)

Arloing (F.). Action de la mucidine sur les microbes aérobies et anaérobies. (*Province méd.*, 8 mars.)

Collina (M.). Ricerche sugli enzimi contenuti nelle culture filtrate di tetano. (*Gazz. degli Osped.*, 30 mars.)

Cozzolino (O.). Ueber die Vegetation von Bacterium coli commune in der Kuh-, Ziegen-, Eselin- und Frauenmilch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.) — Croissance du bacterium coli commune dans le lait de vache, de chèvre, d'ânesse et de femme.

Joseph (M.) et **Piorkowski**. Beitrag zur Lehre von den Syphilisbacillen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 et 31 mars.)

22e ANNÉE. — N° 31. Vingt centimes le numéro. 30 JUILLET 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — La digestion gastrique et intestinale et l'assimilation des substances albuminoïdes, par M. le docteur E. Schmoll 249

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Plaie double du cœur par balle de revolver, traitée avec succès par l'intervention chirurgicale 251
Emploi de la gélatine « per os » dans le traitement de l'hémophilie, de l'albuminurie et de la glycosurie 251
Académie des sciences. — Production du sommeil et de l'anesthésie générale et locale par les courants électriques 251
Sur le rôle de la rate dans la fonction hématolytique 252
Sur la présence de lécithine dans les végétaux 252
Variations de l'iode du sang 252
Les moustiques et la fièvre jaune à la Havane 252
Nature parasitaire (Oospora) de certaines dégénérescences calcaires de quelques néoplasies et de dystrophies spéciales du squelette 252
Société de chirurgie. — De la gastrostomie par le procédé de la torsion 252
Des interventions pour occlusion intestinale par calculs biliaires 252
Résultats éloignés de l'extirpation du rectum par voie abdomino-périnéale 253
Traitement de l'ectopie testiculaire 253
Néphrectomie pour kyste hydatique et cholécystotomie pour lithiase vésiculaire 253
Polype adénomateux de l'uretère, faisant saillie dans la vessie 253
De l'insuffisance de l'ouverture simple des abcès dans le traitement de l'appendicite 253
Société médicale des hôpitaux. — Boulimie pour les aliments carnés dans un cas de diabète azoturique 253
Le pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire 253
Gangrène de la bouche 254
Le signe d'Argyll-Robertson et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien 254
Les flux bilieux dans la cholémie familiale 254
Société de biologie. — Sur la leucolyse produite par l'hyperthermie expérimentale 254
L'urobilinurie dans la cholémie familiale 254
De la résistance du sang dans l'ictère 254
Injections intraveineuses de glycogène animal chez le lapin 255
Virulence du liquide céphalo-rachidien au cours de la méningite tuberculeuse 255
Urticaire et prurigo d'origine biliaire 255
Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets préventifs et curatifs du sérum antitétanique 255
Des variations de volume de la rate pendant la grossesse 255
Valeur sémiotique du réflexe d'accommodation binauriculaire 255

ETRANGER : *Académie de médecine de Belgique.* — Des lésions vasculaires du cerveau dans la paralysie générale 255

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Tétanos consécutif à des injections de sérum gélatiné 256
Un nouveau procédé d'opération du ptosis 256
Idiosyncrasie pour la feuille d'uva ursi 256
Les sozoiodolates dans le traitement des conjonctivites 256
L'extrait thyroïdien contre la dysménorrhée douloureuse 256
Un procédé sûr d'incision cutanée du sac lacrymal 256

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Adénome de l'uretère 253²
Albuminoïdes et leur assimilation 249¹
Altitude et son influence sur les chiens splénectomisés 255³
Anesthésie générale et locale par les courants électriques 251³
Appendicite 253²
Boulimie pour les aliments carnés dans le diabète azoturique 253³
Calculs biliaires et occlusion intestinale 252³
Cancer du rectum 253¹
Cholémie familiale et flux bilieux 254¹
— — et urobilinurie 254³
Conjonctivites 256²
Courants électriques et leur emploi pour l'anesthésie générale et locale 251³
Diabète azoturique et boulimie 253³
Digestion gastrique et intestinale et assimilation des albuminoïdes 249¹
Dysménorrhée douloureuse 256³
Ectopie testiculaire 253¹
Energie photochimique comparée de diverses sources lumineuses 252²
Fièvre jaune et moustiques 252²
Gangrène de la bouche 254¹
Gastrostomie par le procédé de la torsion 252³
Gélatine et son administration par la bouche 251³
Glycogène en injections intraveineuses 255¹
Grossesse et volume de la rate 255²
Hyperthermie expérimentale et leucocytose 254²
Ictère et état du sang 254³
Intoxication par l'uva ursi 256²
Iode du sang et ses variations 252¹
Kyste hydatique et lithiase vésiculaire 253²
Lécithine des végétaux 252¹
Leucocytose produite par l'hyperthermie expérimentale 254²
Liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse 255¹
— — et sa lymphocytose 254¹
Lithiase vésiculaire et kyste hydatique 253²
Matières ternaires et leur isolement dans les liquides animaux ou végétaux 252²
Méningite tuberculeuse et virulence du liquide céphalo-rachidien 255¹
Moustiques et fièvre jaune 252²
Occlusion intestinale par calculs biliaires 252³
« Oospora » comme cause de dégénérescence calcaire 252²
Paralysie générale et lésions vasculaires du cerveau 255³
Plaie double du cœur par balle de revolver 251²
Pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire 253³
Ptosis 256¹
Rate et son rôle dans la fonction hématolytique 252¹
Rate et son volume pendant la grossesse 255²
Réflexe d'accommodation binauriculaire 255³
Sac lacrymal et son incision 256³
Sang des ictériques 254³
— et variations de l'iode qu'il renferme 252¹
Sérum antitétanique 255²
— gélatiné et tétanos consécutif 256¹
Signe d'Argyll-Robertson et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien 254¹
Sozoiodolates contre les conjonctivites 256²
Testicule et destruction de la graisse 255³
Tétanos consécutif à des injections de sérum gélatiné 256¹
Thyroïdothérapie de la dysménorrhée douloureuse 256³
Traitement de la dysménorrhée douloureuse 256³
— de l'appendicite 253²
— de l'ectopie testiculaire 253¹
— de l'occlusion intestinale 252³
— des conjonctivites 256²
— des plaies du cœur 251²
— du cancer du rectum 253¹
— du kyste hydatique et de la lithiase vésiculaire 253²
— du ptosis 256¹
Urobilinurie et cholémie familiale 254³
Urticaire et prurigo d'origine biliaire 255¹
Uva ursi et phénomènes d'intolérance 256²

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Gaucher, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Fournier.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Gérard, agrégé, est nommé professeur de pharmacie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur A. Magnus-Levy, privatdocent à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Ernesto Tricomi, professeur à la Faculté de médecine de Messine, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Giuseppe Fasola, professeur extraordinaire de physiologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Caracas. — M. le docteur Juan Pablo Tamayo est nommé professeur de chirurgie.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Ernst Roos, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Alexander Bernstein est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires Ferdinando Massei (*laryngologie*); Vincenzo Cozzolino (*otologie et rhinologie*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Bailly-Salin (P.). Etat sanitaire de la ville de Sens (1850-1875; 1887-1901).

Bandelac de Pariente (A.). Des tares observées chez les rejetons de mères tuberculeuses.

Besnier (J.-M.-A.). Etude médico-légale sur les sévices de l'enfance.

Blancard (Ch.). Sur le rôle de l'amnios dans les malformations congénitales.

Brécy (M.). Les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie d'origine cérébrale.

Bredier (F.). Contribution à l'étude de certaines formes de pyélonéphrites au cours de la grossesse (pyélonéphrites latentes).

Brugnot (J.). Abolitionnisme et réglementarisme.

Cathelin (F.). Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires (recherches anatomiques, expérimentales et cliniques).

Chapelle. Etude chimique, physiologique et clinique sur l'hédonal, nouvel hypnotique du groupe des uréthanes.

Cointepas (H.). Etude sur les kystes sébacés et leur traitement (méthode de Vidal-Sergent).

Colombet (A.). De la médication arsénio-phosphorée organique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique.

Cormao (C.). Etude anatomo-pathologique et pathogénique sur le syndrome pellagreux.

Dumond (P.). Des déviations utérines consécutives à l'infection puerpérale.

Dussauze (C.). Du traitement des septicémies gazeuses par l'eau oxygénée.

Filderman. Le bain chaud; contribution à l'étude de sa physiologie thérapeutique.

Giboux (J.). La scarlatine à Paris dans les trente-sept dernières années.

Grosse (A.). Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail dans les grossesses compliquées de fibromes.

Humbert (Mlle M.). Contribution à l'étude des accidents saturnins chez les électriciens.

Inglessi (H.). L'hystérectomie vaginale sans pinces.

Jamet (J.). Des hallucinations dans la paralysie générale et de leurs rapports avec des lésions de la couche corticale sensorielle.

Klimowicz-Drzewina (Mlle M.). Contribution à l'étude des fausses contractures dans l'atrophie musculaire progressive.

Lansezeur (Y.). Etude démographique et sanitaire de la ville de Rennes (1832-1900).

Legrand (L.). Une esquisse du conflit entre la cellule et le milieu.

Lemaitre (G.). Essai sur les causes morales des maladies.

Leynia de la Jarrige (H.). Traitement des malformations nasales par la méthode Gersuny-Eckstein.

Makaroff (Mlle A.). Quelques considérations sur la métrite blennorrhagique et son traitement par les injections intra-utérines d'acide picrique.

Mendelssohn (M.). Recherches sur la thermotaxie des organismes unicellulaires.

Milliet (A.). De la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les hémorrhagies du névraxe.

Mirveaux (G.). Conséquences de la responsabilité médicale, au point de vue des réformes qu'elles appellent dans notre organisation judiciaire actuelle.

Mondin. Indications de l'opération de Bottini dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Moussault (L.). De la douleur à type hyperchlorhydrique dans le cancer de l'estomac.

Rémon. Des adhérences gastro-pancréatiques consécutives à l'ulcère de l'estomac.

Rousseau (H.). Le régime alimentaire des tuberculeux.

Schmitko (C.). Traitement du lupus érythémateux, en particulier par la photothérapie.

Steiner (I.). Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention.

Stroheker (H.). Les fibromes du ligament large (étude anatomo-clinique).

Tessier (G.). Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpéralité.

Thomas (C.). Contribution à l'étude des tumeurs tuberculeuses primitives des fosses nasales.

Trégouet (P.). De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques et dans quelques autres états infectieux (étude clinique).

Vève. Malformations et lésions dentaires chez les rachitiques.

Vignaud (M.). Historique de la paralysie générale.

Vignon (G.). Contribution à l'étude des intoxications alimentaires produites par les poissons.

Vurpas (C.). Contribution à l'étude des délires systématisés.

Wahlen (E.). Essai expérimental sur le mécanisme physique de l'oscillation thermique fébrile.

PHYSIOLOGIE

Barbèra (A. G.) et **Bicci** (D.). Contributo alla conoscenza delle modificazioni che il digiuno apporta negli elementi anatomici dei varii organi e tessuti dell'economia animale : glandola tiroide. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, janv.)

Beck (R.). Untersuchungen über den elektrischen Leitungswiderstand des Menschen. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 mars.) — Recherches sur la résistance électrique chez l'homme.

Bocci (B.). L'immagine visiva cerebrale, ovvero i nuovi orizzonti dell'ottica fisica. In-8°, 195 p. Rome.

Crispolti (C. A.). A proposito della stimolazione elettrica meccanica della « sfera corticale visiva ». (*Clinica moderna*, 26 mars.)

Grandis (V.) et **Copello** (O.). Studi sulla composizione chimica delle ceneri della cartilagine in relazione col processo di ossificazione. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 2.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Hektoen (L.). Notes on the absorption and incrustation of elastic fibers in giant cells. (*Journ. of Med. Research*, mars.)

Hesse (F.). Zur Kenntnis der Granula der Zellen des Knochenmarkes, bez. der Leukocyten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 2.) — Sur les granulations des cellules de la moelle osseuse et, en particulier, des leucocytes.

Kaiserling (C.) et **Orgler** (A.). Ueber das Auftreten von Myelin in Zellen und seine Beziehung zur Fettmetamorphose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 2.) — La formation de myéline dans les cellules et ses rapports avec la dégénérescence graisseuse.

Konstantinowitsch (W.). Zur Frage der Entstehung der Hyalinkörperchen bei Rhinosclerom. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 3.) — Sur la formation de corpuscules hyalins dans le rhinosclérome.

Le Count (E.). Cholesterin giant-cells. (*Journ. of Med. Research*, mars.)

Liebscher (C.). Ueber einen Fall von multipler, disseminirter Calcification zumal im Myocard, in der Leber und in der Milz. (*Prag. med. Wochensch.*, 17 et 24 avril.) — Un cas de calcification disséminée du myocarde, du foie et de la rate.

Maly (G. W.). Zur Histologie der Tumoren in der Zungenbeingegend. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 3.) — Histologie des tumeurs de la région hyoïdienne.

Meinel (A.). Ein Fall von Karzinom des Magens mit starker Entwicklung des elastischen Gewebes, und über das Verhalten dieses Gewebes im Magen bei verschiedenem Alter. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 mars.) — Un cas de cancer de l'estomac avec développement intense du tissu élastique; état de ce tissu dans l'estomac suivant l'âge des sujets.

MÉDECINE

Champeaux. Tableaux synoptiques d'exploration médicale des organes. In-8°, 184 p.

Chelmonski (A.). L'état du système nerveux chez les phtisiques et son influence sur le cours de la tuberculose. (*Rev. de méd.*, mars.)

Courmont (J.) et **Arloing** (F.). Sur la cytologie des épanchements pleuraux. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, mars.)

Deléarde et **Hautefeuille**. Note sur la diazoréaction d'Ehrlich. (*Echo méd. du Nord*, 9 mars.)

Duckworth (Sir D.) et **Garrod** (A. E.). A contribution to the study of intestinal sand, with notes on a case in which it was passed. (*Lancet*, 8 mars.) — Contribution à l'étude du sable intestinal.

Edsall (D. L.). Concerning the benzoyl esters of the urine in diabetes mellitus, and the clinical significance of an excess of glycuronic acid. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

Espezel. Des hémorrhagies spontanées des voies respiratoires et digestives supérieures, simulant l'hémoptysie; diagnostic et traitement. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Figenschau (K.). Leukocytose ved den croupöse pneumoni. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.)

Foster (M. G.). Membranous colitis. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Frenkel (H.). La réaction de Hay [au lieu de Haycraft] pour la recherche des acides biliaires. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Froussard. Lavage de l'intestin; instrumentation, physiologie, contre-indications et indications. In-12, 50 p. Colombes.

Fuhs (Flora C.). A new test for albumin. (*Med. Record*, 8 mars.) — Un nouveau procédé de recherche de l'albumine [dans les urines].

Gordon (W.). Posture and heart murmurs. (*Brit. Med. Journ.*, 15 mars.) — La position du corps et les bruits du cœur.

Grober (J. A.). Zur Statistik der Pleuritis. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 8 mars.)

Gumprecht. Erfahrungen über Konservirung von Sedimenten für die klinische Mikroskopie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 19 avril.)

Herter (C. A.). Lectures on chemical pathology in its relation to practical medicine. In-8°, 478 p. Londres.

Hirschfeld (H.) et **Alexander** (W.). Ein bisher noch nicht beobachteter Befund bei einem Fall von acuter (myeloider?) Leukämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 mars.)

Jaquet (A.). Ueber die Stokes-Adams'sche Krankheit. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 2.)

Przewalski (B.). Ein sehr frühes Symptom der Pleuritis exsudativa. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 5 avril.) — Un signe très précoce de la pleurésie avec épanchement.

Recchi (G.). Eritema polimorfo nel corso di una polmonite crupale. (*Gazz. degli Osped.*, 16 mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Dana (Ch. L.). Intermittent claudication (intermittent limping), due to obliterating arteritis. (*Med. Record*, 22 fév.)

Dercum (F. X.). Two cases of adiposis dolorosa, one in a man, complicated by epilepsy, another in a woman, presenting also circinate retinitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er mars.) — Deux cas d'adipose douloureuse, dont l'un, compliqué d'épilepsie, chez un homme, et l'autre, coexistant avec une rétinite circinée, chez une femme.

Finkelnburg (R.). Ueber Rückenmarksveränderungen bei Hirndruck. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — Les altérations de la moelle épinière dans la compression cérébrale.

Fisher (E. D.). Cerebral apoplexy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 mars.)

Gavazzeni (S.). Un caso di sclerosi tuberosa ipertrofica della corteccia cerebrale con idiozia. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 2.)

Grasset. Anatomie clinique des centres nerveux. 2e éd. In-16, 100 p. avec fig.

Haskovec (L.). Akathisie. (*Sbornik klinicky*, III, 3.)

Heldenbergh (C.). La contraction paradoxale de Westphal et le réflexe plantaire combiné ou paradoxo-normal. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

Hensen (H.). Ueber Meningomyelitis tuberculosa. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.)

Hoffmann (F. A.). Ueber hypophrenische Schmerzen und Neurose des Plexus coeliacus. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 fév.) — Les douleurs subphréniques et les névroses du plexus cœliaque.

Idelsohn (H.). Ein Beitrag zur Frage über « infantile Tabes ». (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.)

Ioteyko (Mlle J.) et **Stefanowska** (Mlle). Analyse des mouvements et de la sensibilité dans l'anesthésie par l'éther. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

Kaplane (Y.) et **Fédotov** (A.). Adipose douloureuse (maladie de Dercum) (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 6.)

Kohnstamm (O.). Die centrifugale Leitung im sensiblen Endneuron. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — La voie centrifuge dans le neurone sensitif terminal.

Kollarits (J.). Der myasthenische Symptomencomplex. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 2.)

CHIRURGIE

Dunn (J. T.). Skin grafting, with report of case. (*Amer. Practitioner and News*, 15 mars.) — Greffes cutanées.

Eccles (W. McAdam). Hernia; etiology, symptoms, treatment. 2e éd. In-8°, 250 p. Londres.

Ekehorn (G.). Ueber den Mechanismus des Darmverschlusses durch das adhärente Meckel'sche Divertikel. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 4 et XXXV, 1.) — Sur le mécanisme de l'occlusion intestinale par adhérence du diverticule de Meckel.

Engelman (G.). Ueber die Technik des modellierenden Redressements des Klumpfusses und der Fixationsverbände. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 mars et 5 avril.) — Technique du traitement du pied bot.

Evans (S. M.). A fatal case of gangrenous appendicitis without one cardinal symptom in the course of the disease. (*Med. Record*, 29 mars.) — Un cas mortel d'appendicite gangreneuse ayant évolué sans donner lieu à aucun signe caractéristique.

Féré (Ch.) et **Papin** (E.). Fractures symétriques et ignorées des clavicules. (*Rev. de chir.*, mars.)

Finck (J.). Die tuberkulöse Spondylitis und die Ausgleichung des Pott'schen Buckels. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 5 avril.) — La spondylite tuberculeuse et le redressement de la gibbosité dans le mal de Pott.

Finkelstein (B.). Des plaies pénétrantes de l'abdomen par instruments piquants et tranchants (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 et 23 mars.)

Fiori (P.). La frattura dell'epicondilo destro. (*Gazz. degli Osped.*, 23 fév.)

Folet (H.). Restauration ostéogénique d'une phalangette. (*Echo méd. du Nord*, 9 mars.)

Freeman (L.). An operation for spina bifida, with report of a successful case. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 mars.)

Frommer (A.). Knochenkohle als Ersatz für Jodoform. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 mars.) — La cendre d'os substituée à l'iodoforme.

Fuchsig (E.). Ueber traumatische Lipämie. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 3.)

Funke. Pterygium colli. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.)

Gage (H.). Abdominal contusions associated with rupture of the intestine. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Giani (R.). A proposito di un caso di macrodactilia lipomatosa associata a pseudo-ipertrofia del nervo mediano. (*Clinica moderna*, 5 mars.)

Giordano (E.). Proposta di una modifica al processo di resezione epatica in un tempo con trattamento extraperitoneale del moncone. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 fév.)

Girard (H.). Trois cas d'hépatite suppurée nostras épidémique. (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

Grohé (B.). Weiterer Beitrag zur Nierenchirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Contribution à la chirurgie rénale.

Hagenbach (E.). Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Sacro-coccygealtumoren. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Tumeurs sacro-coccygiennes congénitales.

Hägler (C. S.). Zur Beurteilung der accidentell-traumatischen Hernien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.)

Halstead (A. E.). Intestinal obstruction from Meckel's diverticulum. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Hertle (J.). Ueber stumpfe Verletzungen von Strumen. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 3.) — Sur les contusions des goitres.

Hildebrandt. Beobachtungen über Artillerie-Verletzungen im Boerenkriege. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXV, 4.) — Les lésions produites par les pièces d'artillerie dans la guerre du Transvaal.

Hoffa (A.). Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. 4e éd. In-8°, 956 p. avec fig. Stuttgart.

Holländer (E.). Carcinom und Hautveränderungen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 26 avril.) — Cancer et altérations cutanées.

Hubbard (J. C.). Meckel's diverticulum patent at the navel. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Diverticule de Meckel s'ouvrant dans l'ombilic.

Huber (A.). Ueber chirurgische Hilfe bei Magenkrankheiten. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — De l'intervention chirurgicale dans les maladies de l'estomac.

Huntington (T. W.). A new method of dealing with bowel perforations communicating with pelvic abscesses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 mars.) — Un nouveau procédé de traitement des perforations intestinales communiquant avec des collections pelviennes.

Ingalls (H. A.). On splanchnoptosis and its surgical treatment, with report of a case. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Israelson (L.). Ueber Operationen unter regionärer Cocain-Anästhesie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 15 mars.)

UROLOGIE

Gräfe (M.). Ueber einen Fall von grossem Blasenstein, nebst Bemerkungen zur Behandlung der chronischen Pyelitis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 mars.) — Gros calcul vésical; remarques sur le traitement de la pyélite chronique.

Kolischer (G.). Traumatische Granulome der weiblichen Blase. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 mars.) — Granulomes vésicaux d'origine traumatique chez la femme.

Kone (L.). Tuberculose de la vessie et de la prostate (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 6.)

Lindenthal (O. T.). Ein Beitrag zur Kenntnis des bullösen Oedems der Harnblase. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Œdème bulleux de la vessie.

Marcuse (B.). Ueber Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Gonorrhoe. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 3.)

Murphy (J. B.). The prostate. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 et 29 mars.)

Perlis (W.). Zur Ureterenchirurgie (2 Uretero-ureterorrhaphiae transversae). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

OPHTALMOLOGIE

Ahlström (G.). Om ptosis och ptosisoperationer. (*Hygiea*, avril.)

Aubineau (E.). Dacryoadénite à forme subaiguë de nature syphilitique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 mars.)

Badal. Cataracte et tétanie. (*Clinique ophtalmol. de Bordeaux*, avril.)

Cabannes (C.). Sur un cas d'hémorrhagie spontanée du corps vitré, avec quelques considérations relatives à la valeur pronostique de la tension oculaire et de la forme de la pupille dans les hémorrhagies vitréennes en général. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 mars.)

Corda (G.). Il permanganato di potassa nella cura della blenorrea neonatorum e della congiuntivite blenorragica dell'adulto. (*Clinica moderna*, 19 mars.)

Dianoux. De l'énucléation chez les enfants; ses inconvénients; un procédé à lui substituer. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 mars.)

Goldzieher (W.). Beiträge zur Therapie des Trachoms. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er mars.)

Hirschberg (J.). Eine ungewöhnliche Star-Operation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 mars.) — Une opération insolite de cataracte.

Kallistratov (P.). Traitement du trachome par l'ichtyol (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Davis (E. P.). Retroversion and retroflexion of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Devillers. Un cas de superfétation. (*Gaz. méd. de Picardie*, mars.)

Dienst (A.). Neuere Untersuchung über das Wesen der Eclampsie, und Gesichtspunkte über die Behandlung der Krankheit. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 19 mars.) — Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'éclampsie.

Dobbert (T.). 60 Fälle in frühen Entwicklungsstadien unterbrochener Tubenschwangerschaften. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.) — 60 cas de grossesse tubaire interrompue au cours de la première période.

Doléris (J.-A.). Métrite et fausses métrites. In-8°, 588 p. avec fig. A. Maloine.

Dudley (E. C.). End-to-end approximation of the broad ligaments, and other points of technique in abdominal hystero-myomectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 mars.) — Suture des ligaments larges bout à bout, et autres points techniques de l'hystéro-myomectomie abdominale.

Dützmann (M.). Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei eitrigen Processen im Genitalapparat der Frau, ein diagnostisches Hilfsmittel in der Gynäkologie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 avril.) — Le nombre des globules blancs dans le sang en cas de suppurations des organes génitaux chez la femme.

Ephraim (A.). Ueber die endonasale Behandlung der Dysmenorrhoe. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 8 et 12 mars.) — Traitement intra-nasal de la dysménorrhée.

Fellenberg (R. von). Ueber den suprasymphysären Bogenschnitt nach Küstner. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 avril.) — De l'incision suspubienne arciforme d'après le procédé de Küstner.

Findley (P.). Anatomy of the menstruating uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Frank (L.) et **Köhler** (H.). Gonococcal peritonitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Gärtner (F. W.). An experimental investigation of puerperal pyæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Gottschalk (S.). Eine besondere Art seniler, hämorrhagischer, leukocytärer Hyperplasie der Gebärmutterschleimhaut. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.) — Une variété particulière d'hyperplasie sénile, hémorrhagique, leucocytaire de la muqueuse utérine.

Häckel (H.). Ueber Tubenbauchdeckenfisteln. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Des fistules tubo-abdominales.

Heinsius (F.). Ueber tubare Einbettung des menschlichen Eies. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Sur la fixation de l'ovule humain dans la trompe.

Kaijser (F.). Ett fall af betydligt stort myoma uteri. (*Hygiea*, avril.)

Kessler (L.). Myom und Herz. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 1.) — Fibromes utérins dans leurs rapports avec le cœur.

Kien (G.). Ueber die Entstehungsweise der Recto-vaginal-Rupturen bei spontaner Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Mécanisme des déchirures de la cloison recto-vaginale dans l'accouchement spontané.

Kleinhans (F.). Ueber eine seltene Indication zur supravaginalen Amputation des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Sur une indication rare de l'amputation sus-vaginale de l'utérus.

Kreutzmann (H. J.). The uniform principle in performing operations for lacerated perineum, cystocele, rectocele and prolapse. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

PÉDIATRIE

Estor (E.). La hernie étranglée chez le nourrisson (depuis la naissance jusqu'à l'âge de deux ans). (*Rev. de chir.*, mars et avril.)

Figueira (F.). Semiotica das convulsões na infancia. (*Brazil-medico*, 22 mars.)

Flachs. Praktische Gesichtspunkte zur Säuglingsernährung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.) — Considérations pratiques sur l'alimentation des nourrissons.

Gaus (F.). Ueber Nahrungsausnutzung des Neugeborenen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 2.) — De l'assimilation chez les nouveau-nés.

Goodall (E. W.). Observations on intubation of the larynx. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.)

Iovane (A.). Ricerche sperimentali sulla cirrosi alcoolica del fegato nella prima età. (*Pediatria*, fév. et mars.)

Jennings (W. B.). The use of ichthyol in chronic bronchitis of children. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, avril.)

Kobrak (E.). Ueber Sterilisation von Säuglingsmilch bei möglichst niedrigen Temperaturen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 mars.) — Stérilisation du lait à des températures aussi peu élevées que possible.

Lenoble (E.) et **Aubineau** (E.). Volumineuse tumeur cérébrale de nature tuberculeuse observée chez un enfant de cinq ans et demi. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er mars.)

Lewkowicz (X.). Ueber die Aetiologie der Gehirnhautentzündungen und die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunction. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 3.) — L'étiologie des inflammations des méninges cérébrales et la valeur diagnostique de la ponction lombaire.

Meirelles (Z.). Do vomito nas creanças; diagnostico e tratamento. (*Brazil-medico*, 8, 15 et 22 janv.)

Mohr (T.). Et tilfælde af symphysis pericardii med levercirrhose hos et 13-aars barn. (*Ugeskrift for Læger*, 25 avril et 2 mai.)

TÉRATOLOGIE

Breton (E.). Accouchement laborieux d'un monstre hydrocéphale et ectromèle. (*Echo méd. du Nord*, 2 mars.)

Costa Ferreira (A. A. da). Uma anomalía rara (breve noticia de um caso de duplicidade rolandica). (*Instituto de Coimbra*, juin.)

Darnall (W. E.). Congenital dextrocardia. (*Med. News*, 8 mars.)

Hengge (A.). Ein Beitrag zum Hermaphroditismus beim Menschen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Kellner (B. O.). Ein Fall von Hermaphroditismus lateralis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 janv.)

Luochi (A.). Considerazioni sopra un caso di destrocardia congenita a forma rara. (*Riforma med.*, 21 et 22 mars.)

Mendez (J.). Oclusión del orificio auriculo-ventricular derecho por lesión fetal. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Neugebauer (F.). Ein interessanter Fall von zweifelhaftem Geschlecht eines erwachsenen als Frau verheirateten Scheinzwitters. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 fév.) — Un cas intéressant de sexe douteux chez un pseudo-hermaphrodite adulte, marié comme femme.

Perthes (G.). Ueber Spalthand. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.) — La bifurcation de la main.

Weissbart (M.). Ein männlicher Scheinzwitter (Pseudo-Hermaphrodismus masculinus externus). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Hammerschlag (V.). Die acuten Erkrankungen des Warzenfortsatzes und ihre chirurgische Behandlung. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 et 22 fév., 1er, 8, 15, 22 et 29 mars.) — Sur les affections aiguës de l'apophyse mastoïde et leur traitement chirurgical.

Jousset (A.). Pathologie de l'amygdale linguale. (*Nord méd.*, 15 mars.)

Mink (P. J.). Een geval van shock bij intranasale behandeling. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 janv.)

Nöbel. Zur Methodik der lokalen Anästhesie in den oberen Luftwegen. In-8°, 16 p. Halle. — Technique de l'anesthésie locale des voies respiratoires supérieures.

Richards (G. L.). Empyema of the frontal sinus; some observations on its treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Röpke (F.). Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege. In-8°, 147 p. Wiesbaden. — Les maladies professionnelles de l'oreille et des voies respiratoires supérieures.

Rousselot. La parole avec un larynx artificiel. (*La Parole*, fév.)

Royet (H.). Nécrose de l'apophyse mastoïde consécutive à une otite aiguë; extraction du séquestre par le conduit auditif. (*La Parole*, janv.)

Shambaugh (G. E.). The diagnosis of latent frontal sinuitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Somers (L. S.). Urticaria of the upper respiratory tract. (*Med. News*, 8 mars.) — Urticaire des voies respiratoires supérieures.

Struycken (H. J. L.). Een poging ter juiste bepaling en uitdrukking der gehoorscherpte. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 mars.) — Sur l'acuité auditive.

Urbantschitsch (V.). Exercices acoustiques méthodiques dans la surdi-mutité. (*La Parole*, janv.)

HYGIÈNE

Giglioli (G.). Le malattie del lavoro; note di patologia e d'igiene. In-16, 478 p. avec fig. Rome.

Nötel. Ueber ein Verfahren zum Nachweis von Pferdefleisch. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 3.) — Un procédé pour reconnaître la viande de cheval.

Raynaud (L.). Alcool et alcoolisme au Maroc. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Reichenbach (H.). Versuche über Formalindesinfection von Eisenbahnwagen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 3.) — Essais de désinfection des wagons de chemins de fer par le formol.

Schilling (F.). Hygiene und Diätetik des Darmes. In-8°, 152 p. avec fig. Leipzig. — Hygiène de l'intestin.

Schüder. Ueber das Hünermann'sche Verfahren der Wasserdesinfection, nebst Bemerkungen über die bei der Prüfung derartiger Desinfectionsmittel anzuwendenden Untersuchungsmethoden. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 3.) — La désinfection des eaux d'après le procédé de Hünermann.

Wood (F. M.). The various methods of vaccination and their results, with a suggestion as to best methods. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 mars.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Audiffrent. Quelques considérations sur l'infanticide. (*Arch. d'anthropol. crim.*, janv.)

Brouardel (P.). Les empoisonnements criminels et accidentels. In-8°, 538 p. avec fig.

Drago (S.). Contributo alle alterazioni dei centri nervosi nell'avvelenamento da pirogallolo. (*Gazz. degli Osped.*, 9 mars.)

Fischer (B.). Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftungen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 3.) — Etiologie des intoxications par les viandes.

Garnier (P.). L'amnésie au point de vue médico-légal; affaire Dussollier. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Lacour (P.). Empoisonnement collectif et accidentel par le plomb. (*Lyon méd.*, 2 fév.)

Levi (V.). Interdizione per paranoia. (*Policlinico*, 29 mars.)

Magnanimi (R.). Sul punto di congelamento del sangue a varia epoca dalla morte; nota preventiva. (*Policlinico*, partie méd., IX, 5.)

Mann (J. D.). Forensic medicine and toxicology. 3e éd. In-8°, 704 p. Londres.

Ménier (C.) et **Monnier** (U.). Recherches expérimentales sur quelques agaricinés à volve (amanites et volvaire). (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 et 29 mars.)

Perrando (G.). Alterazioni istologiche della tiroide nei feti sifilitici e non vitali. (*Gazz. degli Osped.*, 2 mars.)

Placzek. Eine neue Lungenprobe. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 fév.) — Un nouveau procédé de docimasie pulmonaire.

Simoes (A.). Do magnetismo animal e suas diversas manifestações nas relações medicolegaes. (*Brazil-medico*, 1er mars.)

Weymann (M. F.). The identification of criminals through the fundus of the eye. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 fév.) — L'étude du fond de l'œil comme moyen d'établir l'identité des criminels.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Greenley (T. B.). Modified treatment of typhoid fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 mars.)

Heiduschka (A.). Untersuchungen über Phosphorleberthran. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.) — Recherches sur l'huile de foie de morue phosphorée.

Hondo (T.). Zur Frage der Substitution des Chlors durch Brom. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 mars.)

Hughes (D. E.) et **Lovelace** (Elizabeth). The use of methylene blue as a sedative. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 mars.)

Illoway (H.). The importance of proper dietary regimen in the treatment of chronic heart affections, and an attempt to formulate some rules therefor. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — L'importance du régime alimentaire dans le traitement des cardiopathies chroniques.

Ivanov (S.). Le bleu de méthylène dans le traitement de la malaria (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mars.)

Jürgensen (Ch.). Nogle fragmenter til den hygiejniske, særligt den diætetiske terapis praxis. (*Hospitalstidende*, 12, 19 et 26 fév.)

Kernig (V.). La valeur de la quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde et de quelques autres maladies (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, mars.)

Lenné. Zur Behandlung des Diabetes mellitus. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 15 mars.) — Traitement du diabète sucré.

Mayor (A.). Les dérivés de la morphine utilisés en thérapeutique; étude pharmacodynamique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov. et déc. 1901; fév. et mars.)

Miwa (Y.). Beiträge zur Geschichte der Gelatine als Hämostaticum. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er mars.)

DÉONTOLOGIE

Fromme. Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. (*Berlin. Klinik*, mars.) — La situation juridique du médecin et le devoir du secret professionnel.

Kühner (A.). Der Arzt vor Gericht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 20 et 24 fév.) — Le médecin devant les tribunaux.

Le Gendre (P.) et **Lepage** (G.). Le médecin dans la société contemporaine; conférences de déontologie. In-16, 222 p.

Moll (A.). Aerztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit. In-8°, 650 p. Stuttgart. — Les devoirs professionnels du médecin.

Moureau (H.) et **Lavrand**. Le médecin chrétien; leçons pratiques de déontologie médicale. In-8°, 304 p.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Bachmann. Die geschichtliche Entwickelung des Neugalenismus und die Lungentuberkulose im Lichte derselben. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 6, 10, 13, 17 et 20 mars.) — L'évolution historique du néogalénisme et la tuberculose pulmonaire envisagée au point de vue de cette doctrine.

Banks (Sir W. M.). A brief history of the operations practised for cancer of the breast. (*Brit. Med. Journ.*, 4 janv.) — Note historique sur les opérations pour cancer du sein.

Bonandi (S.). Cenni sulla storia della medicina e considerazioni nuove. In-8°, 134 p. Bologne.

Pergens (E.). Les conceptions ophtalmologiques personnelles de Rhazes dans le Hawi. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Siebold (C. J. von). Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe. 2e éd. T. II. In-8°, 802 p. Tubingue. — Essai d'une histoire de l'obstétrique.

22e ANNÉE. — N° 32. Vingt centimes le numéro. 6 AOUT 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES (douzième session tenue à Grenoble du 1er au 7 août 1902). — Des tics en général ... 257
Des états anxieux dans les maladies mentales ... 260
MÉDECINE PRATIQUE. — L'examen microscopique de l'écoulement uréthral comme moyen de dépister la simulation de la blennorrhagie ... 262
Un procédé simple et exact de délimitation de l'estomac ... 262
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'appendicite ... 263
Sur une nouvelle forme de la sensibilité tactile : la trichesthésie ... 263
Société de chirurgie. — Spina-bifida traité par la cure radicale, sans hydrocéphalie secondaire ... 263
Ligature de la veine axillaire ... 263
Corps étranger ayant séjourné dix ans dans l'estomac ... 263
Ablation abdomino-périnéale du rectum, suivie de guérison ... 263
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Recherches sur les diverses espèces de streptocoques et sur un nouveau sérum antistreptococcique ... 263
Transfusion de sang pour anémie pernicieuse ... 264
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Quelle sorte de viande peut-on permettre aux malades atteints de néphrite? ... 264
Emploi de l'extrait surrénal dans la pratique urologique ... 264
La valeur du « Viburnum prunifolium » dans le traitement des avortements ... 264
Traitement de la diarrhée infantile par le sulfate de quinine ... 264
Un nouveau procédé de traitement de la mort apparente du nouveau-né ... 264
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Affections rénales et régime carné ... 264¹
Anémie pernicieuse ... 264¹
Anévrysme cirsoïde de la région pariétale .. 263³
Anxiété dans les maladies mentales ... 260²
Appendicite et sa pathogénie ... 263¹
Avortements ... 264²
Blennorrhagie et sa simulation ... 262³
Cancer du rectum ... 263³
Corps étranger de l'estomac ... 263²
— — de l'œsophage ... 263³
Délimitation de l'estomac ... 262³
Diarrhée infantile ... 264³
Mort apparente du nouveau-né ... 264³
Opothérapie surrénale en urologie ... 264²
Perforation du sinus longitudinal supérieur . 263³
Sensibilité spéciale des poils ... 263¹
Sérum antistreptococcique ... 263³
Spina-bifida traité par la cure radicale ... 263²
Streptocoques et leurs différentes espèces ... 263³
Sulfate de quinine contre la diarrhée infantile ... 264³
Tics ... 257¹
Tissu nerveux et son analyse immédiate ... 263²
Traitement de la diarrhée infantile ... 264³
— de la mort apparente du nouveau-né ... 264³
— de l'anémie pernicieuse ... 264¹
— des avortements ... 264²
— des états anxieux ... 260²
— des tics ... 257¹
— du cancer du rectum ... 263³
— du spina-bifida ... 263²
Transfusion de sang pour anémie pernicieuse. 264¹
Trichesthésie ... 263¹
Urines normales de l'homme ... 263²
Veine axillaire et sa ligature ... 263²
Viande dans l'alimentation en cas de maladie des reins ... 264¹
Viburnum prunifolium contre les avortements ... 264²

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Alfred Hoche, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. H. Emminghaus, démissionnaire.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur A. von Rosthorn, professeur à la Faculté de médecine de Gratz, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. F. Kehrer, démissionnaire.

M. le docteur Franz Sötbeer est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur Jules Berdez, privatdocent d'électrothérapie, est nommé professeur extraordinaire de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Rabow, démissionnaire.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur P. Bolognini, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Alexander Margulies est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Pedro de Almeida Magalhães est nommé professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Luigi Zoja, privatdocent à la Faculté de médecine de Parme, est nommé privatdocent de médecine.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Heinrich Vierordt, professeur extraordinaire de médecine interne, est nommé professeur honoraire ordinaire.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur Tcherniakhovsky, privatdocent à la Faculté de médecine de Kiev, est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Rudolf Matzenauer (*dermatologie et syphiligraphie*); Oskar Föderl et F. R. von Friedländer (*chirurgie*).

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Paul Avrorov est nommé privatdocent de pathologie générale et expérimentale.

University of Vermont de Burlington. — M. le docteur David Shirres (de Montreal) est nommé professeur des maladies du système nerveux.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur A. D. Bevan, professeur d'anatomie chirurgicale, est nommé professeur de chirurgie, en remplacement de M. Fenger, décédé.

College of Physicians and Surgeons de New-York. — M. le docteur L. Emmett Holt est nommé professeur de pédiatrie, en remplacement de M. A. Jacobi, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Cesare Taruffi, ancien professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur I. Novatsky, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Anton Walther, privatdocent de physiologie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le professeur H. Reineboth, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Halle.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1901 inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Arenssohn (F.). Contribution à l'étude du ferment glycolytique du sang.

Barthez (R.). De la résection dans l'ostéomyélite.

Baty (E.). Etude sur la calorimétrie clinique.

Blanchet (J.). Contribution à l'étude de la syphilis chez les nouveau-nés.

Blanquinque. Essai sur le choix de l'intervention dans le traitement des abcès chauds de la prostate.

Bossuat (E.). Les helminthes dans le foie.

Bouzitat (Ch.-L.). Les injections intraveineuses de sels mercuriels dans la syphilis.

Brémont (E.). De la néphrite chez les chercheurs d'or à la Guyane française.

Cardot (G.-P.-A.). Etude clinique sur l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur.

Chiron du Brossay (Ch.). Traitement des kératites interstitielles et strumeuses par l'huile iodée.

Debusschère (F.). De la fracture transversale sus-malléolaire du tibia.

Dethan (E.). Contribution à l'étude de l'ostéosarcome du radius.

Dufour-Labastide (A.). L'intoxication saturnine chez l'enfant.

Dupé (E.). De l'alimentation des diabétiques.

Fouchard (L.). Des arrachements du cuir chevelu (étude critique de 46 observations).

Germond (P.). Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou.

Glatard (R.). La diphtérie nasale.

Guy (G.). Pseudo-kystes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons d'origine pancréatique.

Herr (Ch.-L.). Eléphantiasis nostras du membre inférieur (variété infectieuse).

Herviault (L.). Erythèmes causés par les lavements boriqués dans la fièvre typhoïde.

Janvier (C.-P.). Ulcérations et gangrènes provoquées de la peau chez les hystériques.

Jullemier (L.). Contribution à l'étude du rhumatisme scarlatineux chez l'enfant.

Kendirdjy (L.). L'anesthésie chirurgicale par la cocaïne; rachicocaïnisation et cocaïne localisée.

Kermarrec (J.-R.). Contribution à l'étude des greffes de l'ovaire (greffes péritonéales et intraorganiques).

Labat (M.). Les cystites dans la fièvre typhoïde, et, en particulier, les cystites à bacilles d'Eberth.

Laborie (L.). Contribution à l'étude de la lèpre oculaire.

Logez (A.). Le lymphangiome congénital et la macrocheilie.

Malsang (P.). Des otorrhagies consécutives aux traumatismes de la tête, indépendantes des fractures de la base du crâne.

Mamlock (H.-Ch.). Examen cytologique des urines chez les cardiaques.

Mortier (P.). Etude sur les calculs de l'urèthre prémembraneux.

Mousson-Lanauze. A propos de la loi sur les accidents du travail : le médecin et l'incapacité permanente partielle.

Palmiéri (P.). Contribution à l'étude de l'ectromélie.

Pasquereau (X.). Contribution à l'étude de la kératite bulleuse et de ses variétés.

Pellissier (J.). La peste au Frioul (lazaret de Marseille) en 1900 et 1901.

Pozerski (E.). De l'action favorisante du suc intestinal sur le pouvoir amylolytique du suc pancréatique et de la salive.

Prunet (R.). Etude sur les paralysies radiales d'origine centrale.

Roux (J.). De l'étiologie de l'asthme.

Sévin (E.). Fractures des phalanges et vérification au moyen de la radiographie.

PHYSIOLOGIE

Kreidl (A.). Beobachtungen über das Verhalten der Hautgefässe auf thermische Reize. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, avril.) — L'influence des excitations thermiques sur les vaisseaux cutanés.

Lübcke (O.). Beiträge zur Kenntnis der Schilddrüse. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 3.) — Contribution à l'étude de la glande thyroïde.

Nencki (M.) et **Sieber** (Mme N.). Contribution à l'étude du suc gastrique et de la composition chimique des enzymes. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 1.)

Salvioli (I.) et **Pezzolini** (P.). Ulteriore contributo allo studio della funzione delle capsule sopra-renali. (*Gazz. degli Osped.*, 23 mars.)

Schröder (G.). Ueber die Wirkungen des Höhenklimas auf den menschlichen Organismus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 31 mars et 3 avril.) — De l'action exercée par le climat d'altitude sur l'organisme humain.

Zieciakiewicz (A.). O powstawaniu barwy (timbre) glosu spiewakow. (*Gaz. lekarska*, 1er mars.) — Sur l'origine du timbre de la voix chez les chanteurs.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Michelazzi (A.). Ricerche istologiche e sperimentali sul midollo delle ossa e sul sangue nelle malattie infettive. (*Riforma med.*, 27 et 28 fév., 1er et 3 mars.)

Mönckeberg (J. G.). Ueber Knochenbildung in der Arterienwand. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 2.) — Des formations osseuses dans la paroi artérielle.

Muggia (G.). Un tumore della base del cranio. (*Riforma med.*, 27 mars.)

Pepere (A.). Dell'origine congenita dell'adenoma solitario del fegato. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 2.)

Pfeifer (B.). Zur Kenntnis des histologischen Baues und der Rückbildung der Nabelgefässe und des Ductus Botalli. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 2.) — Structure histologique et régression des vaisseaux ombilicaux et du conduit de Botal.

Przewoski (E.). Gastritis tuberculosa. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 3.)

Rossolimo (G.). Zur pathologischen Anatomie der Tetanie gastrischen Ursprungs. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.)

Rouslacroix (A.) et **Leclerc-Montmoyen** (F.). Nanisme cardiaque. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Tendlau (B.). Ueber angeborene und erworbene Atrophia cutis idiopathica. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 3.) — Atrophie idiopathique congénitale ou acquise de la peau.

Viviani (G.). Dei sarcomi della sostanza cerebrale. (*Gazz. degli Osped.*, 30 mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Koutchouk (K.). Contribution à l'étude des cellules binucléaires (d'après des expériences sur des cobayes auxquels on a fait une ligature du canal cholédoque). (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 1.)

London (E.). Contribution à l'étude des spermolysines [1er mémoire]. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 1.)

Pelnare (J.). Vztahy mezi morfologickymi zmenami a funkcemi zaniceného nervu periferniho. (*Sbornik klinicky*, III, 3.) — Les altérations morphologiques et fonctionnelles des nerfs périphériques enflammés.

Potain (C.). La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique. In-8°, 197 p. avec fig.

Sachs (H.). Giebt es einheitliche Alexinwirkungen? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 et 10 mars.) — Les alexines agissent-elles d'une façon uniforme?

Sieber-Choumova (Mme N.). Des oxydases (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 mars.)

Surmont (H.) et **Dehon** (M.). Détermination du point cryoscopique du liquide hydatique; recherches osmotiques sur la membrane; déductions pathogéniques. (*Echo méd. du Nord*, 9 mars.)

Walker (E. A.). Immunisation against immune serum. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.)

Wechsberg (F.). Ueber die Wirkung bactericider Immunsera. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 mars.) — Sur l'action des sérums immunisants bactéricides.

Wutzdorff. Ueber die Verbreitung der Krebskrankheit im Deutschen Reiche. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 mars.) — Le cancer en Allemagne.

Zenoni (C.). Influenza della tossina difterica sulla vita della madre e del feto. (*Gazz. degli Osped.*, 9 mars.)

MÉDECINE

Clemm (W. N.). Beiträge zur Prophylaxe und zur inneren Behandlung der Erkrankungen des Gallensystems, insonderheit des steinbildenden Katarrhs und seiner Folgezustände (Cholangitis und Cholecystitis calculosa). (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 mars, 5, 12 et 19 avril.) — Prophylaxie et traitement médical des affections des voies biliaires, notamment du catarrhe prédisposant à la cholélithiase et de ses suites (angiocholite et cholécystite calculeuse).

Johnson (M.). Ueber die Diazo-Reaction. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 29 mars.)

Knapp (M. L.). Report of five cases of ulcer of the œsophagus diagnosed as pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 1er mars.) — 5 cas d'ulcère de l'œsophage confondu avec la tuberculose pulmonaire.

Kraus (F.). Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre. 2e partie. In-8°, 322 p. Vienne. — Maladies de la bouche et de l'œsophage.

Le Bayon (J.). Sur un cas d'ostéomalacie. (*Clinique gén. de chir.*, mars.)

Mannaberg (J.). Diagnostische Bemerkungen zu einigen Unterleibskrankheiten (Leberabscess, fieberhafte Lebersyphilis, Pneumonia meteoristica, toxischer Ileus bei Pleuritis). (*Wien. med. Wochensch.*, 29 mars et 5 avril.) — Remarques sur le diagnostic de quelques affections abdominales (abcès du foie, syphilis hépatique avec fièvre, etc.).

Mariani (F.). Tossicità delle feci dell'individuo tifoso e del sano; loro azione sulla temperatura e sulla pressione arteriosa. (*Policlinico*, partie méd., IX, 4.)

Markheim (Mlle). Ueber Arthritis gonorrhoica. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 2.)

Mayer (A.). Diabetic coma; symptoms, pathology and treatment. (*Med. Record*, 8 mars.)

M'Caskey (G. W.). A case of leucemia, preceded by muco-sanguinolent colitis and physiological leucocytosis. (*Med. News*, 1er mars.)

Merrins (E. M.). What is chronic rheumatism? (*Med. Record*, 22 mars.) — Qu'est-ce que le rhumatisme chronique?

Metzger (L.). Zur Lehre vom Nebennierendiabetes. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 mars.) — Diabète surrénal.

Mori (D.). Un caso di spleno-polmonite di Grancher. (*Gazz. degli Osped.*, 9 mars.)

Murrell (W.). Some cases of cirrhosis of the liver. (*Med. Press and Circular*, 8 janv.)

Packard (F. A.) et **Le Conte** (R. G.). The medical and surgical aspects of gangrene of the lung. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Sur la gangrène du poumon.

Patella (V.). Ancora sulla citodiagnosi degli essudati delle sierose : provenienza e significato dei cosidetti linfociti e degli elementi polinucleati di tali essudati, tubercolari e non tubercolari; 2. nota preventiva. (*Policlinico*, 29 mars.)

Rivalta (F.). Sulla polimiosite ossificante progressiva o morbo di Münchmeyer. (*Policlinica*, partie méd., IX, 4.)

MALADIES INFECTIEUSES

Duncan (A.). A phase in the history of cholera in India. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Finck. Les méthodes cliniques de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.)

Freytag (B.). Zwei Fälle von wahrscheinlicher Perlbacillen-Impfung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 22 mars.) — Deux cas d'infection probable [chez l'homme] par les bacilles de la pommelière.

Gouvêa (H. de). Os mosquitos e a febre amarella. (*Brazil-medico*, 8 et 15 mars, 1er, 8 et 15 avril.)

Higley (H. A.). The detection of typhoid bacilli in the feces as a diagnostic test of typhoid fever, and a comparison of this test with the Widal reaction. (*Med. News*, 29 mars.)

Jacontini (G.). Vaiuolo fetale non secondario a vaiuolo materno. (*Riforma med.*, 14 et 15 mars.)

Macdonald (P. W.). General remarks on asylum dysentery and its treatment by injections of permanganate of potash. (*Lancet*, 1er mars.)

Mixy (M.). Otazka malarická na pocatku dvacateho stoleti. (*Sbornik klinicky*, III, 3.) — L'état actuel de nos connaissances sur la malaria.

Poncet (A.) et **Bérard** (L.). De l'actinomycose humaine en France; sa fréquence, son pronostic éloigné. (*Lyon méd.*, 6 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Hänel (H.). Ueber ein neues, der Tetanie verwandtes Krankheitsbild bei chronischer Bleivergiftung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — Sur un nouveau type clinique de saturnisme, ressemblant à la tétanie.

Ladame (P.). Un point d'histoire de l'aphasie: la découverte de Broca et l'évolution de ses idées sur la localisation de l'aphasie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Lamari (A.). Sull'acromegalia (tumore dell'ipofisi). (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, mars et avril.)

Lannois (M.). Paraplégie flasque avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde. (*Lyon méd.*, 23 fév.)

Lebailly. Suggestion hypnotique comme moyen thérapeutique. (*Année méd. de Caen*, mars.)

Liefmann (E.). Ein Fall von asthenischer Bulbärparalyse mit Sectionsbefund. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.)

Lundborg (H.). Ueber die Folgen fast totaler Strumektomien; ein Beitrag zur Lehre von der Tetanie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — Sur les suites des strumectomies presque totales; contribution à l'étude de la tétanie.

Mannini (G.). Automatismo o sonnambulismo isterico con emiparesi ed emiipoestesia di natura probabilmente non isterica. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 1.)

Marfan (A.-B.) et **Armand-Delille**. Paralysie faciale congénitale du côté droit. (*La Parole*, fév.)

Marina (A.). Delle miospasie in generale e della miospasia atetosica in particolare. (*Policlinico*, 8 mars.)

McCarthy (D. J.). The supraorbital reflex. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 mars.)

Müller (E.). Ueber psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — Les troubles psychiques dans les cas de tumeurs ou de traumatismes des lobes frontaux.

Mygind (H.). Den dobbeltsidige totale recurrensparalyse. (*Hospitalstidende*, 5 mars.)

Oddo. Tic de génuflexion. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Panski (A.). Ein Fall von acuter disseminirter Myelitis oder Encephalomyelitis nach Kohlenoxydvergiftung mit Uebergang in Heilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Un cas de myélite diffuse aiguë consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone; guérison.

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). De la logique morbide; extrospection délirante et genèse d'autosuggestion par introspection. (*Arch. d'anthropol. crim.*, janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Hall (A.). Some remarks on forms of trade dermatitis occurring in the silver and electroplating trades. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril.) — Quelques remarques sur la dermatite professionnelle des argenteurs et des doreurs à l'électrolyse.

Joseph (M.) et **Trautmann** (G.). Ueber Tuberculosis verrucosa cutis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 mars.)

Marmonier. Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis. In-18, 412 p.

Neumann (I.). Ueber ungewöhnlichen Sitz des Primäraffectes an der Haut und Schleimhaut. (*Wien. med. Presse*, 2 mars.) — Localisations insolites du chancre syphilitique sur la peau et sur les muqueuses.

Pawlof (P.). Ein Fall von « dystrophie papillaire et pigmentaire » (Acanthosis nigricans). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars.)

Porosz (M.). Die Therapie der Blennorrhoe mit Acidum nitricum; Anmerkungen zur modernen Trippertherapie. (*Wien. med. Presse*, 9 et 16 mars.)

Rusch (P.). Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 mars.)

CHIRURGIE

Italia (F. E.). Sull'interposizione di sostanze organiche assorbibili fra due superficie ossee cruente; nota preventiva. (*Policlinico*, 8 mars.)

Jaboulay. Chirurgie des centres nerveux, des viscères et des membres. 2 vol. In-8°, 915 p. avec fig.

Johnson (A. B.). Stereoscopic radiography. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Jonas (A. F.). The use of the gall-bladder to restore a prolapsed liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 mars.) — Utilisation de la vésicule biliaire comme moyen de fixation dans les cas de ptose du foie.

Kapelusch (E.). Zur Cocainanalgesie. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 mars.)

Kjelgaard. Kongenit hyperekstention i articulatio genu. (*Ugeskrift for Læger*, 14 mars.)

König (F.). Zur Deckung von Defecten der Nasenflügel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 fév.) — Réparation des pertes de substance des ailes du nez.

Kramer (W.). Beitrag zur chirurgischen Behandlung der bösartigen Sarkome der langen Röhrenknochen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Traitement opératoire des sarcomes des os longs.

Krymov (A.). Traitement des blessures par armes à feu des organes parenchymateux (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mars.)

Lagoutte. Deux observations de collections pelviennes, d'origine appendiculaire, ouvertes par la voie périnéale. (*Province méd.*, 22 mars.)

Landow (M.). Zur Casuistik der Magenblutung nach Bauchoperationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Des gastrorrhagies consécutives aux opérations abdominales.

Le Faguays. Deux cas de luxation congénitale de la hanche; traitement par le massage; guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 mars.)

Le Fort (R.). Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de baïonnette Lebel; laparotomie; mort par infection secondaire. (*Echo méd. du Nord*, 2 mars.)

Lennander. Acute (eitrige) Peritonitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.)

Leusden (P.). Ueber die sogenannten Schenkelhalsfrakturen, zugleich ein Beitrag zur Frage der Coxa vara traumatica. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Les fractures du col du fémur.

Lotheissen (G.). Zur Embolie der Lungenarterie nach Verletzungen und operativen Eingriffen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — De l'embolie pulmonaire consécutive aux traumatismes et aux interventions opératoires.

Lutiis (E.). Compendio di medicina operatoria e di anatomia chirurgica. In-16, 160 p. Naples.

Magé. Sur un procédé nouveau d'anus artificiel en un seul temps. (*Touraine méd.*, mars.)

Martel (L.). Des épiploïtes secondaires. (*Loire méd.*, mars.)

Martens. Zur Kenntnis der Lungen- und Wirbelsäulenaktinomykose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — De l'actinomycose pulmonaire et rachidienne.

Martin (E.), **Carnett** (J. B.), **Levi** (J. V.) et **Pennington** (M. E.). The surgical treatment of sterility due to obstruction at the epididymis, together with a study of the morphology of human spermatozoa. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.)

Martinelli (V.). Tre casi di ferite del fegato trattate con l'intervento e guarite; stato attuale dell'emostasi epatica; statistica. (*Riforma med.*, 24, 25 et 26 mars.)

Mathes (P.). Ueber Dystopie der Niere. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Sur l'ectopie du rein.

Mignon (A.). Traitement des pleurésies purulentes chroniques par la thoracoplastie. (*Rev. de chir.*, avril.)

Mirallié (Ch.). Fracture de l'extrémité inférieure du radius; troubles nerveux consécutifs. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 avril.)

Morris (R. T.). The disadvantages of gauze packing in appendicitis work. (*Med. Record*, 22 mars.) — Les inconvénients du tamponnement à la gaze dans l'intervention pour appendicite.

Motta (M.). Frattura intercondiloidea verticale a tutto spessore dell'estremità superiore della tibia. (*Riv. di ortoped. e terap. fisica*, janv.-mars.)

Müller (A.). 100 Fälle von Perityphlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.)

Nicoladoni (C.). Zur Plattfuss-Therapie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.) — Traitement du pied plat.

Nicolaysen (J.). Experimentelle Appendicitis; Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Enteritis und Appendicitis. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 4.)

Niles (H. D.). The surgical treatment of some of the remote results of inflammation of the gall-bladder and bile-ducts. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Traitement chirurgical de quelques-unes des suites éloignées de l'inflammation de la vésicule et des conduits biliaires.

Ohandjanian (A.). Etude sur l'enfoncement de l'acétabulum par la tête du fémur. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars et avril.)

Patel (M.). Du segment de l'intestin sus-jacent à une sténose intestinale. (*Rev. de chir.*, mars.)

Pendl (F.). Zur Therapie des epityphlitischen Douglasabscesses. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 mars.)

Pers (A.). 7 tilfælde af inoperabel cancer ventriculi behandlede med gastroenterostomi. (*Ugeskrift for Læger*, 28 fév., 7 et 14 mars.)

Perthes (G.). Ueber einige Schussverletzungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.) — Sur quelques blessures par armes à feu.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Kleinwächter (L.). Einige Worte über die Menopause. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 1.)

Koblanck. Beiträge zur Behandlung der Retroversio-flexio uteri. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 1.)

Kouwer (B. J.). Haematoma vulvae et vaginae tijdens de baring. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er fév.)

Ladinski (L. J.). Deciduoma malignum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Lawrence (F. F.). Extra-uterine pregnancy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 mars.) — Grossesse extra-utérine.

Lienévitch (L.). L'essence de térébenthine contre les métrorrhagies (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 6.)

Mars (A. von). Einige Bemerkungen über die Uterusexstirpation durch die Scheide unter Berücksichtigung der Methode Döderlein's. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 mars.) — Quelques remarques sur l'extirpation vaginale de l'utérus, en particulier d'après le procédé de Döderlein.

Martin (A.). Sollen Myome vaginal oder abdominal angegriffen werden? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 avril.) — Doit-on opérer les myomes utérins par la voie vaginale ou par la voie abdominale?

Merletti (C.). Urobilinurie bei Schwangeren, und Vermehrung derselben in Fällen endouterinen Fruchttodes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 avril.) — Urobilinurie chez les femmes enceintes et augmentation du taux d'urobiline en cas de mort intra-utérine du fœtus.

Müller (A.). Parametritis posterior, eine Darmerkrankung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er mars.) — La paramétrite postérieure en tant qu'affection d'origine intestinale.

Ouspensky (V.). Traitement chirurgical des ruptures de l'utérus pendant le travail (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 5.)

22e ANNÉE. — N° 33. Vingt centimes le numéro. 13 AOUT 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — M. Barth : Volvulus iléo-cæcal avec étranglement interne provoqué par une appendicite 265

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES (douzième session tenue à Grenoble du 1er au 7 août 1902). — Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal 265
Ecartement involontaire du petit doigt dans certaines affections de l'axe cérébro-spinal, et coexistence de ce signe avec des troubles du langage articulé 267
Sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire 268
Des localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique 268
L'anxiété impulsive au point de vue médico-légal 268
Sur l'innervation des vaisseaux de la pie-mère et de l'écorce cérébrale 268
Fausse grossesse dans la paralysie générale 269
Les lésions histologiques de l'écorce dans les atrophies du cervelet 269
Suites éloignées du traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie 269
Sarcomes et sarcomatoses du système nerveux 269
Sclérose en plaques infantile à forme hémiplégique, d'origine hérédo-syphilitique probable 269
Du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale 269
Des altérations du fond de l'œil chez les paralytiques généraux 270
Sur les rapports du signe d'Argyll-Robertson avec la syphilis 270
Des origines poly-infectieuses du tabes 270
De l'activité locale de la circulation cutanée de la main dans l'hémiplégie organique et le syndrome de Raynaud 270
Paralysie générale précoce chez une débile hérédo-syphilitique 270
Des processus histologiques de l'atrophie musculaire 270
Traitement de l'aboulie des buveurs d'habitude 270
Lésions de l'écorce cérébrale dans 18 cas de méningite 270
Sur les rapports du gigantisme et de l'acromégalie 270
Traitement spécifique de la paralysie générale 271
Délire aigu à forme mélancolique 271
Du délire des négations 271

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Recherches cliniques et expérimentales sur les contusions abdominales et sur la péritonite consécutive aux lésions traumatiques sous-cutanées de l'intestin 271
De l'érysipéloïde 271
L'opération du cancer de l'utérus par l'incision paravaginale de Schuchardt 271
Granulomes vésicaux d'origine traumatique chez la femme 271
De la guérison de l'ascite chyleuse par la laparotomie 272

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Un procédé rapide et sûr de résection costale 272
La désinfection des mains au moyen des essences 272
Un procédé pour faciliter l'extraction des corps étrangers logés dans l'épaisseur des tissus 272
Traitement de la malaria par des inhalations d'acide fluorhydrique 272
Traitement de l'appendicite par le salicylate de soude et la belladone à hautes doses .. 272

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Aboulie des buveurs d'habitude .... 270[3]
Acide fluorhydrique en inhalations contre la malaria .... 272[3]
Acromégalie et gigantisme .... 270[3]
Anxiété impulsive au point de vue médico-légal .... 268[3]
Appendicite .... 272[3]
— et volvulus iléo-cæcal avec étranglement interne .... 265[1]
Ascite chyleuse .... 272[1]
Atrophie du cervelet .... 269[1]
— musculaire et son processus histologique .... 270[2]
Auto-accusateurs au point de vue médico-légal .... 265[3]
Cancer de l'utérus .... 271[3]
— et sa localisation sur le système nerveux périphérique .... 268[2]
Contusions abdominales .... 271[1]
Délire aigu à forme mélancolique .... 271[1]
— des négations .... 271[1]
Délires consécutifs aux obsessions .... 268[1]
Désinfection des mains par les essences .... 272[2]
Diarrhée à Bacillus fluorescens putridus chez des aliénés .... 271[1]
Ecartement involontaire du petit doigt et troubles du langage .... 267[3]
Ecorce cérébrale et innervation de ses vaisseaux .... 268[3]
Epilepsie .... 269[2]
Erysipéloïde .... 271[2]
Essences pour la désinfection des mains .... 272[2]
Fausse grossesse dans la paralysie générale. 269[1]
Gigantisme et acromégalie .... 270[3]
Granulomes vésicaux d'origine traumatique chez la femme .... 271[3]
Hémiplégie organique et circulation cutanée de la main .... 270[2]
Hérédo-syphilis et paralysie générale précoce chez une débile .... 270[2]
— et sclérose en plaques .... 269[3]
Idiotie .... 269[2]
Laparotomie et ses effets sur l'ascite chyleuse .... 272[1]
Lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale .... 270[1]
Liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale .... 269[3]
Localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique .... 268[2]
Maladie de Raynaud et circulation cutanée de la main .... 270[2]
Malaria .... 272[3]
Méningite et lésions de l'écorce cérébrale .... 270[3]
Obsessions et leur passage au délire .... 268[1]
Paralysie générale et fausse grossesse .... 269[1]
— — et lésions du fond de l'œil 270[1]
— — et liquide céphalo-rachidien .... 269[3]
— — et traitement spécifique .. 271[1]
— — précoce chez une débile hérédo-syphilitique .... 270[2]
Paramyoclonus multiplex guéri à la suite d'une violente émotion .... 271[1]
Péritonite consécutive aux lésions traumatiques sous-cutanées de l'intestin .... 271[1]
Pie-mère et innervation de ses vaisseaux ... 268[3]
Radioscopie pour l'extraction des corps étrangers .... 272[2]
Résection costale .... 272[1]
Salicylate de soude et belladone à hautes doses contre l'appendicite .... 272[3]
Sarcomes et sarcomatoses du système nerveux .... 269[2]
Sclérose en plaques hérédo-syphilitique .... 269[3]
Signe d'Argyll-Robertson et syphilis .... 270[1]
Syphilis et signe d'Argyll-Robertson .... 270[1]
Tabes et ses origines poly-infectieuses .... 270[1]
Traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie .... 269[2]
— de l'aboulie des buveurs d'habitude .... 270[3]
— de la malaria .... 272[3]
— de l'appendicite .... 272[3]
— de l'ascite chyleuse .... 272[1]
— du cancer de l'utérus .... 271[3]
— spécifique de la paralysie générale .... 271[1]
Troubles du langage articulé et écartement involontaire du petit doigt .... 267[3]
Volvulus iléo-cæcal avec étranglement interne provoqué par une appendicite .... 265[1]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Soulié, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé professeur de pathologie générale, de microbiologie et de parasitologie.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur Motais est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur Sarazin, chargé de cours, est nommé professeur de physique.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur Le Damany, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

M. Th.-A. Bondouy, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Parisot, chargé de cours, est nommé professeur d'histologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Antoine (L.). Du processus gangreneux dans les angines de la scarlatine.

Bénech (M.-L.). L'hygiène dans le transport des voyageurs par chemins de fer.

Benoist (G.). Signification pronostique des adénopathies dans la syphilis secondaire.

Besse (E.-J.-B.). Contribution à l'étude de l'influence de l'éruption dentaire sur la croissance chez les nourrissons.

Briens (Ch.). Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein.

Brunschwig (Ch.). Contribution à l'urologie clinique infantile; le ferment amylolytique de l'urine.

Cauderay (H.). Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques se terminant par vomique.

Cayla (L.). De l'hémiplégie dans le tabes.

Coursault (A.). Des déterminations pulmonaires et rénales concomitantes de l'infection pneumococcique chez les enfants.

Dauban (E.). Contribution à l'étude de l'air sec surchauffé en dermatologie.

Delobel (A.-M.-J.). Contribution à l'étude des lymphangiectasies dermiques (varices lymphatiques de la peau et des muqueuses).

Demange (Ch.). Du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les méningites et dans les pseudo-méningites de l'enfance.

Dieu (J.). Etude sur les angiocholites non suppurées; leur traitement chirurgical.

Fromont de Bouaille (R. de). Des effets de la dépression barométrique sur la composition du sang.

Gabail (R.). Contribution à l'étude de l'étiologie infectieuse de certaines hydrocéphalies congénitales.

Gobinet (L.). Le chlorure de calcium dans les hémorrhagies.

Goyard (L.). Valeur clinique des adénopathies externes à distance dans les néoplasmes de l'estomac.

Guiard (H.). Les alcooliques récidivistes (étude clinique et médico-légale).

Horowitz (Mlle A.). Contribution à l'étude des moyens de défense de l'organisme contre l'invasion microbienne : recherches sur l'oviducte de la poule et le blanc d'œuf.

Houdart (J.). Etude sur le strabisme vertical d'origine fonctionnelle.

Jossand (M.). Contribution à l'étude du gros rein polykystique de l'adulte.

Jouglard (J.). De la phlébite des membres inférieurs dans l'appendicite, du membre inférieur gauche en particulier.

Laboulais (A.). Etude de la stase le matin à jeun dans les différentes affections de l'estomac; séméiologie et traitement médical.

Lardier (J.). De la levure de bière et de son emploi dans le traitement de certaines affections pulmonaires du vieillard.

Lecq (T.). De l'hystéropexie vaginale.

Le Gargam (L.). Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général.

Le Houx (R.). Etude sur la maladie de Roger (perforation simple de la cloison interventriculaire).

Lemasson (A.). Du traitement palliatif des cancers inopérables du col de l'utérus.

Lemercier (M.). Maladies chroniques réalisant le syndrome de Pierre Marie (ostéo-arthropathie hypertrophiante).

Leport (Ch.). Etude critique sur l'opération de Talma comme traitement de l'ascite.

Le Roy (Ch.). De la progression des gros calculs biliaires et de leur expulsion dans le tube digestif par les voies normales et anormales.

Marcland (B.-H.-R.). Contribution à l'étude anatomique et anatomo-pathologique de l'appendice et des appendicites, basée sur soixante autopsies.

Mathieu (P.). Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien.

Moreau (A.). Contribution à l'étude du délire alcoolique (hallucination de l'eau).

Mouneyrat (A.). De la médication arsenicale.

Pamard (P.). Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie.

Pédarré (E.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale survenant au cours de la fièvre typhoïde.

Perdu (E.). La scoliose; sa théorie, son traitement.

Pfister (A.). La péri-uréthrite primitive sténosante et son traitement.

Pissot (P.). Contribution à l'étude du décollement traumatique de l'extrémité inférieure du fémur.

Poirier (E.). Contribution à l'étude des troubles trophiques dans le tabes; sur une forme particulière d'ulcération du visage observée chez les tabétiques.

Poussardin (A.). De la cure de repos dans la tuberculose.

Rebeyrolle (E.). Contribution à l'étude de la syphilis osseuse héréditaire tardive dans ses manifestations épiphysaires et articulaires.

Rinckenbach (L.). Contribution à l'étude du suicide chez les aliénés pendant leur internement.

Sigogne (A.). Contribution à l'étude de la néphrite au cours et dans la convalescence des angines aiguës non spécifiques.

Stepanoff (Mme S.). Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux.

Turcan (L.). Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

Vacquerie (A.). Contribution à l'étude des complications nerveuses tardives des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Vaïas (E.). La médication par le méthylarsinate de soude.

Vangeon (H.). Contribution à l'étude du cacodylate de fer dans le traitement des anémies en général, et, en particulier, de la chlorose.

Van Vyve (G.). Le fer dans le sang des nouveau-nés.

Volovatz (Mlle E.). Ladrerie ou cysticercose chez l'homme.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Alquier (L.) et **Lefas** (E.). Guide pratique d'histologie normale et pathologique (technique et diagnostic). In-8°, 424 p. avec fig.

Debierre (C.). L'embryologie en quelques leçons. In-8°, 199 p. avec fig.

Einhorn (M.) et **Laporte** (G. L.). A new method of approximately estimating the number of blood-corpuscles from stained specimens. (*Med. News*, 19 avril.) — Un nouveau procédé de numération approximative des globules sanguins dans les préparations colorées.

Frassi (A.). Contributo alla conoscenza delle cellule eosinofile. (*Clinica moderna*, 2 avril.)

Heisler (J. C.). Text-book of embryology. In-8°, 406 p. avec fig. Londres.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arloing (F.). Recherches sur le pouvoir bactéricide et antitoxique de la mucine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Bordier (H.) et **Baur**. Etude expérimentale de l'action de l'ozone sur la valeur globulaire du sang. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Croftan (A. C.). An experimental investigation into the causes and the treatment of diabetes mellitus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Kovacs (J.). Experimentelle Beiträge über die Wirkung von Sauerstoffinhalationen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — Recherches expérimentales sur les effets des inhalations d'oxygène.

Richardson (O.). Culture experiments with malignant tumors (1900-1901). (*Journ. of Med. Research*, avril.)

Spissu (P.). Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo (metodo Baccelli) nel carbonchio ematico sperimentale. (*Riforma med.*, 10 avril.)

Stokvis (B. J.). Der Verdünnungsgrad der Lösungen und der Einfluss desselben auf letalen und toxischen Effect. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — Le degré de concentration des solutions [médicamenteuses] et son influence sur leurs effets mortels et toxiques.

Stursberg (H.). Ueber die Einwirkung subcutaner Gelatine-Einspritzungen auf experimentell erzeugte Nierenerkrankungen; ein Beitrag zur Kenntnis der Gelatine. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 2.) — Influence des injections sous-cutanées de gélatine sur les maladies expérimentales du rein.

Wurtz et **Bourges**. Recherches expérimentales sur l'immunité conférée par le vaccin de Haffkine. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

MÉDECINE

Richardson (H.). Hepatic insufficiency. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 mars.)

Rolleston (H. D.). A note on hypostatic albuminuria of splenic origin. (*Lancet*, 1er mars.)

Rosenheim (T.). Ueber Erweiterung des Oesophagus ohne anatomische Stenose, sogenannte idiopathische. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17, 24 et 31 mars.)

Rosin (H.) et **Laband** (L.). Zum spectroskopischen Verhalten der Orcinreaction. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 22 janv. et 5 mars.)

Salomonson (L. W.). Albuminuri og livsforsikring. (*Ugeskrift for Læger*, 18 avril.) — Albuminurie et assurance sur la vie.

Salvatore (M.). Nota clinica sui colpi di calore tropicali. (*Gazz. degli Osped.*, 16 mars.)

Smith (A.). Ueber den heutigen Stand der funktionellen Herzdiagnostik und Herztherapie. (*Berlin. Klinik*, avril.) — Etat actuel du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, au point de vue des troubles fonctionnels.

Thomas (P.) et **Morel** (A.). Recherches sur le scorbut. (*Lyon méd.*, 2 mars.)

Thue (K.). Akute og kroniske former af malign endokardit. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.)

Van Assen (J.). Over galsteen-ileus. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 mars.)

Vieillard (C.). Notes critiques sur l'analyse de l'urine; son mode d'interprétation clinique et sa technique. In-8°, 32 p.

Waldvogel. Das Wesen der Acetonurie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — La nature de l'acétonurie.

Walsh (D.). Röntgen rays in medical work. 3e éd. In-8°, 316 p. Londres.

White (C. Y.). The diagnosis by means of the formed elements of the blood. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.) — La signification diagnostique des éléments figurés du sang.

Wildbolz (H.). Ablagerung von Phosphaten und Karbonaten in Haut- und Unterhautgewebe unter den klinischen Erscheinungen ächter Gicht. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — Dépôts cutanés et souscutanés de phosphates et de carbonates avec phénomènes cliniques caractéristiques de la vraie goutte.

MALADIES INFECTIEUSES

Quill (R. H.). Airborne typhoid. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév.) — Fièvre typhoïde d'origine aérienne.

Riesman (D.). Skin eruptions in malaria, with the report of a case of urticaria. (*Amer. Medicine*, 22 mars.)

Roques. Variole et vaccine dans la région de Loango (Congo français) de novembre 1893 à septembre 1899. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

Rosenbach (O.). Die Wellenbewegung der Seuchen und das Diphtherieserum. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Les oscillations des épidémies et le sérum antidiphtérique.

Talbot. Notes sur une épidémie de rougeole observée sur des Malinkais et des Soussous à Ouossou (Guinée française). (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

Triantaphyllidès (T.). Paludisme larvé; neurasthénie paludéenne; vertiges paludéens. (*Grèce méd.*, 1er, 11 et 21 janv., 1er, 11 et 21 fév., 1er, 11 et 21 mars, 11 et 21 avril.)

Troussaint. Erysipèle des paupières. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Turner (G.). Typhoid fever in South Africa; its cause and prevention. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév.)

Vanzetti (F.). Contributo all'eziologia della meningite spinale epidemica. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 2.)

Voges (O.). Das «mal de Caderas». (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 3.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Parhon (C.) et **Goldstein** (M.). Sur le réflexe plantaire contra-latéral. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Parsons (R. L.). Melancholia simplex and melancholia transitoria simplex. (*Med. Record*, 15 mars.)

Pechkranc (S.). O przewleklem unieruchomiającem zapaleniu kręgoslupa. (*Gaz. lekarska*, 1er et 8 mars.) — Sur l'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale.

Pickett (W.). Paresis; a clinical study of 149 cases occurring at the Philadelphia Hospital. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 mars.)

Prochazka (F.). O následcích mrtvice. (*Casopis lékaru ceskych*, 22 fév., 1er, 8, 15 et 22 mars.) — Sur les suites de l'apoplexie.

Raviart (G.). Sur un cas de paramyoclonus multiplex. (*Echo méd. du Nord*, 2 mars.)

Redlich (E.). Ueber Psychosen bei Neurasthenikern. (*Wien. med. Presse*, 30 mars et 6 avril.)

Schittenhelm (A.). Ein Beitrag zur Lehre von der «ostéoarthropathie hypertrophiante» Marie's. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 mars.)

Schönborn (S.). Bemerkungen zur klinischen Beobachtung der Haut- und Sehnenreflexe der unteren Körperhälfte. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — Les réflexes cutanés et tendineux de la moitié inférieure du corps.

Schott (A.). Partielle Myotonie mit Muskelschwund. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — Myotonie partielle avec fonte musculaire.

Schupfer (F.). Ulteriore contributo allo studio dei disturbi nervosi e delle nevriti malariche, con particolare riguardo alla loro patogenesi. (*Policlinico*, partie méd., IX, 4 et 5.)

Soukhanoff (S.). Contribution à l'étude de la maladie de Korsakoff; un cas de polynévrite avec psychose polynévritique post-typhoïdique. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Spiller (W. G.). A case of complete absence of the visual system in an adult. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.)

Várady (L. von). Untersuchungen über den oculo-pupillären sensiblen Reflex. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 mars.)

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). Les données anatomiques et expérimentales sur la structure des hallucinations. (*Journ. de neurol.*, 5 mars.)

Windscheid. Die Beziehungen der Arteriosklerose zu Erkrankungen des Gehirns. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 mars.) — Des rapports entre l'artériosclérose et les affections cérébrales.

Wolff (G.). Zur Frage der Localisation der reflectorischen Pupillenstarre. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — Sur la localisation anatomique de la réaction pupillaire.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Samberger (F.). Pemphigus vegetans. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 et 15 mars.)

Schlagenhaufer (F.). Ueber viscerale Syphilis (Pancreatitis gummosa und chronische gummöse Entzündung des retroperitonealen und Beckenbindegewebes). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 3.) — Syphilis viscérale (pancréatite gommeuse et inflammation gommeuse chronique du tissu cellulaire rétropéritonéal et pelvien).

Secchi (T.). Osservazioni istologiche sui granulomi infettivi : micosi fungoide. (*Riforma med.*, 28 mars.)

Sobel (J.). Dermatomycoses in their relation to Allen's iodin test. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 mars.)

Squire (A. B.). An example of universal hirsuteness. (*Lancet*, 29 mars.)

Swales (E.). 2 cases of lupus vulgaris successfully treated with urea pura and the X-rays. (*Lancet*, 8 mars.)

Valenti (G.). Tarsite sifilitica primaria e secondaria. (*Policlinico*, 22 mars.)

Wälsch (L.). Ueber die Beziehungen zwischen Rectumstrictur, Elephantiasis vulvae und Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIX, 3.) — Des rapports entre le rétrécissement du rectum, l'éléphantiasis de la vulve et la syphilis.

Zollikofer (R.). Ueber die Haut-Tuberculide. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mars et 1er avril.)

CHIRURGIE

Riedel. Vorbedingungen und letzte Ursachen des plötzlichen Anfalles von Wurmfortsatzentzündung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Etiologie et pathogénie de l'appendicite aiguë.

Riedinger (J.). Ueber willkürliche Verrenkung des Oberarmes. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 mars.) — Luxation volontaire de l'humérus.

Rioblanc. Remarques sur quelques observations de ruptures et d'ostéomes musculaires d'origine traumatique. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mars.)

Roloff (F.). Ueber manuelle Reposition von Luxationen ohne Narkose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 19 avril.) — La réduction manuelle des luxations sans narcose.

Röpke (W.). Zur Kenntnis der Tumorbildung am harten Gaumen bei Pseudoleucämie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Les tumeurs du palais osseux dans la pseudo-leucémie.

Rosenbach (J.). Ueber den Bruch des Radius am untern Ende. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Sur la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Rosenthal. Redressement immédiat des dents. (*Policlinique*, 1er mars.)

Rothe (H.). Ein nach Leberresektion geheilter Fall von gangränösem Nabelschnurbruch. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.) — Un cas de hernie ombilicale gangrenée, guéri par la résection du foie.

Rovsing (T.). Om operativ behandling ved kroniske nefriter (tuberkulose undtaget). (*Hospitalstidende*, 1er, 8, 15 et 22 janv.) — Du traitement chirurgical des néphrites chroniques, la tuberculose rénale exceptée.

Stamm (H.). Beitrag zur Lagebestimmung von Fremdkörpern im Gehirn mittels Röntgenphotographie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 22 mars.) — Détermination du siège des corps étrangers dans le cerveau au moyen de la radiographie.

Stinson (J. C.). Pathology of appendicitis, with special reference to foreign bodies in the appendix; new surgical points. (*Med. Record*, 22 mars.) — De l'appendicite, surtout au point de vue des corps étrangers de l'appendice.

Stolz (A.). Die Gasphlegmone des Menschen: Die Mikroorganismen der Gasphlegmone. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.)

Sudeck (P.). Weitere Erfahrungen über das Operiren im Aetherrausch. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 29 mars.) — Sur les opérations pendant l'ivresse éthérique.

Sykow (W.). Ein weiterer Beitrag zur Entwicklung der Frage der Kniegelenksresektion. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 12 avril.) — Sur la résection du genou.

Talke (L.). Ueber Endresultate der von Langenbeck'schen Hämorrhoidenoperation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.) — Résultats définitifs de l'opération des hémorrhoïdes d'après le procédé de von Langenbeck.

Tavel (E.). Cystische Entartung der Sinus Herrmann und Genese der Analfisteln. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 5-6.)

Terrier (F.). De la gastro-entérostomie postérieure. (*Rev. de chir.*, avril.)

Thomas (W. S.). Simple traumatic synovitis of the knee. (*Med. News*, 22 mars.) — Synovite simple, d'origine traumatique, du genou.

Thommen. Klinische und experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Bauchcontusionen und der Peritonitis nach subcutanen Darmverletzungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les contusions abdominales et sur la péritonite consécutive aux lésions traumatiques souscutanées de l'intestin.

Tilanus (C. B.). Over de behandeling van ankylosis genu. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 avril.)

Tilmann (O.). Ueber Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Les lésions du cerveau par instruments contondants dans leurs rapports avec les fractures du crâne.

Torrance (G.). Epiplopexy in cirrhosis of the liver with ascites. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Trzebicky (R.). Zur Extraction verschluckter Fremdkörper aus Pharynx und Oesophagus. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Extraction des corps étrangers du pharynx et de l'œsophage.

Völcker (F.). Das Caput obstipum, eine intrauterine Belastungsdeformität. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.)

Walzberg (T.). Zur chirurgischen Behandlung der Aleppobeule. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Traitement chirurgical du bouton d'Alep.

Wechsberg (L.). Ueber einen Fall von Achsendrehung des Dünndarms. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 3.) — Un cas de torsion de l'intestin grêle.

Wegner. Zur Aetiologie und Therapie der durch Infection entstandenen Rectumstricturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.)

Weiss. De l'intervention chirurgicale dans les contusions abdominales. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 nov. 1901 et 1er mars.)

Wenzel (F.). Zur Behandlung der Phimose. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 fév.) — Traitement du phimosis.

Wette. Ueber Appendicitis, unter besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Indicationsstellung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.)

Wheaton (C. L.). Acute intestinal obstruction; report of a rare case of probable syphilitic origin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 mars.)

Wieting (J.). Prothesen zur Ausgleichung von Verkürzungen der Unter- Extremität. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — Appareils pour remédier aux raccourcissements de l'extrémité inférieure.

Wilms. Ueber Spaltung der Niere bei akuter Pyelonephritis mit miliaren Abszessen. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 mars.) — Sur l'incision du rein dans la pyélonéphrite aiguë avec abcès miliaires.

Zahradnicky. Ueber die primäre Resection bei gangränösen incarcerirten Hernien. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 3.)

Zesas (D. G.). Sur les luxations congénitales de la rotule. (*Rev. de chir.*, mars et avril.)

Znamensky (N.). La pyorrhée alvéolaire; anatomie pathologique, étiologie et cure radicale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 6.)

UROLOGIE

Pousson (A.). Cure radicale de l'hypertrophie de la prostate par la prostatectomie périnéale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 et 9 mars.)

Seelig (A.). Ueber Harnröhrenausflüsse. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 29 mars.) — Des écoulements uréthraux.

Sinnreich (C.). Ueber Cystenbildung am Ureter und in seiner Umgebung. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 3.) — Sur la formation de kystes dans l'uretère et dans son voisinage.

Stöckel (W.). Die Veränderungen der Blase nach Cystitis dissecans gangraenescens. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 4.) — Les altérations de la vessie consécutives à la cystite disséquante gangreneuse.

Suter (F.). Beitrag zur Pathologie und Therapie der Zottenpolypen der Harnblase. (*Centr.-Bl. für die Krankh. der Harn-und Sexual-Organe*, avril.) — Pathologie et traitement des polypes villeux de la vessie.

Violet (H.). De la prostatectomie par voie périnéale et, plus spécialement, par la voie transanorectale médiane (procédé de M. Jaboulay) dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. (*Province méd.*, 1er, 8, 15 et 22 fév., 15, 22 et 29 mars et 5 avril.)

Wallace (C. S.). Remarks on some points in the treatment and morbid anatomy of enlarged prostate. (*Brit. Med. Journ.*, 29 mars.)

OPHTALMOLOGIE

Chaillous (J.). Etude clinique des lésions conjonctivales au cours de l'érythème polymorphe. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Klein (S.). Ueber das hintere Hornhautgeschwür (Ulcus corneae posticum). (*Wien. med. Wochensch.*, 15 mars.)

Lagrange (F.). De l'amputation du segment antérieur de l'œil avec suture en bourse et capitonnage musculaire. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Leprince (A.). Troubles oculaires méningitiques. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Morax (V.). Différenciation de la conjonctivite granuleuse des infections aiguës conjonctivales. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Niémtchenkov (V.). Un nouveau procédé de traitement du trachome par une solution saturée de phénol (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

Painblan (E.). A propos de l'examen bactériologique de quelques sécrétions oculaires. (*Echo méd. du Nord*, 16 mars.)

Roscher (A.). Ueber intraokuläre Galvanokaustik. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 mars.)

Schirmer (O.). Zur Methodik der Pupillenuntersuchung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 mars.) — Technique de l'examen des pupilles.

Schrön. Ein Fall von Keratomalacie (Keratitis xerotica). (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 1er mars.)

Valude et **Morax**. Infiltration lymphoïde bilatérale de la conjonctive des culs-de-sac. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Neumann (A. E.). Zur Frage der künstlichen Sterilität phthisischer Frauen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 mars.) — De la stérilité artificielle chez les femmes phtisiques.

Pick (L.). Ueber Hyperemesis gravidarum. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 325.)

Pierce (F. E.). Chorio-epithelioma malignum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Pitha (V.). O therapii asphyxie u deti novorozenych. (*Casopis lékaru ceskych*, 15, 22 et 29 mars.)

Queirel. Accouchement spontané chez une femme rétrécie, ayant subi déjà deux symphyséotomies. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Römer (C.). Ueber scheinbar primäre, in Wirklichkeit metastatische Krebserkrankung der inneren Geschlechtsorgane bei Tumorbildung in Abdominalorganen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.) — Sur le cancer des organes génitaux internes, en apparence primaire, mais, en réalité, secondaire à des néoplasmes des viscères abdominaux.

Sellheim (H.). Prinzipien und Gefahren der Abortbehandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 mars.) — Principes et dangers du traitement de l'avortement.

Skutsch (F.). Zur Technik der Perforation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 avril.)

Smith (R.). Fibromyomatous tumors of the vagina. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Sommer (A.). Ueber den Zusammenhang dyspeptischer Beschwerden mit Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er mars.) — Des rapports qui existent entre les troubles dyspeptiques et les affections des organes génitaux chez la femme.

Stolper (L.). Ein Beitrag zur Frage der decidualen Umwandlung von Polypen während der Gravidität. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Contribution à l'étude de la transformation déciduale des polypes utérins pendant la grossesse.

Tandler (J.) et **Halban** (J.). Topographie des weiblichen Ureters bei normalen und abnormen Verhältnissen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Les rapports de l'uretère chez la femme, à l'état normal et pathologique.

Theilhaber (A.) et **Meier** (A.). Die Variationen im Bau des Mesometrium und deren Einfluss auf die Entstehung von Menorrhagien und von Fluor. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.) — Les modifications de la structure du mésométrium et leur influence sur la production des ménorrhagies et des flueurs blanches.

Thorn (W.). Ueber vaginale Myomotomien und das Verhältnis der Enukleation zur Totalexstirpation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 mars.)

Vassmer (W.). Zur Aetiologie der Placentarcysten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.)

Vedeler. Metritis hysterica. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.)

Veit (J.). Ueber die Behandlung der Eclampsie. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — Traitement de l'éclampsie.

Voigt. Die vaginale Anwendung der Braun'schen Blase in der Geburtshülfe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 1.) — Emploi vaginal du ballon de Braun en obstétrique.

Weinberg (W.). Probleme der Mehrlingsgeburtenstatistik. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 1.) — Sur les accouchements gémellaires.

Wenning (W. H.). Prolapsus uteri, with a case report. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Wertheim (E.). Kurzer Bericht über eine 3. Serie von 30 Uteruskrebsoperationen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 mars.) — 30 opérations pour cancer de l'utérus.

Westphalen (R. von). Doppelte Ruptur der Nabelvene mit (doppelter) Hämatombildung bei spontaner Geburt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 mars.) — Rupture double de la veine ombilicale avec hématome dans un accouchement spontané.

Zanoni (G.). Contributo alle moderne indicazioni dell'aborto; l'aborto nella tubercolosi polmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 2 mars.)

Zweifel (P.). Die Symphysiotomie mit besonderer Drainage des Spatium praevesicale sive Cavum Retzii per vaginam. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 mars.)

PÉDIATRIE

Muggia (A.). Appunti di semeiotica infantile; sede dell'impulso ed area cardiaca. (*Pediatria*, mars.)

Nösske (K.). Klinische Studien über Wesen und Verwendbarkeit der Intubation. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 324.)

Pels-Leusden (F.). Die operative Beseitigung der Intubationsstenosen des Larynx und der Trachea bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 3.)

Peters (H.). Ueber die Grösse der Einzelmahlzeiten der Säuglinge bei natürlicher Ernährung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.) — Sur la quantité de lait prise à chaque tétée dans l'allaitement naturel.

Rachford (B. K.). Acute influenzal nephritis in childhood. (*Med. News*, 15 mars.)

Rahn. Tracheotomie und Intubation als Stenosen-Operationen bei Diphtherie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 2.)

Randers (E.). Tuberkulosen i barnealderen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.)

Raybaud (A.). Les formes prolongées de la pneumonie lobaire chez l'enfant. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Rey (J. G.). Das epidemische Auftreten der Otitis media acuta bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 3.) — L'éclosion épidémique de l'otite moyenne aiguë.

Rosenthal (E.). Prolonged intubation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 mars.)

Salge (B.). Buttermilch als Säuglingsnahrung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 2.) — Le babeurre dans l'alimentation des nourrissons.

Saráchaga (A.). Diabetes sacarina en un niño. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.)

Schlesinger (E.). Zur Casuistik des Lebercarcinoms im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 3.) — Cancer du foie chez les enfants.

Schlossmann (A.) et **Peters** (H.). Ueber Häufigkeit und Ursachen des Todes bei der Anstaltsbehandlung kranker Säuglinge. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.) — Sur la fréquence et les causes des décès des nourrissons malades traités dans les établissements hospitaliers.

Shipley (A. E.). A broncho-pneumonia infantil. (*Brazil-medico*, 15 mars.)

Siegert (F.). Die Tracheotomie und Intubation bei Diphtherie seit der Serumbehandlung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.)

Spolverini (L. M.). Sui fermenti del latte e sui mezzi adatti a determinare la comparsa nel latte di alcuni animali di fermenti normalmente assenti. (*Policlinico*, 5 avril.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Mendel (F.). Ueber die therapeutische Verwendung des kakodylsauren Natrons und die intravenöse Arsenbehandlung. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — Emploi thérapeutique du cacodylate de soude et injections intraveineuses de préparations arsenicales.

Mircoli (S.). Ueber die Sero-Antitoxicität des Alkohols bei der Tuberkulose, und über die eventuelle Anwendung des Alkohols in der Therapie der Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 mars.)

Roos (L.). The ice-pack and its definite therapeutic advantages over other methods. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er mars.) — Les applications de glace et leurs avantages thérapeutiques.

Sellei (J.). Die Wirkung der Jodalkalien bei chlorfreier Diät. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.) — L'action des iodures alcalins administrés pendant la cure de privation de chlorures.

Smidt (H.). Die Kakodylsäure-Therapie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.)

Stanley (A.). On diphtheria antitoxin eruptions. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév.)

Strasser (A.). Die physikalische und medicamentöse Therapie des Diabetes mellitus. (*Wien. med. Presse*, 6 et 13 avril.)

Thomas. Etude clinique sur l'emploi de la spartéine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Wright (A. E.). Notes on the treatment of furunculosis, sycosis and acne by the inoculation of a staphylococcus vaccine, and generally on the treatment of localised bacterial invasions by therapeutic inoculations of the corresponding bacterial vaccines. (*Lancet*, 29 mars.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Allard (F.). Traitement électrique de la sciatique. (*Arch. d'électricité méd.*, mars.)

Benoist (L.). Le radiochromomètre et la définition expérimentale des diverses sortes de rayons X et radiations similaires. (*Arch. d'électricité méd.*, mars.)

Bordier (H.). Précis d'électrothérapie. 2e éd. In-18, 516 p. avec fig.

Régnier (L. R.). Radiothérapie et photothérapie. In-16, 92 p. avec fig.

Vernay. Traitement de la névralgie faciale par les courants galvaniques. (*Arch. d'électricité méd.*, mars.)

BACTÉRIOLOGIE

Huber (F. O.). Ueber Agglutination des Pneumococcus. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 26 avril.)

Marmorek (A.). L'unité des streptocoques pathogènes pour l'homme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Mazé (P.). Recherches sur les modes d'utilisation des aliments ternaires par les végétaux et par les microbes [1er mémoire]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Menzi (H.). Beitrag zur Züchtung und zur Biologie des Tuberkelbacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 3.) — Culture et biologie du bacille de Koch.

Moore (A.). The isolation of the typhoid bacillus. (*Brit. Med. Journ.*, 22 mars.)

Paladino-Blandini. Ricerche sulle sostanze attive nelle tifo-culture; 3. memoria. (*Riforma med.*, 17, 18, 19 et 20 mars.)

Parodi (F.). Sul rapido sviluppo del bacillo della tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 9 mars.)

Respighi (E.). Cultura del bacillo dell'ulcera venerea (bacillo di Ducrey). (*Clinica moderna*, 12 mars.)

Rieder (H.). Nochmals die bakterientötende Wirkung der Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 mars.) — L'action bactéricide des rayons de Röntgen.

Salus (G.). Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 avril.)

Wiener (E.). Ueber den Bazillus Danysz. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 mars.)

22e ANNÉE. — N° 34. Vingt centimes le numéro. 20 AOUT 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES. — Néphrites primitivement unilatérales et lésions consécutives de l'autre rein, par MM. J. Castaigne et F. Rathery 273
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Hémoglobinurie d'origine musculaire 277
Action de la fermentation alcoolique sur le bacille typhique 277
Sur la résistance électrique des cultures en bouillon de bacille tétanique 277
Sur la physiologie des leucocytes 277
Influence de l'âge du lait sur sa teneur en acide phosphorique 277
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique 277
Estomac biloculaire; tension extrême de la poche cardiaque; ponction 278
Syphilis et grossesse; avortement à répétition; nécessité d'un traitement mercuriel prophylactique 278
Publications allemandes. — Sur un nouveau type clinique de saturnisme, ressemblant à la tétanie 278
Un cas d'association de syphilis tertiaire et de carcinome du nez 279
Les capsules surrénales accessoires de Marchand et leurs tumeurs 279
De la prétendue loi de Profeta 279
De l'épuisement des réflexes tendineux et de la valeur diagnostique de ce signe dans les affections nerveuses 280
Contribution à la chirurgie de l'uretère 280
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement de la pérityphlite par l'usage interne de l'essence de térébenthine 280
Traitement de la métatarsalgie par des injections de chlorhydrate de cocaïne 280
Traitement de la coqueluche par la pyridine associée à l'usage des bromures 280
Les applications de gaïacol contre les oreillons 280
Traitement du ptérygion par la cautérisation ignée partielle 280
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Bacille tétanique et résistivité électrique de ses cultures 277²
— typhique et fermentation alcoolique 277²
Carcinome du nez et syphilis tertiaire 279¹
Cautérisation ignée partielle contre le ptérygion 280³
Cocaïne en injections contre la métatarsalgie 280²
Coqueluche 280²
Essence de térébenthine contre la pérityphlite 280²
Estomac biloculaire simulant un kyste hydatique 278²
Fermentation alcoolique et bacille d'Eberth 277²
Gaïacol en applications contre les oreillons 280³
Hémoglobinurie d'origine musculaire 277¹
Lait et sa teneur en acide phosphorique 277³
Leucocytes et leur influence sur la digestion trypsique 277³
Loi de Profeta 279³
Métatarsalgie 280²
Néphrites unilatérales 273¹
Oreillons 280³
Pérityphlite 280²
Plaies de l'uretère 280¹
Pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique 277³
Ptérygion 280³
Pyridine en inhalations contre la coqueluche 280²
Réflexes tendineux et leur épuisement 280¹
Résonateurs de haute fréquence 277³
Saturnisme simulant la tétanie 278³
Superembryonnement avec un fœtus syphilitique et l'autre sain 278³
Syphilis maternelle et prétendue immunité de l'enfant né sain 279³
— tertiaire et carcinome du nez 279¹
Traitement chirurgical des néphrites 273¹
— de la coqueluche 280²
— de la métatarsalgie 280²
— de la pérityphlite 280²
— des oreillons 280³
— des plaies de l'uretère 280¹
— du ptérygion 280³
Tumeurs des capsules surrénales accessoires de Marchand 279²
Urétéro-urétérorrhaphie circulaire 280¹
Venin de serpent et son influence favorisante sur le suc pancréatique 277³

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur Assicot est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Rudolf Jürgens est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Antonio Gnudi est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Alexandre Rosner, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Hermann Pfister, privatdocent de psychiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Silvio Genta est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Wilhelm Scholz est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Heidelberg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs R. H. Weber (*physiologie*); Fridolin Marschall (*hygiène*).

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur A. Mermod (d'Yverdon) est nommé professeur extraordinaire d'otologie et de laryngologie, en remplacement de M. L. Secretan, décédé.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur F. Saxer, privatdocent d'anatomie pathologique, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Girolamo Gatti, privatdocent à la Faculté de médecine de Parme, est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Malioutine est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Siegfried Mollier, professeur extraordinaire d'anatomie, est nommé professeur ordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Adolphe Remmert, inspecteur général du service de santé de l'armée russe. — M. le docteur Schenk, ancien professeur d'embryologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Rudolf von Bennigsen, ancien président supérieur de la province de Hanovre. — M. le docteur Luis Rodriguez Seoane, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Santiago.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1901 inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Audebert-Lasrochas (G.). Contribution à l'étude de la porokératose.

Bazerolle (A.-E.). Le vin.

Beauchef (P.). Le massage en thérapeutique cutanée; son action physiologique, ses indications et son emploi.

Beauperthuy (G.). Rapports de la syphilis avec certaines dermatoses coexistantes.

Berrier (A.). Contribution à l'étude de la coexistence de l'ulcère et du cancer de l'estomac, et des perforations de l'estomac au cours du cancer.

Blandin (L.). Epilepsie traumatique consécutive aux plaies du crâne par armes à feu.

Blouet (C.). Le « polype saignant » de la cloison nasale (angio-fibromyxome).

Borne (G.). Vaccination et revaccinations obligatoires, en application de la loi sur la protection de la santé publique.

Boulade. La coqueluche aux Enfants-Malades en 1901 (étude statistique et clinique).

Caradja (C.). Uréthrostomie périnéale (périnéostomie) ou opération de Poncet.

Cassé (R.). Zona de la troisième branche du trijumeau.

Chavastelon (E.). De la nature tuberculeuse des pleurésies séro-fibrineuses d'origine traumatique (application de ces faits à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail).

Clésinger (H.). Etude sur les eaux minérales de Besançon-la-Mouillère, le Salies franc-comtois.

Coutard (H.). Lésions extrapéritonéales de la vessie et du rectum dans les fractures du bassin.

Dalban (P.). De l'influence des dispositions anatomiques sur la marche des abcès dentaires.

Duprat (H.). Le képhir; sa valeur thérapeutique, son emploi chez les enfants.

Durandard (M.). Contribution à l'étude des artérites syphilitiques des membres.

Esmenard (J.). Contribution à l'étude du phénomène des orteils dans l'épilepsie.

Fargues (E.-A.-E.). Contribution à l'étude de la topographie des troubles sensitifs dans la syringomyélie.

Fédoroff (Mlle N.). L'anémie bothriocéphalique.

Fortin (P.). De la myopie acquise dans les lésions cicatricielles de la cornée.

Gaillard (H.). De la polyarthrite aiguë tuberculeuse à allures cliniques rhumatismales (pseudo-rhumatisme tuberculeux aigu).

Gontier (P.). Traitement des phlegmasies mammaires par la réfrigération.

Hazard (H.). Rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement, en dehors de celle qui est occasionnée par les tumeurs.

Herscher (M.). Origine rénale de l'urobiline.

Hibert (E.). De l'emploi des éthers salicyliques dans le traitement du rhumatisme.

Jaume (F.). De la dacryocystite aiguë primitive.

Jourdanne (H.). Des névralgies d'origine paludéenne.

Kerambrun (D.). Contribution à l'étude des kystes appendiculaires et para-cæcaux.

Kresser (H.). Les limites ultimes de l'opérabilité en chirurgie d'urgence.

Lagardère (G.). La sciatique dans le diabète.

Langeron (M.). Le genre *Aleurites* (Euphorbiacées); systématique, anatomie, pharmacologie.

Lebailly (L.). Contribution à l'étude du bubon scarlatineux.

Lebreton (L.). De l'actinomycose dans le département de la Seine (juin 1902).

Lecoconnier (L.). Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme noueux.

Lefizelier (L.). Des traumatismes de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant.

Leroy (L.). De la gastro-entérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac.

Maze (J.). De la méthode de dédoublement dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales.

Mazet (H.). Diagnostic et traitement des prostatites mixtes.

Ménard (P.). Des variétés anatomiques de l'appendice cæcal et de leur influence sur la pathologie de l'appendicite.

Millant (R.). Castration criminelle et maniaque (étude historique et médico-légale).

Pélicier (A.). De la transposition opératoire du testicule (méthode et procédés de Longuet).

Pimpot (J.-L.). Contribution à l'étude de la gélatine comme hémostatique (administration par voie buccale).

Pommeret (J.). La fièvre aphteuse; sa nature, ses formes cliniques.

Potel (G.-H.). Amnésie continue associée aux névrites périphériques.

Quiserne (P.). Des polyglobulies.

Robelin (H.-L.-Ch.). Modifications organiques des rejetons de mères tuberculeuses (mécanisme de ces modifications).

Rouet (A.). Traitement des pleurésies à répétition par l'injection gazeuse intra-pleurale.

Scemama (M.). Des hernies inguino-superficielles.

Sesboué (Ch.). Etude des mesures sanitaires résultant de l'application de la loi du 15 février 1902.

Setbon (C.). La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde des enfants.

Yaïch dit Jaïs (S.). De la cholédochotomie sans sutures.

PHYSIOLOGIE

Adam (G.). From ether to the physiologic unit. In-8°, 14 p. San Francisco.

Bainbridge (F. A.). On the formation of lymph by the liver. (*Journ. of Physiol.*, mai.)

Barbèra (A. G.). Contributo sperimentale alla fisiologia del digiuno. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, janv.)

Bouïnévitch (K.). Contribution à la théorie de la formation de l'urée (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril.)

Crile (G. W.). On the effect of severing and of mechanically irritating the vagi. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Croftan (A. C.). The function of the soluble ferments of the blood in intracellular digestion. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 mai.)

Dufourt (E.). De certaines modifications de la nutrition sous l'influence du régime carné exclusif. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Eijkman (P. H.). Bewegingsfotografie med Röntgenstralen. In-8°, 12 p. avec fig. Amsterdam.

Fano (G.). Sui fenomeni elettrici del cuore. (*Sperimentale*, LVI, 1.)

Fasola. Sulla peristaltica intestinale; nuove ricerche sperimentali. (*Sperimentale*, LVI, 1.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bollinger (O.). Atlas-manuel d'anatomie pathologique (édition française par A. Gouget). In-16, 112 p. avec fig. et planches.

Bolton (Ch.). The heart in diphtheria. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Le cœur dans la diphtérie.

Dunlop (G. H. M.). A case of chloroma, with pathological report and some notes descriptive of the disease. (*Brit. Med. Journ.*, 3 mai.)

Finotti (R.) et **Tedeschi** (E.). Alterazione delle capsule surrenali e pellagra. (*Riforma med.*, 23 et 24 avril.)

Friedländer (G.). Sarcome, Riesenzellensarcome und Plasmazellen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 1.) — Sarcomes, sarcomes à cellules géantes et *Plasmazellen*.

Glinski (L. K.). Ueber polypenförmige Mischgeschwülste des Oesophagus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVII, 3.) — Les tumeurs mixtes polypoïdes de l'œsophage.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Capogrossi (A.). Contributo allo studio del potere agglutinante del siero di sangue umano sui globuli rossi; nota preliminare. (*Riforma med.*, 8 avril.)

Carducci (A.). Contributo allo studio delle emolisine. (*Policlinico*, 19 avril.)

Cluzet (J.). Sur la loi d'excitation des nerfs à l'état pathologique. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

D'Alfonso (N. R.). La dottrina dei temperamenti nell'antichità e ai nostri giorni. In-8°, 77 p. Rome.

Danysz (J.). Contribution à l'étude des propriétés et de la nature des mélanges des toxines avec leurs antitoxines. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Enriquez (E.) et **Sicard** (J.-A.). Les oxydations de l'organisme (oxydases). In-16, 88 p.

Gladin (P. G.). Ueber den Einfluss von Injectionen leukotoxischen Serums auf die Morphologie des Blutes. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23 et 26 avril.) — Influence des injections de sérums leucotoxiques sur la morphologie du sang.

Grube (K.). Ueber den Einfluss des Fettes auf die Aceton- und Säureausscheidung beim Diabetiker. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VI, 1.) — De l'influence exercée par les graisses sur l'élimination d'acétone et d'acides chez le diabétique.

MÉDECINE

Abrams (A.). Röntgen rays in pulmonary disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 mai.)

Aron (E.). Die Mechanik und Therapie des Pneumothorax; eine klinisch-experimentelle Studie. In-8°, 60 p. avec planches. Berlin.

Ascoli (G.). Ueber überzählige Venenpulse; zur Klinik der Dissociation der Herzfunctionen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — Pouls veineux surnuméraire.

Baccarani-Solimei (U.). Sul rantolo crepitante fisiologico e su taluni altri rantoli congeneri che si osservano in vari stati morbosi. (*Clinica moderna*, 16 avril.)

Bajénov (V.). Cancer du pancréas (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 7.)

Barbary (F.). Contribution à l'étude du traitement des coliques hépatiques à répétition. In-8°, 9 p. Nice.

Blad (A.). Ueber Streichauscultation und Transsonanz, besonders die Bestimmung der Ventrikelgrenzen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — L'auscultation par transsonance, surtout au point de vue de la délimitation de l'estomac.

Boas (J.) et **Kachmann** (A.). Weitere Beiträge zur Lehre von den okkulten Magenblutungen. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VIII, 1-2.) — Nouvelles recherches sur les gastrorrhagies occultes.

Braun (L.). Ueber « reflectorische Herzaffectionen ». (*Wien. med. Presse*, 27 avril.) — « Cardiopathies réflexes ».

Brunazzi (G.). Sopra una forma di tetania in un caso di gastrosuccorrea. (*Gazz. degli Osped.*, 20 avril.)

Bruneau (A.). De la valeur de la ponction lombaire pour le diagnostic de l'hémorrhagie méningée. (*Marseille méd.*, 15 avril.)

Burwinkel. Chronische Herz-und Lungenleiden in ihren Wechselbeziehungen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 28 avril.) — Rapports entre les affections chroniques du cœur et les maladies chroniques des poumons.

Cahn (A.). Ueber Paranephritis und Pyonephrose nach Hautfurunkeln. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 mai.) — Paranéphrite et pyonéphrose consécutives aux furoncles de la peau.

Calvo (A.). Sull'achilia gastrica. (*Riv. critica di clinica medica*, 7 et 14 juin.)

Cionini (E.) et **Pini** (A.). Dell'importanza della pepsina nella digestione gastrica, studiata specialmente in alcune malattie dello stomaco ed in altri stati patologici. (*Clinica moderna*, 30 avril, 14 et 21 mai.)

Crook (J. K.). On the early diagnosis of pleuritic effusions. (*Med. News*, 12 avril.) — Diagnostic précoce des épanchements pleurétiques.

MALADIES INFECTIEUSES

Amrein (O.). Die Infektiosität der Tuberkulose. In-8°, 37 p. Saint-Gall.

Andvord (K. F.). Tuberkulosens mortalitet og morbiditet. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.)

Anselmi (E.). Li insetti nella trasmissione delle malattie infettive. In-8°, 40 p. Brescia.

Arapov (A.). La suppuration typhoïdique et la réaction de Widal-Gruber (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 avril.)

Austregesilo (A.). A dor epigastrica e a congestão hepatica no beriberi. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 mai.)

Badaloni (G. G.). La malaria in rapporto alla coltivazione del riso nella provincia di Bologna. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, mars.)

Bancel (L.). De la non-agglutinabilité primitive ou de la moindre agglutinabilité de quelques bacilles d'Eberth provenant de l'organisme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Bandi (I.). Contribution à l'étude bactériologique de la fièvre jaune; nouvelle méthode rapide de recherche du bacille ictéroïde. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 mai.)

Benoit et **Bruneau**. Absence de la réaction agglutinante dans le sang d'un fœtus de quatre mois, expulsé au cours d'une fièvre typhoïde. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

Bertrand (L.) et **Klynens** (J.). La malaria. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juillet-août-sept., oct.-nov.-déc. 1901 et janv.-fév.-mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alexéiev (M.). Claudication intermittente et maladie de Raynaud (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

Aporti (F.). Sulle nevrosi intestinali; studio clinico-sperimentale. In-8°, 172 p. Parme.

Atti dell'XI° Congresso della Società freniatrica italiana (Ancona, 29 Settembre-3 Ottobre 1901). In-8°, 490 p. Reggio-Emilia.

Bloch (I.). Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. 1re partie. In-8°, 272 p. Dresde.

Bolli (V.). Contributo allo studio clinico delle amiotrofie progressive. (*Morgagni*, janv.)

Bonnamour (S.). Paralysies des nerfs de la main d'origine traumatique. (*Province méd.*, 26 avril.)

Brodie (T. G.) et **Halliburton** (W. D.). Fatigue in non-medullated nerves. (*Journ. of Physiol.*, mai.)

Buch (M.). Zur Pathologie des Sympathicus. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 3 et 4 et XXXV, 1.)

Church (A.) et **Peterson** (F.). Nervous and mental diseases. 3e éd. In-8°, 868 p. avec fig. Londres.

Combemale et **Ingelrans**. A l'appui de l'origine infectieuse de certains cas de maladie de Friedreich. (*Echo méd. du Nord*, 4 mai.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Beck (C.) et **Grósz** (J.). Ueber Lichen scrophulosorum und dessen Beziehungen zu den « tuberculides cutanées Darier ». (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 1-2.)

Bialobjesky (V.). Le phosphore dans le traitement de la pelade (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 9.)

Blake (E.). Eczema and its congeners; their pathology and bacteriology, with some recent improvements in their treatment. In-8°, 156 p. Londres.

Casavecchia. 3 casi di iperostosi diffusa da sifilide ereditaria. (*Gazz. degli Osped.*, 6 avril.)

Cathelineau (H.). Affections cutanées artificielles. 1re partie : substances chimiques et végétales. In-8°, 223 p. Angers.

Edwards (F. S.). The treatment of gonorrhœa, with special reference to bladder irrigation. (*Lancet*, 12 avril.) — Traitement de la blennorrhagie, surtout par des lavages de la vessie.

Grön (F.). Om merkurielle exanthemer. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.)

Magalhães (P. S. de). Um caso de monilethrix (cabellos fuselados). (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 avril.) — Cheveux moniliformes.

Montgomery (D. W.). Instances of spontaneous cure in a leper family. (*Med. Record*, 19 avril.)

Petersen (O. von). Die tuberculösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — Les affections tuberculeuses de la peau dans leurs rapports avec les organes internes.

CHIRURGIE

Balacescu. Die totale und bilaterale Resection des Sympathicus cervicalis beim Morbus Basedowii. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 1.)

Baldassari (L.). Alcune applicazioni del magnesio nella chirurgia; nota preventiva. In-8°, 7 p. Ferrare.

Bichat. Plaie de la moelle cervicale par instrument tranchant. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai.)

Bolton (P. R.). Subcutaneous injury of the brachial plexus. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Chetwood (Ch. H.). Plastic operation for restoration of the sphincter ani, with report of a case. (*Med. Record*, 5 avril.)

Clari (A.). Intorno a un caso di dito-a-scatto. (*Riforma med.*, 17 avril.) — Un cas de doigt à ressort.

Clarke (J.). Some observations on the pathogeny and treatment of pes cavus. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

Croës (J. de). Sinus et sinusites maxillaires (anatomie, physiologie, pathologie et traitement). In-8°, 243 p. avec fig.

Darcourt. Des règles qui fixent l'opacité aux rayons X des diverses poudres antiseptiques. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

De Gaetano (L.). Un caso di lussazione dorsale della testa del capitato, con contributo al meccanismo di produzione e riduzione di questa lussazione. (*Policlinico*, partie chir., IX, 4.)

Doglioni (G.). Contributo allo studio della deviazione chirurgica del sangue della vena porta. (*Riforma med.*, 2 avril.)

Douriez (H.). Anus herniaire datant de 37 mois; guérison. (*Echo méd. du Nord*, 13 avril.)

Pichler (R.). Die Festigkeit der Bauchdeckennarbe nach Laparotomieen bei der primären Naht und bei der Mikulicz-Drainage. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.) — La solidité de la cicatrice post-laparotomique dans les cas de réunion par première intention et après drainage selon le procédé de Mikulicz.

Pieniazek. Bemerkungen über die Extraction der Fremdkörper aus der Speiseröhre. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Extraction des corps étrangers de l'œsophage.

Potel (G.). Sur la pathogénie de quelques kystes du mésentère. (*Echo méd. du Nord*, 2 mars.)

Purves (R.). Post-operative hæmatemesis, with notes of 11 cases. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.)

Pusateri (S.). Un caso di estirpazione completa della parotide per carcinoma recidivante con diffusioni glandolari e cutanee. (*Riforma med.*, 13 mars.)

Quervain (F. de). Ueber partielle seitliche Rhinoplastik. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 15 mars.)

Renner (L.). Zur Frage der traumatischen Hernien. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abrahams (R.). Venesection and transfusion in puerperal eclampsia. (*Med. News*, 24 mai.)

Abuladse (A.). Zur Frage der conservativen Operationsmethode bei interstitiellen und submucösen Fibromyomen des Uterus mittels Laparotomie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.)

Boni. Un caso di distocia da ipertrofia del collo dell'utero. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, janv.-fév.)

Condamin (R.). De la transformation néoplasique du moignon utérin après l'hystérectomie subtotale. (*Lyon méd.*, 13 avril.)

Döderlein (A.). Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. 5e éd. In-8°, 190 p. avec fig. Leipzig. — Guide pour les opérations obstétricales.

Eddé (N.). Sérothérapie et infections puerpérales. (*Egypte méd.*, 15 avril.)

Fiori (P.). L'istologia delle trombe Faloppiane durante la gestazione dell'utero. (*Riforma med.*, 3 avril.)

Fournier (C.). Difficultés du diagnostic de la grossesse extra-utérine. (*Gaz. méd. de Picardie*, mai.)

Gigli. Suture profonde amovibili nelle lacerazioni perineali. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, mars.)

Godart (J.). Eventration complète spontanée le dixième jour après une laparotomie; sortie d'une anse intestinale; suture; guérison. (*Policlinique*, 15 avril.)

Gräfe (M.). Ueber einen Fall von Chorio-Epithelioma malignum. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 mai.)

Gross (G.). De l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement de la métrite hémorrhagique. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.)

PÉDIATRIE

Armstrong (H.). A note on the infantile mortality from tuberculous meningitis and tabes mesenterica. (*Brit. Med. Journ.*, 26 avril.)

Ausset (E.). Les convulsions de l'enfance; étiologie, symptômes, diagnostic et traitement. (*Echo méd. du Nord*, 20 avril.)

Bacialli (P.). Sulla meningite dei bambini consecutiva a difterite laringea. (*Gazz. degli Osped.*, 20 avril.)

Broca (A.). Leçons cliniques de chirurgie infantile. In-8°, 500 p. avec fig.

Carrière (G.). Sur un cas de paramyoclonus multiplex et de lordo-scoliose hystériques chez un enfant. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Cattaneo (C.). Ueber einige Reflexe im ersten Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 4.) — Sur quelques réflexes dans la première enfance.

Cronheim (W.) et **Müller** (E.). Versuche über den Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings, mit besonderer Berücksichtigung des organisch gebundenen Phosphors. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VI, 1.) — Recherches sur les échanges organiques et dynamiques chez le nourrisson, surtout au point de vue des combinaisons organiques du phosphore.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Anderodias. Les polypes muqueux des fosses nasales. (*Gaz. méd. de Picardie*, avril.)

Baratoux (J.). Des injections de paraffine dans les cas de déformations du nez. (*Progrès médical*, 17 mai.)

Barstow (D.). A contribution to the study of peritonsillar abscess. (*Med. Record*, 19 avril.)

Bissell (W. G.). The bacterial pathology, symptomatology, diagnosis, treatment and quarantine of tonsillar inflammations. (*Med. News*, 31 mai.)

Burnett (Ch. H.). Somnolence caused by an ear lesion. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 mars.) — Somnolence due à une lésion de l'oreille.

Castex (A.). Maladies de la voix. In-8°, 318 p. avec fig.

D'Alfonso (N. R.). Le anomalie del linguaggio e la loro educabilità. In-8°, 45 p. Rome.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bernabei (C.) et **Liotta**. Emfisiterapia enterica ossigenata. (*Morgagni*, avril.)

Burt (S.). Treatment of pneumonia. (*Med. Record*, 26 avril.)

Colmayer (D.). Contributo alla terapia del morbo di Basedow. (*Policlinico*, 19 avril.)

Daniel (C.). Mémorial thérapeutique. In-12, 240 p.

Deguy (M.) et **Weill** (B.). Manuel pratique du traitement de la diphtérie (sérothérapie, tubage, trachéotomie). In-8°, 295 p. avec fig.

Delherm (L.). L'ozone dans la coqueluche. (*Arch. de méd. des enfants*, mai.)

Dor (L.). Une nouvelle médication martiale : le nucléinate de fer. (*Lyon méd.*, 20 avril.)

Duhot (R.). Abcès chimiques consécutifs à l'emploi simultané de préparations hydrargyriques et iodées. (*Ann. de la policlinique centrale de Bruxelles*, avril.)

Foveau de Courmelles (V.). Les lumières froides et refroidies en thérapeutique. (*Bull. officiel de la Soc. méd. des praticiens*, mai.)

22e ANNÉE. — N° 35. Vingt centimes le numéro. 27 AOUT 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — Les échanges organiques pendant la période fébrile et la convalescence des maladies infectieuses, par M. le professeur A. Jaquet 281

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* Sur la botryomycose humaine 284
Sur les luxations congénitales de la rotule 284
Grossesse extra-utérine ovarienne datant de huit ans 284
Sur quelques cas d'angines à tétragènes 284
L'ankylose vicieuse du genou 285

Publications allemandes. — Un cas de guérison de méningite tuberculeuse chez un enfant 285
Du raccourcissement des ligaments ronds par voie vaginale 285
Sur un cas de myélite diffuse aiguë survenue à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone 285
La symphyséotomie avec drainage spécial de la cavité de Retzius 286
Un cas de gangrène chronique du pharynx. 286
De la dystopie du rein 286

Publications anglaises. — La technique de la néphropexie 286
Phlébolithes des veines ovariennes simulant des calculs urétéraux 287

Publications italiennes. — Hypertrophie fonctionnelle compensatrice entre les parotides et le pancréas 287
Macrodactylie lipomateuse associée à une pseudo-hypertrophie du nerf médian 287
Expériences sur l'hémostase du foie 287

Publications scandinaves. — La tuberculose chez les enfants 287
Un cas de collapsus subit avec arrêt de la respiration et cyanose (spasme de la glotte ?) comme conséquence de l'opération des végétations adénoïdes; trachéotomie; guérison 288

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Quelques moyens pour éviter les douleurs au cours des soins consécutifs aux opérations septiques 288
Valeur de l'ichtyol dans le traitement des kératites 288
Traitement de la sciatique par des injections sous-cutanées d'atropine à haute dose ... 288

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Angines primitives à tétragènes 284³
Ankylose vicieuse du genou 285¹
Atropine à haute dose en injections hypodermiques contre la sciatique 288³
Botryomycose humaine 284¹
Collapsus à la suite de l'opération de végétations adénoïdes 288¹
Compensation entre le pancréas et les parotides 287¹
Convalescence des maladies infectieuses et échanges organiques 281¹
Déviations utérines 285³
Dystopie du rein 286²
Echanges respiratoires et maladies infectieuses 281¹
Emissions sanguines contre la méningite tuberculeuse 285²
Fièvre et échanges organiques 281¹
Gangrène chronique du pharynx 286¹
Grossesse extra-utérine ovarienne datant de huit ans 284³
Hémostase du foie 287²
Hypertrophie fonctionnelle compensatrice entre les parotides et le pancréas 287¹
Ichtyol contre les kératites 288³
Intoxication oxycarbonée et myélite diffuse 285³
Kératites 288³
Luxations congénitales de la rotule 284²
Macrodactylie lipomateuse 287²
Maladies infectieuses et échanges respiratoires 281¹
Méningite tuberculeuse guérie 285²
Myélite diffuse par intoxication oxycarbonée 285³
Néphropexie et sa technique 286³
Phlébolithes ovariennes simulant des calculs urétéraux 287¹
Plaies infectées 288²
Pseudo-hypertrophie du nerf médian et macrodactylie lipomateuse 287²
Raccourcissement des ligaments ronds par voie vaginale 285³
Sciatique 288³
Symphyséotomie avec drainage de la cavité de Retzius 286¹
Traitement de la méningite tuberculeuse 285²
— de la néphroptose 286³
— de la sciatique 288³
— de la tuberculose infantile 287³
— des angines à tétragènes 284³
— des ankyloses vicieuses du genou 285¹
— des déviations utérines 285³
— des kératites 288³
— des luxations congénitales de la rotule 284²
— des plaies infectées 288²
Tuberculose infantile 287³
Végétations adénoïdes et collapsus à la suite de leur ablation 288¹

VARIA

Comme quoi le Comité exécutif du Congrès de Madrid a violé le principe du Congrès international de médecine.

Dans notre numéro du 18 juin dernier, nous avons signalé la faute *lourde* commise par le Comité d'organisation du quatorzième Congrès international de médecine qui doit se tenir l'année prochaine à Madrid. Le principe du Congrès international de médecine, scrupuleusement respecté jusqu'ici par tous les Comités exécutifs des réunions précédentes, est celui-ci : Ne peuvent en faire partie que les médecins qui en font la demande et les savants présentés par le Comité exécutif ou par les comités étrangers. Or, ce principe, sans le maintien duquel il ne pourrait pas y avoir un véritable Congrès de médecine, a été violé par le Comité exécutif, comme cela ressort d'une manière indéniable du texte de l'article 2 du règlement du Congrès de Madrid, que nous avons déjà mis sous les yeux de nos lecteurs et que nous reproduisons à nouveau aujourd'hui :

Le Congrès se composera de médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part à ses travaux, ainsi que les représentants de la presse.

A la suite de la publication de notre précédent article sur ce sujet, le Comité exécutif a reçu une série de protestations contre une telle méconnaissance de ses devoirs; mais, à en juger par la note qu'il a communiquée à la date du 16 août, il ne paraît pas avoir compris toute la gravité de sa faute. Voici ce que dit cette note :

« Plusieurs demandes sont parvenues au Comité exécutif au sujet de l'extension de l'article 2 du règlement qui parle de l'admission comme membres du Congrès de toutes les personnes étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique : il va sans dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la science médicale. »

Ceci va manifestement à l'encontre de la vérité.

Tout d'abord, il y a lieu de faire remarquer que le Comité exécutif n'a pas les pouvoirs d'étendre les conditions d'admission au Congrès, en violant le principe même de cette réunion qui doit rester exclusivement composée de médecins. Le Comité de Madrid a reçu et accepté la mission d'organiser le quatorzième Congrès international de médecine, sous la condition tacite qu'il se conformerait aux précédents, et il n'a pas le droit d'apporter, *proprio motu*, à la composition même du Congrès des modifications de nature à faire perdre à cette réunion son caractère exclusivement médical. Or, c'est ce qu'a fait le Comité exécutif de Madrid en édictant dans le premier paragraphe de l'article 2 du règlement que « le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales ». Et le Comité, de peur de rester à court d'argent et trouvant que la brèche n'était pas encore assez grande pour que tous pussent y passer, a décidé, dans le second paragraphe du même article, que « pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part à ses travaux ». Quand le Comité vient dire « que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la science médicale », il y a lieu de lui répondre que cette phrase peut à la rigueur s'appliquer au premier paragraphe de l'article 2, mais qu'elle ne vise nullement le second paragraphe dudit article, lequel laisse la porte ouverte à tous ceux qui ne sont ni pharmaciens, ni dentistes, ni vétérinaires, ni sages-femmes, et même aux « représentants de la presse » dépourvus d'un titre quelconque.

Ce ne sera plus un Congrès de médecine, mais un Congrès de médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, sages-femmes, professeurs de tous degrés et de toutes branches, journalistes politiques. Quel est le médecin, homme de science ou praticien consciencieux, qui, voyant sa dignité professionnelle méconnue à ce point, consentira à faire partie d'un pareil Congrès ? Quel est le journal de médecine, d'un caractère véritablement technique, qui ouvrira ses colonnes au compte rendu des travaux d'une telle réunion d'hommes étrangers à notre profession ? Il ne faut pas être grand prophète pour prédire que, dans ces conditions, le Congrès de Madrid est d'avance mort-né.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Bachmann (L.). Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total de l'urine ou rapport azoturique dans quelques maladies infectieuses.

Baracoff-Dimitre. Du rôle des troubles de la nutrition dans la pathogénie de la folie puerpérale.

Bélètre (F.). La ponction lombaire chez les syphilitiques; cytologie du liquide céphalo-rachidien.

Bérigaud (J.). Cure hygio-diététique associée à la cure d'altitude dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Bonnel (A.). Contribution à l'étude de la tuberculose osseuse juxta-articulaire.

Boyer (J.). Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie.

Cabon. Etude sur les accidents paralytiques.

Camuset (R.-H.). Contribution à l'étude de l'artérite dite spontanée.

Carlet (P.). Les pleurésies biliaires.

Cattier (G.). Contribution à l'étude de l'eau oxygénée; ses applications en obstétrique.

Chamaillard (L.). Maladie de Basedow.

Chaumier (A.). La variole, maladie professionnelle évitable (étude d'hygiène sociale).

Chenais (L.). Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique.

Cistrier (E.). Contribution à l'étude des plaies de la région vulvaire lors de l'accouchement chez les primipares.

Cochet (E.). Etude sur S.-A. Tissot (1728-1797).

Delacour (G.). Notes sur quelques agents de la médication substitutive fractionnée dans le traitement de l'eczéma.

Dennecé (J.). Du rôle de l'insuffisance musculaire dans la pathogénie des éventrations.

Duperrier (P.-A.). Essai sur la gangrène pulmonaire.

Faidherbe (J.). La mécanothérapie et les blessés du travail.

Frenzel. La mortalité par tuberculose pulmonaire à Saint-Pétersbourg et à Paris (1880-1899).

Gallony (G.). Contribution à l'étude des luxations du semi-lunaire.

Gaussin (E.). Recherches expérimentales sur les altérations de l'air déterminées par la respiration dans les milieux à atmosphère confinée.

Génévrier (L.). Contribution à l'étude de l'iode en solution dans un carbure d'hydrogène (métall-iode).

Genglaire (E.). Contribution à l'étude clinique de l'aspirine (acide acétylsalicylique).

Gennet (V.). Etude comparée des réactions de Hay et de Salkowski dans l'urine.

Got (L.). Contribution à l'étude des inflexions de l'épiphyse supérieure du tibia sur la diaphyse.

Graillot (P.). Contribution à l'étude de la gastrostomie par le procédé de Fontan.

Guéguen (E.). De la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne et du rachis.

Guichard (Ch.-A.). De la ténotomie du tendon d'Achille dans les fractures de jambes.

Hideux (G.). Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique.

Khayat (R.). Prophylaxie de la peste par la destruction des insectes et des rongeurs.

Labussière (V.). Etude médico-légale de la survie.

Lagarde (M.). Contribution à l'étude des injections de paraffine dans leurs applications générales en chirurgie.

Le Gros (F.-L.). Monographie des streptocoques et des agents des septicémies métadiphtériques, particulièrement des diplocoques.

Lelièvre (E.). Variole et grossesse; leur influence réciproque chez la mère et l'enfant; vaccine chez la femme enceinte et le nouveau-né (d'après les faits recueillis à l'Hôtel-Dieu d'Angers pendant l'épidémie de 1901).

Lenglet (E.). Vue d'ensemble sur quelques dermatoses congénitales, et, en particulier, sur les érythrodermies congénitales ichthyosiformes avec hyperépidermotrophie de Vidal-Brocq.

Le Prieur (R.). Sur les aphasies sensorielles; la cécité et la surdité verbales pures.

Lévy (A.). L'enseignement de l'hygiène individuelle dans les écoles.

Liberman (M[lle]). La psychose polynévritique de Korsakoff.

Majerczak (M[lle] D.). De la lymphadénie chez les syphilitiques.

Marcotte (L.). Contribution à l'étude du sang dans le cancer.

Medici. L'assistance familiale des aliénés: colonie de la Seine à Levet (Cher).

Michel (L.). Contribution à l'étude des mélanodermies: les mélanodermies biliaires.

Monsseaux (A.). Etude anatomique et clinique des localisations cancéreuses sur les racines rachidiennes et sur le système nerveux périphérique.

Montier (P.). Contribution au diagnostic de la forme pulmonaire de la fièvre typhoïde; examen des urines et du sang.

Moraes Miranda (J.-J. de). Contribution à l'étude de l'acétopyrine et de ses applications thérapeutiques.

Peyre (L.-F.-M.). Contribution à l'étude clinique de l'arythmie chez le vieillard.

Picarougne (J.). Contribution à l'étude de l'embolie et de l'infarctus pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde.

Ranaivo (Ch.). Pratiques et croyances des Malgaches relatives aux accouchements et à la médecine infantile.

Roubaud (L.). Contribution à l'étude anatomique des lymphatiques du larynx.

Solacolu (Th.). Etude clinique sur un sel soluble de théobromine (l'agurine).

Souhaut (L.). Etude sur le rétrécissement de l'artère pulmonaire dans ses rapports avec la tuberculose du poumon.

Szczawinska (Wanda). Sérums cytotoxiques.

Tanquerel des Planches (R.). Contribution à l'étude des intoxications professionnelles (cuprisme, zincisme, hydrargyrisme).

Vilaire-Cabèche (L.). Etude clinique de l'achondroplasie.

Vincelet (L.-G.). Contribution à l'étude de la maladie d'Addison; tuberculose génitale et tuberculose surrénale.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Korbsch. Zur Carcinomfrage. (*Neue med. Presse*, 20 mai.)

Le Calvé (J.). Contribution à l'étude de deux toxines intestinales. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Lépine (R.). Sur l'existence de leucomaïnes diabétogènes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 avril.)

Leyden (E. von), **Kirchner** et **Hirschberg** (E.). Bericht über die vom Komitee für Krebsforschung am 15. Oktober 1900 erhobene Sammelforschung. In-4°, 76 p. avec cartes. Iéna. — Les résultats de l'enquête faite le 15 octobre 1900 sur le cancer en Allemagne, avec le rapport sur l'enquête faite à la même date en Hollande.

Nichols (E. H.). The relation of blastomycetes to cancer. (*Journ. of Med. Research*, avril.)

Ravenel (M. P.). The intercommunicability of human and bovine tuberculosis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.)

Ruffer (M. A.) et **Crendiropoulo** (M.). A contribution to the study of the presence and formation of agglutinins in the blood. (*Brit. Med. Journ.*, 5 avril.) — Des agglutinines dans le sang.

Simon (P.). Des diathèses. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.)

Van Emden (J. E. G.). Over eosinophile cellen in den darminhoud, in het bijzonder bij enteritis membranacea en colica mucosa, en over de analogie tusschen colica mucosa en asthma nervosum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1[er] mars.)

Weill (E.) et **Descos** (A.). La formule hémoleucocytaire de la varicelle. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

MÉDECINE

Casparie (J.) et **Zeehuisen** (H.). Ueber Schultermessung bei normalen Personen und über den diagnostischen Wert derselben bei Lähmungen respective Neurosen der Schulter. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 24 et 31 mai.) — La mensuration des épaules chez les sujets normaux et sa valeur diagnostique dans les cas de paralysies scapulaires.

D'Amato (L.). Contributo alla clinica e all'anatomia patologica del diabete traumatico. (*Ann. di nevrologia*, XX, 2.)

De Renzi (E.). Cisti da echinococco del fegato. (*Gazz. degli Osped.*, 13 avril.) — Kystes hydatiques du foie.

Donner (H.). Ueber Arteriosklerose (Verkalkung der Arterien). In-8°, 207 p. Stuttgart.

Faber (K.). Ueber Darmdyspepsie. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VIII, 1-2.) — De la dyspepsie intestinale.

Ferrannini (L.) et **Pirrone** (D.). Die Volumetrie und genaue Lagebestimmung der Fremdkörper und der inneren Organe mittels Radioskopie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 3 mai.) — La volumétrie et la localisation exacte des corps étrangers et des organes internes au moyen de la radioscopie.

Flatau (G.). Ueber Gesundheitsstörungen nach Einwirkung von Starkstrom. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 30 avril.) — Les troubles consécutifs à l'action des courants électriques intenses.

Galvagni (E.). Lezione sopra un caso di malattia di Banti in una geofaga. (*Clinica moderna*, 23 avril.)

Grote (G.). Wie orientiren wir uns am besten über die wahren Herzgrenzen? (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 mars.) — Quel est le meilleur procédé pour délimiter exactement le cœur?

Grouzdev (S.). La maladie de Banti (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 et 23 fév. et 2 mars.)

Hemmeter (J.). Beiträge zur Antiperistaltik des Darmes (Grützner). (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VIII, 1-2.) — Contribution à l'étude des mouvements antipéristaltiques de l'intestin.

Hocke (E.). Ueber ein an den Banti'schen Symptomencomplex erinnerndes Krankheitsbild, wahrscheinlich hervorgerufen durch congenitale Lues. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — Sur un syndrome rappelant la maladie de Banti et provoqué probablement par la syphilis congénitale.

Illoway (H.). Hyperazidität (Superazidität, Hyperchlorhydria, Superaciditas chlorhydrica); eine klinische Studie. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VIII, 1-2.)

Illyés (G. von) et **Kövesi** (G.). Der Verdünnungsversuch im Dienste der functionellen Nierendiagnostik. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 avril.) — L'examen de la concentration moléculaire des urines dans ses rapports avec le diagnostic fonctionnel des maladies du rein.

Jung (F.). Die Häufigkeit und Erblichkeit von Magendarmbefunden in Familien. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VIII, 1-2.) — La transmission héréditaire et la fréquence des affections gastriques chez les membres d'une même famille.

Klemperer (G.). Grundriss der klinischen Diagnostik. 10[e] éd. In-8°, 260 p. avec fig. Berlin.

Korn. Ueber Heterochylie. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VIII, 1-2.)

Kraft (L.). Den akut hæmorrhagiske pancreatitis. (*Hospitalstidende*, 9, 16 et 23 avril.)

Le Juge de Segrais (E.). De l'impuissance provoquée par l'abus du tabac. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Léquyer (J.) et **Desclaux** (L.). Un cas de granulie aiguë avec localisation méningée. (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 avril.)

Léri (A.). Méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire ayant évolué pendant huit mois; recherches cytologiques, bactériologiques et cryoscopiques. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Littlejohn (H.). Latent pneumonia. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

Madsen (S.). Ueber die bewegliche Niere vom Standpunkt des internen Arztes. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 1.) — Le rein mobile au point de vue médical.

MALADIES INFECTIEUSES

Claps (A.). Dell'alimentazione artificiale per via del retto in alcuni casi di tifo. (*Riforma med.*, 12 avril.)

Clément (E.). Des rapports de la fièvre typhoïde à Lyon avec des oscillations de la nappe souterraine. (*Lyon méd.*, 13 et 20 avril.)

Cruchet et **Buard**. Sur un cas de méningite cérébro-spinale typhique, avec présence du bacille d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 avril.)

Dahlgren (K.). Diagnostiska svaarigheter vid fissa fall af febris typhoides och epityphlitis. (*Hygiea*, mai.)

Fajardo (F.). Notas para o estudo das fórmas clinicas do impaludismo no Rio de Janeiro. (*Brazil-medico*, 8, 15 et 22 mai, 1er, 8 et 15 juin.)

Ferrari (A.). Ensaio de therapeutica physiologica na febre amarella. (*Brazil-medico*, 8 mars, 1er et 22 avril, 1er mai, 1er et 8 juin.)

Finlay (Ch.). Agreement between the history of yellow fever and its transmission by the Culex mosquito (Stegomyia of Theobald). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 avril.) — La fièvre jaune et sa transmission par les moustiques.

Gosio (B.). La campagna antimalarica dell'anno 1901 nella Maremma grossetana. In-8°, 39 p. avec carte. Rome.

Guinard (L.). Sur les injections diagnostiques de tuberculine; technique et résultats. (*Lyon méd.*, 11 et 18 mai.)

Jacubasch (H.). Statistische Mitteilungen über Tuberculose. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 16 et 19 avril.)

Marx (E.). Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infectionskrankheiten. In-8°, 296 p. avec fig. Berlin.

McFarland (J.). Tetanus and vaccination; an analytical study of 95 cases of this rare complication. (*Journ. of Med. Research*, mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Darkchévitch (L.). Traitement du tabes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 et 13 avril.)

De Luna (G.). Paralisi multiple ed elmintiasi. (*Gazz. degli Osped.*, 20 avril.)

Dercum (F. X.) et **Spiller** (W. G.). Report of a case of hemianæsthesia of over eight years' duration, resulting from destruction of the carrefour sensitif and lenticular nucleus without direct implication of the optic thalamus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Un cas d'hémianesthésie ayant duré plus de huit ans, dû à la destruction du carrefour sensitif et du noyau lenticulaire, sans participation directe de la couche optique.

Haskovec (L.). Sdruzené pohyby v kreci pisarské. (*Sbornik klinicky*, III, 5.) — Mouvements associés dans des cas de crampe des écrivains.

Joire (P.). Traitement de la neurasthénie par la photothérapie. (*Nord méd.*, 15 avril.)

Krafft-Ebing (R. von). Psychosis menstrualis. In-8°, 112 p. Stuttgart.

León (J. de). Parálisis infantil con topografía periférica radicular. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai.)

Lovera (B.). Un caso di epilessia saturnina. (*Clinica moderna*, 30 avril.)

Magri (A.). Il segno di Kernig nella sciatica. (*Riforma med.*, 9 avril.)

Marandon de Montyel (E.). Traitement du délire épileptique par l'alitement. (*Rev. de méd.*, mai.)

CHIRURGIE

Dsirne (J.). Beitrag zur Frage der Nephrolithiasis, der Hydro- und Pyonephrose. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 5.)

Dunning (L. H.). The use and abuse of morphin after abdominal section. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 avril.)

Elder (J. M.). Hour-glass stomach. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Estomac en sablier.

Embley (E. H.). The causation of death during the administration of chloroform. (*Brit. Med. Journ.*, 5, 12 et 19 avril.) — Causes de la mort survenant pendant la chloroformisation.

Folet (H.). Plaies artérielles de la paume de la main. (*Echo méd. du Nord*, 23 mars.)

Frommer (A.). Zur Casuistik der Anomalien des Dickdarmes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 1.) — Anomalies du gros intestin.

Giani (R.). Angioma del cavo poplitco. (*Clinica moderna*, 9 avril.)

Giordano (E.). Ricerche sperimentali su di un nuovo processo di plastica nelle perdite di sostanza dell'intestino. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 30 avril.)

Griffith (F.). Bile burns in anæsthesia. (*Med. Record*, 19 avril.) — Brûlures par vomissements biliaires pendant la narcose.

Harris (M. L.). The surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 mai.)

Hartley (F.). Abdominal echinococcus cysts. (*Med. Record*, 26 avril.)

Hildebrand. Beiträge zur operativen Chirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.)

Hug (T.). Ueber einen Fall von Staphylokokkentoxämie nach Revolverschuss. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 2.) — Toxémie staphylococcique dans un cas de blessure par coup de revolver.

Italia (F. E.). Riassunto critico sui processi operativi dell'ernia ombelicale e della linea alba. (*Policlinico*, 15 mars.)

Jacobson (W. A.) et **Steward** (F. J.). Operations of surgery. 4e éd. 2 vol. In-8°, 1524 p. avec fig. Londres.

Jaffé (M.). Indication und Prognose der Operation des Mastdarmkrebses, mit einem Beitrag zur Modification der Operationsmethoden. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 1.) — Indications et pronostic des opérations pour cancer du rectum; modification des méthodes opératoires.

Johnson (A. B.). Operative treatment in certain suppurative conditions of the kidneys. (*Med. News*, 3 mai.) — Traitement opératoire des suppurations rénales.

Joy (H. M.) et **Wright** (F. T.). Leucocytosis as a point of prognosis in appendicitis. (*Med. News*, 5 avril.)

Kane (E. O'Neill). A new coupler for rapid intestinal anastomosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 avril.) — Un nouveau bouton pour entéro-anastomose.

Katz (A.). Centrale Luxation des Schenkelkopfes mit Darmruptur. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 2.) — Luxation centrale de la tête du fémur avec rupture de l'intestin.

Keetley (C. B.). The surgery of non-malignant gastric ulcer and perforation. (*Lancet*, 29 mars et 5 avril.)

Kölbing (P.). Beiträge zur Magendarmchirurgie : Die Thrombose der Mesenterialgefässe. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 2.) — Contribution à la chirurgie gastro-intestinale.

König (F.). Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke auf Grund von Beobachtungen der Göttinger Klinik : Das Hüftgelenk. In-8°, 148 p. avec fig. Berlin. — Tuberculose de l'articulation de la hanche.

Kukula (O.). O nové methode nephropexe. (*Casopis lékaru ceskych*, 17 et 24 mai.)

Labeyrie. Pincement latéral de l'appendice à l'anneau crural; abcès stercoral; laparotomie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 avril.)

Lagoutte. A propos de 14 interventions sur l'estomac. (*Province méd.*, 22 mars.)

Lambret (O.). Lipome arborescent des gaînes synoviales. (*Echo méd. du Nord*, 6 avril.)

Langlais. Plaie pénétrante de la plèvre et du poumon. (*Province méd.*, 19 et 26 avril.)

Le Boutillier (W. G.). Thoracic injuries involving the lungs. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Traumatismes du thorax intéressant les poumons.

Le Clerc. De la parotidite canaliculaire. (*Année méd. de Caen*, avril.)

Lieblein (V.). Zur Statistik und Technik der Radikaloperationen des Mastdarmkrebses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 2.) — Statistique et technique des opérations radicales pour cancer du rectum.

Lombardi (G. L.). Rendiconto clinico della sezione chirurgica nell'Ospedale maggiore di San Giovanni Battista e della città di Torino (biennio 1899-1900). In-8°, 139 p. Turin.

Loux (H. R.) et **Coplin** (W. L.). Chronic phagedæna due to mixed infection. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Maasland (H.). Darmoperaties in cruraalbreuken. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 avril.)

MacLaren (A.). Intestinal suture; report of 5 consecutive cases illustrating different methods of suture. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Maduro (M. L.). General anesthesia in the plethoric. (*Med. News*, 19 avril.)

Mancini (C.). Una pustola carbonchiosa trattata col siero Sclavo. (*Riforma med.*, 11 avril.)

Martel (L.). Cure radicale des hernies. (*Loire méd.*, 15 mars.)

Martina (V.), **Calvini** (R.) et **Gavello** (G.). Compendio di patologia e terapia chirurgica generale e speciale. T. Ier, fasc. 1 à 4. In-8°, 160 p. Turin.

Mathieu (E.). Les ponctions rachidiennes accidentelles et les complications des plaies pénétrantes du rachis par armes blanches sans lésions de la moelle. In-8°, 40 p.

Möller. L'ankylose vicieuse du genou. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, mars.)

UROLOGIE

Bierhoff (F.). On the technic of cystoscopy in the female. (*Med. News*, 3 mai.)

Braquehaye (J.). A propos d'un cas de fistule uréthro-rectale. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, avril.)

Deaver (J. B.). Perineal prostatectomy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 avril.)

Goldberg (B.). Beimpfung und Abimpfung von Kathetern; ein Beitrag zur Pathogenese der Katheterisirungscystitis und zur Methodik der Versuche über Kathetersterilisation. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 12 avril.) — Pathogénie de la cystite consécutive au cathétérisme et stérilisation des sondes.

Gross (G.). Deux observations de corps étrangers de la vessie. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril.)

Guiteras (R.). The diagnosis and operative treatment of prostatic hypertrophy, with remarks on the complications before and after operation. (*Med. News*, 26 avril.)

Kennedy (D.). Suprapubic cystoscopy. (*Med. Record*, 19 avril.)

Krönig. Zur Diagnose der Tuberkulose in der weiblichen Blase. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 mai.) — Diagnostic de la tuberculose vésicale chez la femme.

Lastaria (F.). Della soppressione di qualsiasi dilatazione vescicale nella epicistotomia. (*Clinica chirurgica*, mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Hall (R. B.). Some points in the differential diagnosis of abdominal and pelvic tumors. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 avril.)

Henry (W. O.). How shall we treat sepsis following abortion or labor? (*Med. News*, 24 mai.) — Comment doit-on traiter les affections septiques consécutives à un accouchement ou à un avortement?

Hense (K.). Der Stand der Operationen des Gebärmutterkrebses. (*Berlin. Klinik*, mai.) — Traitement opératoire du cancer de l'utérus.

Herman (G. E.). On some points in the treatment of puerperal eclampsia. (*Lancet*, 26 avril.)

Hermann (F. A.). Ueber das Vorkommen von Fremdkörpern im Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 mai.) — Les corps étrangers de l'utérus.

Jaworski (J.) et **Iwanicki** (S.). O zwiazku pewnych objawów ze strony nosa z narzadami plciowymi kobiecymi. (*Gaz. lekarsha*, 26 avril et 3 mai.) — Les rapports entre quelques phénomènes du côté du nez et les organes génitaux chez la femme.

Knapp (L.). Geburtshilfliche Diätetik und Therapie. In-8°, 316 p. avec fig. Vienne. — Diététique et thérapeutique obstétricales.

Leopold (G.). Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatorium von Bossi, namentlich bei Eklampsie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 mai.) — Dilatation complète et rapide du col utérin au moyen du dilatateur de Bossi, surtout dans l'éclampsie.

PÉDIATRIE

Czerny (A.) et **Keller** (A.). Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Fasc. 3 et 4. In-8°, p. 321 à 480, avec planches. Leipzig et Vienne. F. Deuticke. — L'alimentation de l'enfant, ses troubles et leur traitement.

Durante (D.). Virulenza della flora batterica intestinale e tossicità fecale nelle enteriti infantili. (*Pediatria*, avril.)

Finizio (G.). Ricerche sui fermenti gastrici. (*Pediatria*, avril.)

Frœlich. De quelques corps étrangers chez des enfants. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.)

Griffith (J. P. C.). Rubella and the « fourth disease ». (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 avril.) — Rubéole et « quatrième fièvre éruptive ».

Grósz (J.). Ueber die Behandlung unserer Scharlachfälle. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 1-2.) — Traitement de la scarlatine.

Jürgensohn. Ueber einige Ursachen schwerer Functionsstörungen des Säuglingsdarmes. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 4.) — Sur quelques causes des troubles fonctionnels graves de l'intestin chez les nourrissons.

Lefert (P.). Aide-mémoire de chirurgie infantile. In-18, 324 p. avec fig.

Leriche (L.). La débilité de l'enfance; ses causes; le remède; étude d'hygiène de l'enfance. In-8°, 23 p.

Martirené (J.). Artritis aguda purulenta en un niño de 16 meses. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai.)

Mayoud (P.). Note sur le traitement du muguet des nouveau-nés. (*Lyon méd.*, 27 avril.)

Oui (M.). Sur l'emploi du lait stérilisé industriellement dans l'alimentation des nourrissons des grandes villes. (*Echo méd. du Nord*, 20 avril.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Freytag (R.). Ueber Kehlkopftuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 mai.) — De la tuberculose laryngée.

Halle (M.). Zur Therapie der Pharyngitis granulosa und der Pharyngitis lateralis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 avril.)

Ingersoll (J. M.). Rhinoliths and foreign bodies in the nose. (*Med. Record*, 12 avril.) — Rhinolithes et corps étrangers du nez.

Körner (O.). Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. 3e éd. In-8°, 216 p. avec fig. Wiesbaden. — Les affections otitiques du cerveau, des méninges et des sinus sanguins.

Labarrière. Polype des cordes vocales. (*Gaz. méd. de Picardie*, mai.)

Marage. Traitement de la surdi-mutité. In-8°, 15 p. avec graphique.

Millener (F. H.). Adenoid vegetations and their influence on the palatal arch. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 avril.)

Moncorgé. Asthme et laryngite striduleuse. (*Loire méd.*, avril.)

Onodi (A.). Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven; mit ergänzenden pathologischen Beiträgen. In-8°, 179 p. avec fig. Berlin. O. Coblentz. — L'innervation du larynx.

Ovazza (V.). Della cura delle tonsilliti non specifiche. (*Progresso méd.*, 25 avril.)

Randall (B. A.). Modern mastoid trephining operations, with notes on 100 recent operations. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Raoult (A.). Diagnostic des ulcérations de l'amygdale palatine. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév., 15 mars et 1er avril.)

Ressère (M.). Des cholestéatomes de l'oreille moyenne (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 8.)

Sheild (A. M.). Remarks on a series of cases of external operations on the larynx. (*Brit. Med. Journ.*, 19 avril.)

Stangenberg (E.). Beiträge zur Kenntnis des Verhältnisses zwischen Diphtherie und Ohrenkrankheiten. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 1.) — Des rapports entre la diphtérie et les maladies de l'oreille.

Texier (V.). De la labyrinthite dans les oreillons. (*Gaz. méd. de Nantes*, 26 avril.)

Whitehead (A. L.). The influence of nasal and naso-pharyngeal obstruction upon the development of the teeth and palate. (*Brit. Med. Journ.*, 19 avril.) — L'influence de l'obstruction du nez et du rhinopharynx sur le développement des dents et du palais.

Yonge (E. S.). The treatment by Asch's operation of deviations of the nasal septum. (*Brit. Med. Journ.*, 19 avril.)

HYGIÈNE

Balland (A.). Les rations physiologiques et les rations d'entretien de l'homme de troupe et du cheval de guerre. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Calmette. La pratique de la désinfection à la campagne. (*Echo méd. du Nord*, 6 avril.)

Compte rendu du dixième Congrès international d'hygiène et de démographie, tenu à Paris en 1900. In-8°, 1074 p.

Fillassier (A.). De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène. 2e éd. In-8°, 493 p.

Froussard. Hygiène des constipés. In-12, 32 p. Colombes.

Lowenthal (W.). La statistique sanitaire des villes de France et d'Algérie. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Macmorran (A. H. M.). Observations on « caisson disease » and its prevention. (*Brit. Med. Journ.*, 26 avril.)

Manfredi (L.). Istituto d'igiene dell'Università di Palermo : lavori di laboratorio. T. V (1899-1901). In-8°, 345 p. avec fig. Palerme.

Melograni (C.). Codice sanitario. 3e éd. In-16, 1077 p. Naples.

Mosny (E.). La famille des tuberculeux; étude d'hygiène sociale. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Negrescu (V. G.). Notiuni de igiena alimentara. In-8°, 88 p. Focsani.

Newsholme (A.). School hygiene; the laws of health in relation to school life. In-8°, 152 p. Londres. — Hygiène scolaire.

Ostertag (R.). Handbuch der Fleischbeschau. 4e éd. In-8°, 896 p. avec fig. Stuttgart. — Manuel d'inspection des viandes.

Roux (J.-C.). Les mesures de défense sociale contre la tuberculose; notes d'un voyage d'études en Allemagne et en Belgique. In-16, 95 p.

Salterain (J. de). La liga contra la tuberculosis. (*Vida moderna*, VI, 18.)

Salvatore (M.). Alcune considerazioni sul lavoro e malattie degli operai nelle miniere di zolfo. (*Gazz. degli Osped.*, 13 avril.) — Quelques considérations sur le travail et les maladies des ouvriers des mines de soufre.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Godinho (V.) et **Fausto** (O.). Tratamento do tetano por injecções intra-rachidianas de serum anti-tetanico. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 mai.)

Gray (E. A.). The influence of suprarenals in pneumonia. (*Med. Record*, 5 avril.)

Jaquet (A.). Grundriss der Arzneiverordnungslehre, mit besonderer Berücksichtigung der Arzneidispensierkunde. In-8°, 310 p. Bâle. — Précis de l'art de prescrire.

Jürgensen (T. von). Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. 4e éd. In-8°, 895 p. avec fig. Leipzig.

Lemoine (G.). Traitement de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice par les injections de benzoate de mercure. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Lesser (F.). Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von Quecksilber- und Jodpräparaten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 1.) — Recherches expérimentales sur l'emploi simultané des préparations mercurielles et des préparations iodées.

Liebreich (O.) et **Langgaard** (A.). Compendium der Arzneiverordnung. 5e éd. In-8°, 827 p. Berlin.

Neumann (S.) et **Vas** (B.). Ueber den Einfluss der Ovariumpräparate auf den Stoffwechsel. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.) — L'influence des préparations ovariennes sur les échanges organiques.

Podwyssotsky (W.). Le képhir : histoire, préparation, composition de la boisson, morphologie du ferment et ses maladies, valeur physiologique et thérapeutique. (Trad. du russe par Mlle S. Broïdo et Mme Eliacheff.) In-8°, 78 p. avec fig.

Roux (F.) et **Lemanski**. Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris. 5e éd. In-18, 538 p.

Schmiedeberg (O.). Grundriss der Pharmakologie in Bezug auf Arzneimittellehre und Toxikologie. In-8°, 496 p. Leipzig.

Serafini. Sulle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo. (*Riforma med.*, 4 et 5 avril.)

Silvestri (T.). Dell'azione emostatica delle iniezioni endovenose di cloruro di calcio. (*Gazz. degli Osped.*, 13 avril.)

Strebel (H.). Die Verwendung des Lichtes in der Therapie. In-8°, 79 p. avec fig. Munich. — L'emploi de la lumière en thérapeutique.

Verchinine (N.). Traitement des anévrysmes par des injections sous-cutanées de gélatine (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril et mai.)

Wallis (C. E.). On treatment of haemophilia with calcium chloride. (*Brit. Med. Journ.*, 10 mai.)

Yañez (B. J.). El suero antidifterico de Roux en la fiebre tifoidea. (*Rev. del Centro méd. de Córdoba*, janv.-fév.)

BACTÉRIOLOGIE

Bajardi (A.). Azione delle gelatinoculture proteolizzate dal bacillo del carbonchio nei conigli. (*Riforma med.*, 21 avril.)

Bronstein (O.) et **Grünblatt** (G.). Le diagnostic différentiel entre le bacille diphtérique et le bacille pseudo-diphtérique (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, mai.)

Finck (Ch.). De l'augmentation de toxicité des cultures diphtériques par association au bacille de Löffler d'une espèce du genre Actinomyces. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Gessard (C.). Essai sur la biologie du bacille pyocyanique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Hauman (L.). Etude microbiologique et chimique du rouissage aérobie du lin. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

La Bonnardière et **Xanthopoulides**. De l'existence des bacilles pesteux dans le corps d'un moustique de la chambre d'un pestiféré. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Lartigau (A. J.). The bacillus coli communis in human infections. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 avril.)

Marmorek (A.). La toxine streptococcique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Mazé (P.). Recherches sur les modes d'utilisation du carbone ternaire par les végétaux et par les microbes [2e et 3e mémoires]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai et juin.)

GÉNÉRALITÉS

Boyce (R.) et **Sherrington** (C. S.). The Thompson Yates laboratories report. T. IV, 2e partie. In-4°, p. 213 à 563, avec fig. Liverpool.

Erinnerungs-Blätter an die Leyden-Feier im April 1902. In-8°, XXXIV-131 p. avec portrait. Berlin. A. Hirschwald. — Les fêtes à l'occasion du 70e anniversaire de la naissance du professeur E. von Leyden.

Féré (Ch.). L'hérédité de l'odeur. (*Rev. de méd.*, avril.)

Gevaert (G.). Compte rendu du mouvement des malades à l'hôpital maritime Roger de Grimberghe à Middelkerke pendant l'année 1900 (*Journ. méd. de Bruxelles*, 6 mars.)

Maurel (E.). Causes de notre dépopulation; relèvement de notre natalité; secours à la vieillesse. In-8°, 111 p.

Medical and surgical report of the Presbyterian Hospital in the City of New York. T. V. In-8°, 278 p. avec fig. New-York.

Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (année 1901). In-8°, 408 p.

Münsterberg (M.). L'assistance. (Trad. de l'allemand par R. Bompard.) In-18, 326 p.

Proal (L.). Napoléon Ier était-il épileptique (*Arch. d'anthropol. crim.*, mai.)

22e ANNÉE. — N° 36. Vingt centimes le numéro. 3 SEPTEMBRE 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur M. Jaboulay : Cancer mélanique de la face ... 289
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Sur un cas de cancer de l'estomac à forme anémique ... 290
Les parapsoriasis ... 291
Genu valgum double invétéré; déformation considérable; impotence complète; redressement par ostéotomie; résultat fonctionnel excellent ... 291
Note sur la fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les aliénés ... 291
Publications allemandes. — Etudes critiques sur la pathogénie de l'éclampsie d'après les observations anatomiques et les résultats de recherches hématologiques et urologiques faites sur les femmes éclamptiques et leurs nouveau-nés ... 291
Gastrorrhagies consécutives aux opérations abdominales ... 292
Des modifications des vaisseaux de la muqueuse nasale au cours des néphrites ... 292
Contribution à l'œdème bulleux de la vessie ... 292
Publications anglaises. — Ligature de l'aorte abdominale pour anévrysme ... 293
La pneumonie latente ... 293
Nouveau symptôme de la brièveté du cordon ombilical ... 293
Publications hollandaises. — Les symptômes nerveux dans la fièvre typhoïde ... 293
De l'influence de l'alcool sur la sécrétion du suc gastrique ... 293
Des cellules éosinophiles du contenu intestinal ... 294
Publications italiennes. — Exophtalmie par gomme des muscles extrinsèques ... 294
Sur les poisons de certaines moisissures; contribution à l'étiologie de la pellagre ... 294
Publications polonaises. — Traitement de la fièvre puerpérale par le sérum antistreptococcique ... 294
Des exostoses multiples chez les enfants ... 295
Publications portugaises. — L'ataxie locomotrice et la doctrine de la spécificité ... 295
Un cas de traumatisme cérébral ... 295
Publications russes. — L'anatomie de la région ombilicale dans ses rapports avec la production des hernies ... 295
Diagnostic du rhumatisme vertébral ... 296
Péritonite par perforation chez un nouveau-né ... 296
Publications scandinaves. — Quelques recherches sur les tumeurs cancéreuses ... 296
La pancréatite hémorrhagique aiguë ... 296
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Alcool et son influence sur la sécrétion du suc gastrique ... 293[3]
Anévrysme de l'aorte abdominale ... 293[1]
Ataxie locomotrice et syphilis ... 295[1]
Brièveté du cordon ombilical ... 293[2]
Cancer de l'estomac à forme anémique ... 290[3]
— et son inoculation à la souris blanche ... 296[2]
— mélanique de la face ... 289[1]
Cellules éosinophiles du contenu intestinal ... 294[1]
Colites et cellules éosinophiles du contenu intestinal ... 294[1]
Digestion et alcool ... 293[3]
Eclampsie et sa pathogénie ... 291[3]
Emission de jets brusques d'urine par la parturiente en cas de brièveté du cordon ... 293[2]
Exophtalmie par gomme des muscles extrinsèques de l'œil ... 294[2]
Exostoses multiples chez les enfants ... 295[1]
Fièvre puerpérale ... 294[3]
— typhoïde et ses symptômes nerveux ... 293[3]
Gastrorrhagies consécutives aux opérations sur l'abdomen ... 292[1]
Genu valgum double avec impotence complète ... 291[2]
Hernies ombilicales ... 295[3]
Ligature de l'aorte abdominale pour anévrysme ... 293[1]
Maladies mentales et rétraction de l'aponévrose palmaire ... 291[2]
Moisissures et poison pellagreux ... 294[2]
Muqueuse nasale et modifications de ses vaisseaux au cours des néphrites ... 292[2]
Néphrites et modifications des vaisseaux de la muqueuse nasale ... 292[2]
Œdème bulleux de la vessie causé par un pessaire ... 292[3]
Ombilic et son anatomie ... 295[3]
Opérations sur l'abdomen et gastrorrhagies consécutives ... 292[1]
Ostéotomie pour genu valgum ... 291[2]
Pancréatite hémorrhagique aiguë ... 296[3]
Parapsoriasis ... 291[1]
Pellagre et moisissures altérant le maïs ... 294[2]
Péritonite par perforation chez un nouveau-né ... 296[1]
Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver ... 295[2]
Pneumonie latente ... 293[2]
Rétraction de l'aponévrose palmaire chez les aliénés ... 291[2]
Rhumatisme vertébral ... 296[1]
Sérum antistreptococcique contre la fièvre puerpérale ... 294[3]
Symptômes nerveux dans la fièvre typhoïde ... 293[3]
Syphilis et ataxie locomotrice ... 295[1]
— et exophtalmie par gomme des muscles extrinsèques ... 294[2]
Traitement de la fièvre puerpérale ... 294[3]
— des anévrysmes de l'aorte abdominale ... 293[1]
— des parapsoriasis ... 291[1]
— du cancer mélanique ... 289[1]
— du genu valgum ... 291[2]

VARIA

Comparaison du nombre des étudiants en médecine inscrits en France et en Allemagne.

Chaque année nous faisons connaître les chiffres officiels des étudiants en médecine inscrits dans les Facultés et Ecoles de médecine de France, et l'on a vu dans l'article que nous avons publié il y a cinq mois, que le total des étudiants inscrits a constamment diminué dans notre pays depuis 1896 (Voir *Semaine Médicale*, 1902, Annexes, p. LIV).

Comme d'aucuns pourraient être portés à imputer cette diminution à une éclipse plus ou moins partielle du prestige de l'enseignement médical français, il nous semble juste de constater ici que l'abaissement du nombre des étudiants en médecine n'est pas un fait exclusivement propre à la France, attendu que dans un grand Etat voisin qui, sous le rapport de la science médicale, jouit d'une renommée aussi grande que celle que l'on accorde à notre pays, le chiffre des étudiants en médecine a également diminué, et cela dans des proportions autrement considérables.

Tandis que l'écart, pour la France, entre le relevé de 1897 et celui de 1902 n'est que de 435 — comme le prouvent les relevés officiels : 8,317 en 1897 contre 7,882 en 1902 —, la différence en Allemagne est, pour la même période, de 1,392, puisque l'on comptait 8,141 inscrits en 1897 et qu'il n'y en a plus que 6,749 en 1902. En d'autres termes, alors que le nombre des étudiants en médecine inscrits a baissé en France de 5.23 %, la diminution pour l'Allemagne est de 17.09 %. Et encore faut-il tenir compte que dans l'empire allemand tous ou presque tous les étudiants en médecine sont inscrits dans une Faculté jusqu'à l'obtention du diplôme et par suite sont compris dans les statistiques susmentionnées, tandis qu'en France les relevés du ministère de l'instruction publique ne comprennent que les étudiants en cours régulier d'études, c'est-à-dire ceux qui tombent sous le coup des inscriptions réglementaires (dont le nombre est de 16), soit environ les trois quarts seulement du total réel des étudiants.

Ainsi donc, la France se trouve dans une meilleure situation que l'Allemagne, la diminution du nombre des étudiants en médecine ayant été, dans ce dernier pays, plus de trois fois plus forte que chez nous pour la période 1897-1902.

Réunion de la Société belge de chirurgie en 1902.

La session annuelle de la Société belge de chirurgie se tiendra à Bruxelles du 8 au 10 septembre 1902.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *Traitement de l'appendicite;*
2° *Traitement des fractures des membres;*
3° *De l'asepsie opératoire, en tant que préparation des mains, de la région et du matériel de suture et de ligature.*

Au cours de cette réunion, à laquelle ont été invités les chirurgiens étrangers, sera discuté un projet de fondation d'une « Société internationale de chirurgie ».

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur M. Gruber, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, est nommé professeur ordinaire d'hygiène, en remplacement de M. Hans Buchner, décédé.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Giovanni Velo est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Emilio Veratti est nommé privatdocent d'histologie.

Faculté de médecine de Saragosse. — M. le docteur Octavio Garcia est nommé professeur de pathologie générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

PHYSIOLOGIE

Gilbert (A.) et **Carnot** (P.). Les fonctions hépatiques. In-16, 291 p. avec fig.

Grützner (P. von). Ueber den Mechanismus der Magenverdauung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 7 avril.) — Mécanisme de la digestion gastrique.

Reid (E. W.). Intestinal absorption of solutions. (*Journ. of Physiol.*, mai.)

Roster. Note sulla vita e sulla vitalità dei nemaspermi. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, avril.)

Soutkovsky (I.). De l'origine du sexe et sur un moyen pour influencer la naissance de garçons ou de filles (en russe). In-8°, 50 p. avec fig. Saint-Pétersbourg.

Tigerstedt (R.). Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 2e éd. 2 vol. In-8°, 942 p. avec fig. Leipzig. — Traité de physiologie humaine.

Töpfer. Ueber den Abbau der Eiweisskörper in der Leber; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 mars.) — Sur la décomposition des albuminoïdes dans le foie.

MÉDECINE

Bourget. Le traitement médical des inflammations du cæcum: typhlite, pérityphlite, appendicite. In-12, 67 p. avec fig. Genève.

Craandyk (M.). Ueber das Vorkommen hyaliner und granulierter Cylinder in eiweissfreiem Urin. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — Sur la présence de cylindres hyalins et granulés dans les urines non albumineuses.

Maixner (E.). Poznamky ku paroxysmalni tachykardii. (*Sbornik klinicky*, III, 4 et 5.)

Mazzi (A.). Contributo allo studio delle aritmie cardiache. (*Morgagni*, janv.)

Montini (A.). Un caso di pleurite biliare. (*Gazz. degli Osped.*, 27 avril.)

Morison (A.). On cardiac inadequacy. (*Lancet*, 19 avril.)

Musser (J. H.). Clinical expression of chronic myocarditis. (*Med. News*, 19 avril.)

Osler (W.). On amebic abscess of the liver. (*Med. News*, 12 avril.) — Abcès amibiens du foie.

Parker (G.). Splenic leukaemia and phthisis combined in the same patient. (*Brit. Med. Journ.*, 10 mai.)

Preble (R. B.). Medical aspects of cholelithiasis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 avril.)

Riesman (D.). Albuminous expectoration following thoracocentesis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Röder (H.). Der heutige Stand der Gefrierpunktsbestimmung von Blut und Harn und ihre allgemein klinische Bedeutung für die Frage der Niereninsufficienz. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 1-2.) — L'état actuel de la cryoscopie du sang et des urines et sa signification au point de vue de l'insuffisance rénale.

Sahli. Ueber ein neues Verfahren zur Untersuchung der Magenfunctionen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 et 28 avril.) — Sur un nouveau procédé d'exploration des fonctions de l'estomac.

Sailer (J.). The relation of the tubercle bacillus to pseudoleukemia (Sternberg's disease). (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 et 12 avril.)

Scarano (P.). Contributo allo studio della etiologia e della cura radicale delle pleuriti essudative. (*Morgagni*, janv.)

Schmidt (A.) et **Strasburger** (J.). Die Fæces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande, mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Untersuchungsmethoden. 3. Abschnitt: Chemische Untersuchung der Fæces. In-8°, p. 97 à 236 avec fig. Berlin. — Analyse chimique des fèces.

Sergent et **Blondel** (P.). Sur un cas d'anévrysme de l'aorte thoracique à forme dysphagique, avec radiographie. (*Gaz. méd. de Picardie*, mai.)

Stiller (B.). Das intercostale Phonationsphänomen und seine klinische Verwertung. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 avril.)

Strümpell (A.). Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 14e éd. T. Ier et II. In-8°, 1387 p. avec fig. Leipzig. — Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes.

MALADIES INFECTIEUSES

Millard (C. K.). The supposed infectivity of desquamation in scarlet fever. (*Lancet*, 5 avril.)

Montoro De Francesco (G.). Intorno alle nuove vedute sulla epidemiologia della malaria. (*Incurabili*, 15 juin.)

Müller (E.). Beitrag zur Statistik der Diphtheriemortalität in Deutschland. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 4.) — Contribution à l'étude de la mortalité par diphtérie en Allemagne.

Noordijk (J. T.). Neurologische verschijnselen bij typhus abdominalis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 avril.)

Pasquini (P.). Sulla presenza del veleno tetanico negli organi degli animali morti per tetano. (*Riforma med.*, 25 et 26 avril.)

Pel (P. K.). Ueber die Coincidenz von Polyarthritis rheumatica acuta mit Abdominaltyphus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 avril.)

Rogers (L.). The diagnostic value of the variations in the leucocytes and other blood changes in typhoid and malarial remittent fevers respectively. (*Brit. Med. Journ.*, 5 avril.)

Römisch. Purpura haemorrhagica bei Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 janv.)

Schmitt (J.). Diagnostic et traitement des maladies infectieuses. In-18, 504 p.

Tarozzi (G.). Infezione tifosa senza localizzazione intestinale. (*Clinica moderna*, 16 avril.)

Trouchaud. Scarlatine maligne et sinusites de la face au cours de la scarlatine. (*Echo méd. du Nord*, 18 mai.)

Troussaint. Hypoleucocytose et infection sanguine éberthienne. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Uchermann (V.), **Abrahamsen** (L.) et **Kreyberg** (P. C.). Indstilling fra beri-beri-komiteen. In-4°, LXXXVI-156 p. Christiania.

Vaughan (V. C.). The etiology and spread of typhoid fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 avril.)

Viana (G.). Contributo alla terapia del tetano. (*Gazz. degli Osped.*, 27 avril.)

Wood (C. M.). The diagnostic value of tuberculin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 avril.)

Zammit (T.). Mediterranean fever from a sanitary point of view. In-8°, 13 p. avec tableaux. La Valette.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Mathis (C.). Deux cas de polynévrites palustres. (*Rev. de méd.*, avril.)

Nardi (C.). Sopra un caso di afasia sottocorticale o pura di Dejerine. (*Gazz. degli Osped.*, 27 avril.)

Oddo (C.) et **Audibert** (V.). La paralysie périodique familiale. (*Arch. gén. de méd.*, janv., fév., mars, avril et mai.)

Oppler (B.). Ein Fall von Temperaturkrisen bei Tabes dorsalis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 avril.)

Phelps (Ch.). The localization of the mental faculties in the left prefrontal lobe. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril et mai.) — La localisation des facultés mentales dans le lobe préfrontal gauche.

Proust (A.) et **Ballet** (G.). Treatment of neurasthenia. (Trad. du français par P. C. Smith.) In-12, 228 p. Londres.

Rubino (A.). Distrofia muscolare progressiva a tipo scapolo-omerale. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 30 mai.)

Sanna Salaris (G.) et **Deplano** (E.). Tubercolo solitario del cervelletto. (*Riforma med.*, 22 avril.)

Savill (T. D.). Clinical lectures on neurasthenia. 2e éd. In-8°, 188 p. Londres.

Simerka (C.). Prispevek ku pathologii XI. nervu mozkového. (*Sbornik klinicky*, III, 4.) — Pathologie de la onzième paire.

Thomayer (J.). Doplnky ku klinickému obrazu obrny tresavé. (*Sbornik klinicky*, III, 5.) — Note clinique sur la paralysie agitante.

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). Psychologie du délire dans les troubles psychopathiques. In-16, 191 p.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Joseph. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Teil: Hautkrankheiten. 4e éd. In-8°, 404 p. avec fig. Leipzig. — Traité des maladies cutanées et vénériennes. T. Ier : maladies de la peau.

Kattenbracker. Progrès apportés dans le domaine du traitement du lupus par les rayons de Finsen. (*Rev. internation. de thérapie physique*, 15 avril.)

Klingmüller (V.). Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reactionszone nach Tuberculin-Injectionen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 1.)

Pollio. Ueber die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 1.) — L'action du mercure sur les tissus syphilitiques.

Régnault (J.). Éruptions et œdèmes produits par le suc délétère des arbres à laque. (*Rev. de méd.*, mai.)

Rille (J.). Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1re partie. In-8°, 176 p. avec fig. Iéna. G. Fischer. — Traité des maladies cutanées et vénériennes.

Sellei (J.). Pathologie und Therapie der Psoriasis vulgaris. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 327.)

Tiptzev (M.). Traitement de l'éléphantiasis par le calomel (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 9.)

Vouzelle. La syphilis; chancre et syphilis secondaire. In-16, 180 p.

Winckler (A.). Ueber den Nutzen der Kombination von Schmierkur und Schwefelkur bei Behandlung der Syphilis. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 24 avril.) — Sur l'utilité d'associer les frictions mercurielles aux bains sulfureux dans le traitement de la syphilis.

Zeissl (M. von). Ueber die Syphilis des Magens und Darmes. (*Wien. med. Presse*, 20 et 27 avril.) — Syphilis de l'estomac et de l'intestin.

PARASITOLOGIE

Demateis (P.). Evoluzione della teoria parassitaria. (*Gazz. degli Osped.*, 23 mars.)

Drivon (J.). Les ténias dans la région lyonnaise. (*Lyon méd.*, 4 et 11 mai.)

Federici (N.). Contributo allo studio dell'importanza patogena dell'ascaride lombricoide. (*Clinica moderna*, 9 avril.)

Gulland (G. L.). The condition of the blood in filariasis. (*Brit. Med. Journ.*, 5 avril.) — L'état du sang dans la filariose.

Hector (E. B.). A case of subcutaneous myiasis. (*Lancet*, 26 avril.)

Johnson (H. P.). A new sporozoan parasite of anopheles. (*Journ. of Med. Research*, mars.)

Pieri (G.). Sul modo di trasmissione dell'anchilostoma duodenale. (*Policlinico*, 12 avril.)

CHIRURGIE

Ligorio (E.). L'infundibolo paracoccigeo. (*Clinica moderna*, 7 mai.)

Moore (J. E.). Treatment of dislocation of the clavicle through open wound. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Traitement à ciel ouvert des fractures de la clavicule.

Morestin (H.). De la résection du nerf dentaire inférieur par la voie sous-angulo-maxillaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Mori (A.). Contributo alla cura chirurgica dell'encefalocele. (*Gazz. degli Osped.*, 27 avril.)

Moty. L'appendicite parasitaire. (*Echo méd. du Nord*, 11 mai.)

Müller (W.). Zur operativen Behandlung infektiöser und benigner Venenthrombosen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.)

Noble (Ch. P.). The half-hitch suture, a new suture for use in anterior colporrhaphy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Parker (R. M.). The paraffin injection treatment of Gersuny, with a report of cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 avril.)

Pauchet (V.). Hernie étranglée; traitement de l'anse suspecte par l'extériorisation. (*Gaz. méd. de Picardie*, avril.)

Payr (E.). Ueber ausgedehnte Darmresectionen; Bemerkungen über chemische Peritonitis und das Stauungstranssudat bei Strangulationsileus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 1.) — Des résections étendues de l'intestin; remarques sur la péritonite d'origine chimique et sur la transsudation par congestion dans l'étranglement intestinal.

Perthes (G.). Ueber Leberabscess bei Typhus abdominalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.) — Abcès du foie au cours de la fièvre typhoïde.

Petersen et **Machol**. Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Magenkrankheiten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 2.) — Pathologie et traitement des affections bénignes de l'estomac.

Potarca (J.). Sur un nouveau procédé opératoire des hémorrhoïdes. (*Rev. de chir.*, mai.)

Pousson (A.). Six interventions chirurgicales pour néphrite chronique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 et 20 avril.)

Racoviceanu-Pitesti (N.). Cystocel inguinal. In-8°, 73 p. Bucharest.

Rasumowsky (W.). Zur Frage der Trepanation bei corticaler Epilepsie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 1.)

Ravitch (M. L.). Action of silver nitrate and chromic acid on chronic glossitis under the influence of the electric current. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 mai.)

Riedel. Die zweizeitige Operation bei Appendicitis purulenta aut gangraenosa. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — L'opération en deux temps pour appendicite purulente ou gangreneuse.

Riolo (G.). Un caso di ascesso della milza. (*Riforma med.*, 14 avril.)

Robson (A. W. M.). The surgical treatment of obstruction in the common bile-duct by concretions, with especial reference to the operation of choledochotomy as modified by the author, illustrated by 60 cases. (*Lancet*, 12 avril.)

Rollet (E.). Valeur diagnostique de l'ecchymose sous-conjonctivo-palpébrale dans les fractures de la base du crâne. (*Lyon méd.*, 27 avril.)

Rothe (H.). Beitrag zur Statistik der incarcerierten Hernien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.)

Saquet. Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet.)

Schiassi. Sulla cocainizzazione spinale. (*Riforma med.*, 28, 29 et 30 avril.)

Schuler (H.). Ueber traumatische Exostosen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 2.)

Schulz (F.). Zur Kenntnis der sogenannten traumatischen Myositis ossificans. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 2.)

UROLOGIE

Légniez. Traitement de l'infection urinaire par la sonde à demeure. (*Gaz. méd. de Picardie*, mai.)

Manega (U.). Ernia crurale della vescica; resezione; guarigione. (*Riforma med.*, 15 avril.)

Mayo (C. H.). Prostatectomy. (*Med. News*, 26 avril.)

Munro (J. C.). Pus dilatation of one member of a double ureter. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Nicholson (W. R.). Present methods of treating ureters severed during abdominal operations. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Procédés actuels de traitement des blessures de l'uretère au cours des interventions abdominales.

Porosz (M.). Ueber die Atonie der Prostata. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 5.)

Rosenow (E. C.). On the association of stone and tumor of the urinary bladder, with report of a case. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Coexistence de calculs et de tumeurs de la vessie.

Schmidt (L. E.). The indications for and limitations of the Bottini operation. (*Med. News*, 26 avril.)

Seelig (A.). Ueber Störungen der Harnentleerung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 9 et 12 avril.) — Troubles de la miction.

OPHTALMOLOGIE

Baudry (S.). De l'ulcère serpigineux de la cornée. (*Nord méd.*, 15 avril et 1er mai.)

Bericht über die 29. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft (Heidelberg, 1901). In-8°, 293 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte rendu de la vingt-neuvième session de la Société [allemande] d'ophtalmologie.

Broca (A.). Sur la vision des signaux colorés et les épreuves de la perception colorée. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

De Vries (W. M.). Carcinoma oculi. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 avril.)

Fabris (F.). Simpatectomia cervicale bilaterale per glaucoma. (*Gazz. degli Osped.*, 6 avril.)

Fromaget (C.). Fibro-chondrome de l'orbite. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 avril.)

Holth (S.). Kinescopie; nouvelle méthode de détermination de la réfraction oculaire. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Petit (P.). L'ophtalmie des nouveau-nés; prophylaxie, traitement. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 avril.)

Posey (W. C.). Diseases of the lacrymal apparatus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 avril.)

Stephenson (S.). The spontaneous cure of senile cataract. (*Lancet*, 26 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Lewis (D.). The traumatisms of pregnancy. (*Med. Record*, 12 avril.) — Traumatismes pendant la grossesse.

Lichtenstern (E.) et **Herrmann** (E.). Zur Pathologie des runden Mutterbandes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.) — Contribution à la pathologie du ligament rond.

Mathes (P.). Eine neue Beobachtung über Störung des Geburtsverlaufes nach vaginaler Fixation des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.) — Un nouveau cas de dystocie à la suite de la vaginofixation de l'utérus.

Molco (E.). Quelques observations sur la pathologie des organes génitaux de la femme sémite indigène. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, avril.)

Montini (A.). Sull'idrocele della donna. (*Gazz. degli Osped.*, 6 avril.)

Mouchotte (J.) et **Carton**. Septicémies puerpérales déterminées par le *bacillus perfringens* et le streptocoque associés. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Noble (Ch.). The treatment of suppuration in the uterine appendages. (*Amer. Medicine*, 29 mars.)

Parke (W. E.). The treatment of puerperal eclampsia. (*Med. News*, 24 mai.)

Platon (J.-C.) et **Troin** (V.). Kyste de l'ovaire et grossesse. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

ANNÉE 1901

Nous donnons ci-dessous les indications bibliographiques se rapportant à l'année écoulée, et qui ne sont parvenues à notre connaissance qu'après l'impression de notre dernier bulletin bibliographique de 1901.

Ajello (G.) et **Cacace** (E.). Ueber die Ausscheidung der Gallensäuren im Harn gesunder und kranker Menschen und im Harn unserer Hausthiere. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 avril et 4 mai.) — Sur l'élimination des acides biliaires par les urines chez l'homme et chez les animaux domestiques.

Alessi (U.) et **Pieri** (A.). Le oscillazioni del ricambio materiale nell'epilettico. (*Arch. di psichiatria*, XXII, 6.)

Arullani (P. F.). Sensibilità di tensione e sensibilità dolorifica del ventricolo. (*Gazz. med. di Torino*, 19 et 26 déc.)

Association française pour l'avancement des sciences. Compte rendu de la trentième session. 1re partie : documents officiels; procès-verbaux. In-8°, CXIII-310 p.

Barbèra (A. G.). Alimentazione sottocutanea e formazione della bile. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, déc.)

Binda (C.). Sul valore dell'angolo della mandibola nel neonato in rapporto alla maturità ed al sesso. (*Giorn. di med. legale*, juillet-août.)

Bruschini (E.). Sul fegato migrante cardiaco. (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, oct.)

Camaggio (F.). Il mancato intervento in 72 casi di ferite penetranti dell'addome, curati nell'Ospedale dei Pellegrini in Napoli. (*Gazz. internazion. di med. pratica*, 30 nov.)

Camaggio (F.). Laparotomia per ferita d'arma da fuoco dell'addome; considerazioni cliniche delle lesioni violente dell'addome. (*Gazz. internazion. di med. pratica*, 15 juillet.)

Capriati (V.). Riflesso plantare, fenomeno di Babinski e riflesso antagonistico di Schaefer. (*Ann. di nevrologia*, XIX, 5.)

Coen (G.). Nuovo letto per operazioni chirurgiche. (*Gazz. degli Osped.*, 27 oct.)

Costa (C.). Un caso di carbonchio nell'uomo guarito col siero Sclavo (iniezione endovenosa; 3e caso). (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, déc.)

Delage (Y.). L'année biologique. Comptes rendus annuels des travaux de biologie générale (5e année, 1899-1900). In-8°, LXXVI-677 p.

Eichhorst (H.). Traité de diagnostic médical. (Trad. de l'allemand par A.-B. Marfan et L. Bernard.) 2e éd. In-8°, 848 p. avec fig.

Giannettasio (N.) et **Lombardi** (M.). Histopathologische und klinische Beiträge zum Fibromyoma ovarii. (*Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.*, XII, 23.)

Köhler (A.). Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie. In-8°, 137 p. avec fig. Berlin. — Histoire de la chirurgie d'armée.

León (J. de). Parálisis saturnina tipo antibraquial. (*Rev. del Centro farmacéutico uruguayo*, juin.)

Leriche (L.). Etudes médicales sur les Eaux-Bonnes. In-12, 123 p.

Leube (W. von). Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. 6e éd. T. II. In-8°, 660 p. avec fig. Leipzig. — Diagnostic des maladies internes.

Macarovici (Mlle A.). Cercetari asupra etiologiei si seroterapiei tusei convulsive. (*Thèse de Jassy.*) — Etiologie et sérothérapie de la coqueluche.

Mann (M. D.). The technic of cesarean section. (*Amer. Medicine*, 28 sept.)

Petit (A.-L.). Conférences sur l'alcoolisme. In-16, 228 p.

Picquet. Un homme illustre du département de l'Ain : le docteur Jean-François Coste (de Villes-en-Michaille). In-16, 51 p. Nantua.

Pieri (A.). Ematemesi in una sitofoba. (*Clinica medica italiana*, déc.)

Questions d'assistance et d'hygiène publiques traitées dans les conseils généraux [de France] en 1900. In-8°, 148 p.

Rapport général présenté à M. le ministre de l'intérieur, par l'Académie de médecine, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et dans les colonies pendant l'année 1900. In-8°, 96 p. Melun. Impr. administrative.

Records of the Egyptian Government School of Medicine. In-4°, 251 p. avec fig. Le Caire.

Rem-Picci (G.). Sopra due serie di casi di avvelenamento per funghi; ricerche sul ricambio azotato. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXVII, 4-6.) — Empoisonnements par les champignons.

Schiassi (B.). La deviazione chirurgica del sangue portale. In-4°, 14 p. Bologne.

Silva (B.). Agostino Bassi, fondatore della teoria parassitaria e parassiticida od antisettica. (1773-1856). In-8°, 56 p. Lodi.

Statistique sanitaire des villes de France pendant l'année 1900 et tableaux récapitulatifs des années 1886 à 1900. In-4°, 332 p. Melun. Impr. administrative.

Vieillard (C.). Essai de séméiologie urinaire; méthode d'interprétation de l'analyse urologique; l'urine dans les divers états morbides. In-16, 380 p. avec graphiques.

Waldheim (M. von). Die Serum-, Bakterientoxin- und Organ-Präparate; ihre Darstellung, Wirkungsweise und Anwendung. In-8°, 404 p. Vienne. A. Hartleben.

Wright (H.). The malarial fevers of British Malaya. (*Studies from the Institute for Med. Research, Federated Malay States*, I, 1.)

22e ANNÉE. — N° 37. Vingt centimes le numéro. 10 SEPTEMBRE 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — L'augmentation de fréquence du cancer, sa prédominance dans les villes et sa prédilection pour le sexe féminin sont-elles réelles ou apparentes? par M. le professeur R. de Bovis........ 297

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Infantilisme dégénératif (type Lorain) compliqué de dysthyroïdie pubérale (type Brissaud)........ 302
Thrombose des sinus; hémorrhagies méningées, cérébrale, ventriculaire; thrombose de la veine rénale........ 302
Note sur un cas d'astasie-abasie........ 303
Contribution à la psycho-physiologie des mourants : deux cas de chorée chronique 303
Publications allemandes. — Une forme rare d'hypertrophie des amygdales palatines.. 303
Sur une augmentation de volume des mains et des pieds, d'origine névritique........ 303
De la curabilité de la tuberculose pharyngée 304
Le déciduome........ 304
Du prolapsus post-opératoire des viscères.. 304
Des tumeurs à formations folliculaires..... 304

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Astasie-abasie par lésion cérébrale organique 303¹
Cancer et son étude statistique........ 297¹
Cautérisations à l'acide trichloracétique contre la tuberculose pharyngée........ 304¹
Chorée chronique ayant disparu pendant l'agonie........ 303²
Déciduome........ 304²
Dermato-hypertrophie vasomotrice........ 303³
Dysthyroïdie pubérale et infantilisme dégénératif........ 302³
Femmes et leur prédisposition au cancer... 297¹
Hypertrophie des amygdales palatines...... 303²
— des mains et des pieds, d'origine névritique........ 303³
Infantilisme dégénératif et dysthyroïdie pubérale........ 302³
Laparotomie et prolapsus consécutif des viscères........ 304²
Prolapsus post-opératoire des viscères...... 304²
Psycho-physiologie des mourants........ 303²
Thrombose des sinus avec hémorrhagies multiples et thrombose de la veine rénale. 302³
Traitement de la tuberculose pharyngée.... 304¹
Tuberculose pharyngée et sa curabilité..... 304¹
Tumeurs à formations folliculaires........ 304³
Villes et fréquence du cancer........ 297¹

VARIA

La teneur du lait en lécithine après écrémage.

Une des fraudes auxquelles est le plus communément soumis le lait livré à la consommation — en France, du moins — est l'écrémage. Dans le but de savoir quelle est la valeur nutritive du lait ainsi traité, MM. Bordas et de Raczowski viennent de faire l'analyse d'un lait qu'ils avaient soumis, au moyen d'un appareil à centrifugation, à un écrémage à peu près complet (98 %). Ils ont ainsi pu s'assurer que ce lait, dont la teneur en lactose et en caséine était légèrement supérieure à celle d'un échantillon type, avait par contre perdu, non seulement la plus grande partie de ses matières grasses (dont il ne renfermait plus que 0.09 % au lieu de 5.86 %), mais aussi les 69 % de la lécithine qu'il contenait.

Il est vrai que les laits du commerce ne peuvent guère être écrémés à plus de 30 ou 40 %; mais un calcul très simple suffit à démontrer qu'un tel écrémage enlève encore de 20 à 30 % de la lécithine du lait normal, et il est certain qu'un semblable appauvrissement en acide phosphorique organique doit rendre le lait écrémé à peu près impropre à l'alimentation, surtout quand il s'agit d'enfants en bas-âge.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Pier Luigi Gardini est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Julius Böke, privatdocent d'otologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Erwin Payr, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur R. O. Neumann est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur Casimir Strzyzowski est nommé professeur extraordinaire de chimie médicale.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Hermann Schloffer (*chirurgie*); Friedrich Kleinhans et Ludwig Knapp (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur A. Stolz est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Gaspare D'Urso, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Rome, est nommé professeur ordinaire de pathologie chirurgicale.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur Gendre, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur extraordinaire de physiologie.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à MM. les professeurs extraordinaires Samuel von Basch (*pathologie expérimentale*); Leopold Oser (*médecine interne*); Alois Monti (*pédiatrie*).

M. le docteur Arthur Schattenfroh, privatdocent d'hygiène, est nommé professeur extraordinaire.

New York Polyclinic. — M. le docteur Lederman est nommé professeur adjoint de laryngologie et de rhinologie.

Jefferson Medical College de Philadelphie. — MM. les docteurs Thomas G. Ashton et Julius L. Salinger sont nommés professeurs de clinique médicale.

Missouri Medical College de Saint-Louis. — M. le docteur Guy L. Noyes est nommé professeur d'ophtalmologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Henri Dagonet, agrégé de l'ancienne Faculté française de médecine de Strasbourg et ancien médecin en chef de l'asile Sainte-Anne à Paris. — M. le docteur R. Virchow, professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Berlin, associé de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur B. Alcina y Rancé, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Cadix. — M. le docteur Federico Rubio (de Madrid), ancien ambassadeur d'Espagne à Londres. — M. le docteur Paul Plósz, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Louis Switalski, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Th. Pasternatsky, professeur de clinique thérapeutique à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur J. A. S. Brunelle, professeur de chirurgie à Laval University de Montréal.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1901* inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1901), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE TOULOUSE

Amiguès (M.). Études de quelques symptômes de la paralysie faciale.

Arsimoles (A.). Des abcès péri-amygdaliens.

Barrau (R.). Contribution à l'étude de la diphtérie des plaies (pourriture d'hôpital).

Bégot (U.). De la contracture musculaire au cours de la période secondaire de la syphilis.

Boudreau (L.). L'arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement.

Bouriot (L.). Historique médical de Barèges (propriétés « expultrices » de ses eaux).

Calvet (L.). Action de la cocaïne par voie rachidienne sur la contraction utérine.

Cargue (H.). Dégénérescence épithéliomateuse des vieux foyers d'ostéomyélites.

Cheynès (A.). La protection de l'enfance à Toulouse.

Cousture (J.). De la leucémie myélogène.

Cros (W.). Des modifications du vertige voltaïque dans les otopathies.

Dardenne (J.). Les empyèmes doubles.

Dellas (G.). Recherches expérimentales sur la strychnine.

Delteil (L.). Contribution à l'étude des résultats fournis par l'incision périnéale et le curettage dans la prostatite tuberculeuse.

Dupla (H.). Le diagnostic des abcès du foie.

Dupont (B.). Des tumeurs sanguines du larynx.

Esparbès (M.). Le logement de l'enfant pauvre à Toulouse.

Faget (J.). Les atrésies utéro-vaginales.

Fontanilles (M.). De la folie morale (des degrés dans la responsabilité morale).

Gaillard (A.). Contribution à l'étude de la dystocie due à la contracture du releveur coccy-périnéal.

Garès (G.). Des méthodes de recherche des pigments et sels biliaires dans les urines.

Gary (A.). Dépopulation rurale de la Haute-Garonne.

Germès (G.). Contribution à l'étude des leucémides.

Gilles (A.). De l'accouchement prématuré provoqué à la clinique obstétricale de Toulouse.

Guès, née Gironce (Mme P.). Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les annexites.

Ivanoff (Ch.). Agrandissement de la fente palpébrale.

Jouffreau (A.). Du syndrome de Ménière (traitement par l'acide bromhydrique).

Kovatcheff (Mme N.). Les paralysies chez l'enfant.

Laffaille (L.). Tares héréditaires et dégénératives dans les délires systématisés de persécution.

Lagriffe (P.). Notes, réflexions et recherches sur quelques réactions fonctionnelles et morbides de la cellule nerveuse.

Lassalle (P.). Contribution à l'étude sur la valeur clinique du signe de l'épaule.

Laurent (F.). Contribution à l'étude des chondromes (dégénérescence muqueuse; forme récidivante).

Lierre (P.). Traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant.

Malinvaud (E.). Du myxœdème fruste chez l'enfant.

Monribot (A.). Contribution à l'étude de l'infantilisme.

Mourrut (V.). Des arthrites rhumatismales et pseudo-rhumatismales du larynx.

Oulié (A.). Traitement chirurgical du cancer du sein (méthode américaine).

Pasturel (A.). Contribution à la cytologie du liquide céphalo-rachidien.

Philippe (L.). L'appendice xiphoïde.

Ribis (J.). Anurie calculeuse réflexe.

Sagols (P.). Le sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer pour les enfants lymphatiques, scrofuleux et rachitiques.

Séran (L.). Contribution à l'étude de la polyarthrite déformante chez l'enfant.

Serre (L.). Contribution à l'étude des traumatismes crâniens (hémiplégies et paralysies traumatiques diverses).

Soulé (T.). Les sillons costaux du foie.

Stumph (H.). Péritonite chronique tuberculeuse chez les Arabes.

Thomas-Latour (J.). Cinq années du service des diarrhées d'été (à la clinique infantile de la Faculté de Toulouse).

Vésian (J. de). Salpingites et grossesse.

Vianey (A.). Formes cliniques de l'astasie-abasie.

Wolters (L.). Rôle de l'instituteur en Kabylie au point de vue médical.

Xech (J.). Contribution à l'étude du traitement des abcès froids par des injections d'un mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré.

PHYSIOLOGIE

Abderhalden (E.). Ueber den Einfluss des Höhenklimas auf die Zusammensetzung des Blutes. (*Thèse de Bâle.*) — Influence du climat d'altitude sur la composition du sang.

Adamkiewicz (A.). Wie verrichtet der Wille mechanische Arbeit? (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 1-2.) — Comment la volonté s'acquitte-t-elle du travail mécanique?

Crile (G.). Intravenous infusion of saline solution. (*Med. News*, 3 mai.)

Herzen (A.) et **Pilpoul** (P.). Estomac, rate et pancréas. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Jellinek (S.). Animalische Effecte der Elektricität. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 et 24 avril.)

Korczynski (L. von). Ueber den Einfluss der Gewürze auf die secretorische und motorische Thätigkeit des Magens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er mai.) — Influence des épices sur l'activité motrice et sécrétoire de l'estomac.

Sieber-Szumowa (Mme N.). O zaczynach (fermentach) utleniajacych. (*Gaz. lekarska*, 15 mars.) — Des oxydases.

Tchiriev (S.). Propriétés électromotrices des muscles et des nerfs. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Vogel (R.). Untersuchungen über Muskelsaft. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 3-4.) — Recherches sur le suc musculaire.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Deganello (U.). Ein Fall von Chondro-Sarkom der Scapula; Beitrag zur Kenntnis der Chondrome des Schulterblatts. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 2.)

Greenough (R. B.). Cell inclusions in cancer and in non-cancerous tissue. (*Journ. of Med. Research*, avril.)

Hansemann (D. von). Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste. 2e éd. In-8°, 268 p. avec fig. Berlin. — Le diagnostic microscopique des tumeurs malignes.

Hellich (B.). Prispevky k normalni i pathologické stavbe michy lidské. (*Sbornik klinicky*, III, 4.) — Contribution à l'anatomie normale et pathologique de la moelle épinière.

Jatta (M.). Ricerche sperimentali sulla genesi della fibrina nelle membrane difteriche. In-4°, 85 p. avec fig. Milan.

Le Count (E. R.). The analogies between Plimmer's bodies and certain structures found normally in the cytoplasm. (*Journ. of Med. Research*, mai.) — Analogie entre les corpuscules décrits par Plimmer et certaines formations observées dans le cytoplasme normal.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Angelici (G.). Il potere antitossico dell'organismo e dei tessuti in genere su alcuni veleni. (*Riforma med.*, 16 mai.)

Baumgarten (P.). Ueber Immunität und Disposition, besonders mit Bezug auf Tuberkulose. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 mai.)

Beniasch (M.). Ueber den Einfluss der Antipyrese auf die Agglutinationskraft des Blutes beim Abdominaltyphus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 1-2.) — L'influence de l'antipyrèse sur le pouvoir d'agglutination du sang dans la fièvre typhoïde.

Dzierzgowski (S.). Przyczynek do sprawy uodporniania zwierzat przeciw blonicy oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwblonicżej. (*Gaz. lekarska*, 5, 12 et 19 avril.) — L'immunisation des animaux à l'égard de la diphtérie et la préparation du sérum antidiphtérique.

Ferrannini (A.). Dislocations autochthones du cœur. (*Rev. de méd.*, mai.)

Fleig (C.) et **Lefébure** (M.). De l'influence de l'hypercalcification sur la coagulation du sang. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Savtchenko (I.). Sur quelques différences biologiques entre les macro et les microphages (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, mai.)

MÉDECINE

Adler (I.). Remarks on arteriosclerosis. (*Med. Record*, 10 mai.)

Amann (J.). La dépression de la constante capillaire des urines pathologiques. (*Rev. méd de la Suisse rom.*, mai.)

Austregesilo (A.). Estudos sobre a diazo-reacção applicada particularmente a algumas molestias tropicaes. (*Brazil-medico*, 1er juillet.)

Bandel (R.). Ein Fall von enger Aorta. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 3-4.) — Un cas d'étroitesse de l'aorte.

Benenati (U.). Sull'origine nevritica dell'angina pectoris da aortite sifilitica. (*Riforma med.*, 3, 5, 6 et 7 mai.)

Bial (M.). Die Diagnose der Pentosurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 avril.)

Bradshaw (T. R.). An undescribed urinary deposit : Monohydric magnesium phosphate. (*Lancet*, 3 mai.)

Brill (N. E.). Diagnosis of diseases of the biliary passages. (*Med. News*, 10 mai.)

Surmont (H.). De la constipation. (*Echo méd. du Nord*, 25 mai.)

Taillens. Sur un cas de pachyméningite hémorrhagique, traité par des injections souscutanées de gélatine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Thue (K.). Akute und chronische Formen von maligner Endokarditis. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 4.)

Tranquilli (E.). Ueber Pepsinurie; vorläufige Mitteilung. (*Med. Woche*, 16 juin.)

Valentino (Ch.). Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques (signe de Musset). (*Rev. de méd.*, mai.)

Véron et **Busquet**. Sur un cas de péritonite par propagation (sans perforation) survenue au cours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire. (*Rev. de méd.*, avril.)

Walz (K.). Ueber die Beeinflussung der Leber durch das Zwerchfell und über Lebermassage. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 mai.) — De l'influence qu'exerce le diaphragme sur le foie et du massage hépatique.

CHIRURGIE

Secrétan (H.). Note sur le traitement policlinique des accidents. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Sorel (R.). Chirurgie de l'estomac; contribution à l'étude des indications et des résultats opératoires de la gastro-entérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 mars.)

Surmont et **Colle** (P.). Ostéomyélite aiguë hypertoxique due au staphylocoque doré. (*Echo méd. du Nord*, 4 mai.)

Tansini (I.). Splenectomia ed operazione di Talma nel morbo di Banti. (*Riforma med.*, 1er avril.)

Tavel (E.). La solution salée-sodique en chirurgie. (*Rev. de chir.*, mai.)

Terriberry (W. S.). The etiological classification of varicose veins of the legs. (*Med. News*, 12 avril.)

Tomaselli (G.). Contributo alla cura del morbo di Basedow colla simpatectomia. (*Gazz. degli Osped.*, 20 avril.)

Törnqvist (G. W.). Ueber Diagnose und Behandlung der subkutanen Kontusionsrupturen des Darms. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 1.) — Diagnostic et traitement des ruptures traumatiques sous-cutanées de l'intestin.

Treves (Sir F.). Remarks on the surgical treatment of arterio-venous aneurysm. (*Brit. Med. Journ.*, 10 mai.)

Turner (G.). Ueber Luxatio humeri anterior und Complication derselben durch Abreissung des Tuberculum majus. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 et 5 avril.) — La luxation de l'épaule en avant et sa complication par l'arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus.

Van Buren Knott. A contribution to the surgery of spina bifida. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Vanverts (J.). Péritonite généralisée d'origine appendiculaire; laparotomie sans ablation de l'appendice; guérison; rechute; laparotomie avec ablation de l'appendice; mort. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Villar (F.). A propos du traitement chirurgical du rétrécissement mitral. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 avril.)

Villard (E.). Sténose pylorique d'origine biliaire; cholécystotomie et cholédochotomie idéale. (*Lyon méd.*, 18 mai.)

Vogel (K.). Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der peritonealen Adhäsionen nach Laparotomieen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 3-4.)

Vrédène (R.). Rhinoplastie aux dépens d'un doigt (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 mai.)

Walzberg (T.). Ueber acuten duodeno-jejunalen Darmverschluss. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Sur l'occlusion de l'intestin à la limite du duodénum et du jéjunum.

Wenzel. Die Verwendung von Gazeschleiern bei aseptischen Operationen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 10 mai.) — Emploi de voiles de gaze dans les opérations aseptiques.

Winternitz (L.). Zur Frage der Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 avril.) — L'extraction des corps étrangers de l'œsophage.

Wolkowitsch (N.). Ueber die von mir angewandten Behandlungsmethoden von Fracturen der grossen Knochen der Extremitäten und Gelenkresectionen und die dabei erzielten Resultate. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 3-4.) — Traitement des fractures des os longs des extrémités et résections articulaires.

Zahradnicky (F.). Amputace vence plecového (amputatio interscapulo-thoracica). (*Sbornik klinicky*, III, 5.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Pestalozza. Contributo alla cura operativa del prolasso genitale. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, avril.)

Pincus (L.). Zur Castratio uterina atmokaustica bei Hämophilie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 mai.)

Pitha (V.). O abdominalnich operacich fibromyomu deloznich. (*Casopis lékaru ceskych*, 31 mai et 7 juin.) — Opérations abdominales pour fibromyomes de l'utérus.

Rostovtzev (M.). De la pérityphlite chez les femmes enceintes (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 9.)

Sandberg (J.). Sur un cas de grossesse ectopique. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 1.)

Santi. Di un caso di sarcoma originatosi da un corpo luteo. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, janv.-fév.)

Schäffer (O.). Ueber experimentell von den inneren Genitalien auslösbare reflektorische und koordinierte Fernerscheinungen, besonders des Blutgefässsystems. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.) — Sur les phénomènes réflexes à distance, surtout du côté de l'appareil circulatoire, ayant pour point de départ les organes génitaux internes.

Schlagenhaufer (F.). Ueber das metastatische Ovarialcarcinom nach Krebs des Magens, Darmes und anderer Bauchorgane. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.) — Cancer métastatique de l'ovaire, consécutif au cancer de l'estomac, de l'intestin et d'autres organes abdominaux.

Schultze (B. S.). Gynäkologie in Irrenhäusern. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.) — La gynécologie dans les asiles d'aliénés.

Stroganoff (W.). Zur Frage über die Anwendung der Zangen bei der vorderen Gesichts- und Stirnlage. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.) — Sur l'emploi du forceps dans les présentations antérieures de la face et du front.

Vineberg (H. N.). Treatment of acute puerperal sepsis from a surgical standpoint. (*Med. News*, 5 avril.)

Williams (Ethel M. N.). Pyrexia of gastro-intestinal origin during the puerperium. (*Lancet*, 19 avril.)

PÉDIATRIE

Ausset (E.). Rachitisme et lait stérilisé. (*Echo méd. du Nord*, 18 mai.)

Melzi (U.). La cura dell'otite media purulenta cronica nei bambini col metodo Libby. (*Pediatria*, avril.)

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 17. In-8°, p. 155 à 366. Vienne.

Moro (E.). Untersuchungen über die Alexine der Milch und des kindlichen Blutserums. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 4.) — Recherches sur les alexines du lait et du sérum sanguin des enfants.

Ovazza (V.). Il morbo del Basedow nei bambini. (*Riforma med.*, 16 avril.)

Perez-Avendaño. Intubation du larynx (instruments; technique; avantages). In-16, XX-274 p. avec fig.

Pfisterer (G.). Ueber Pneumokokken-Gelenk- und Knocheneiterungen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 4.) — Des suppurations articulaires et osseuses à pneumocoques [chez les enfants].

Pont (A.). Ostéomyélite et nécrose du maxillaire inférieur chez l'enfant. (*Lyon méd.*, 27 avril.)

Rothschild (H. de). Bibliographia lactaria; deuxième supplément (année 1901) à la Bibliographie générale des travaux parus sur l'allaitement jusqu'en 1899. In-8°, 112 p.

Schlossmann (A.). Weiteres zur Frage der natürlichen Säuglingsernährung; 2. Mitteilung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIII, 3-6.) — Nouvelles recherches sur l'alimentation naturelle des nourrissons.

Troïtzky (I.). Des ovarites au cours des oreillons chez les petites filles (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 avril.)

Wertheimber (A.). Ueber acute Darmocclusion im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 4.) — De l'occlusion intestinale aiguë chez les enfants.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bouret (O.). Un nouveau cas de caféisme chronique. (*Echo méd. du Nord*, 13 avril.)

Edelmann. Carbolvergiftungen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 13 et 20 avril.) — Empoisonnement par l'acide phénique.

Forel (A.) et **Mahaim** (A.). Crime et anomalies mentales constitutionnelles; la plaie sociale des déséquilibrés à responsabilité diminuée. In-8°, 302 p. Genève.

Hitschmann (F.) et **Lindenthal** (O. T.). Zur Frage der Verwertbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 2.) — Valeur de la docimasie pulmonaire en cas de présence de bactéries dans la cavité utérine.

Imbert (A.), **Forgue** et **Rauzier**. Un cas d'expertise : fracture de l'avant-bras; détermination rétrospective de la date de consolidation au moyen de documents radiographiques. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Magill (W. S.). Poisoning by aconite (the Condon case) and the physiological analyses of alkaloids. (*Med. News*, 31 mai.)

Mirto (D.). La mielinizzazione del nervo ottico come segno di vita estrauterina protratta nei neonati prematuri ed a termine. (*Pisani*, XXIII, 1.)

Morache (G.). Le mariage (étude de sociobiologie et de médecine légale). In-16, 296 p.

Ohlmacher (A. P.). Upon an extensive outbreak of food intoxication and infection of unique origin. (*Journ. of Med. Research*, mai.) — Une épidémie d'intoxications alimentaires d'origine unique.

Pactet (F.) et **Colin** (H.). Les aliénés devant la justice (aliénés méconnus et condamnés). In-16, 176 p.

Tardieu (A.). Etude médico-légale sur l'avortement, suivie d'une note sur l'obligation de déclarer à l'état civil les fœtus mort-nés, et d'observations et recherches pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées. 6e éd. In-8°, 336 p.

Thomas (P.). Une famille d'aliénés et d'aliénés criminels. (*Arch. d'anthropol. crim.*, mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Barret. Les réactions électriques du nerf acoustique et le traitement par l'électricité de quelques affections de l'oreille. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Benoist (L.). Lois de transparence de la matière pour les rayons X; applications à la radiologie médicale. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Foveau de Courmelles (V.). Des connaissances physiques en photothérapie. (*Rev. internation. de thérapie physique*, 1er mai.)

Guilleminot (H.). De l'emploi de l'interrupteur-redresseur Villard pour la production des rayons X et des courants de haute fréquence en médecine. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Maggioni (V.). Contributo alla terapia elettrica dell'isterismo. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mai.)

Pic (A.) et **Bordier** (H.). Maladie du sommeil de nature probablement hystérique; son traitement électrique. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Wiasemski. Histoire de la découverte de l'électrotonus et le sort de sa première théorie. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Amrein (O.). Das Hochgebirge; sein Klima und seine Bedeutung für den gesunden und kranken Menschen. In-8°, 27 p. Saint-Gall. — Le climat d'altitude et son influence sur l'homme.

Baum (S.). Zur Hydrotherapie bei der Diabetesbehandlung. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, mars.)

Chiaïs (F.). Menton; analyse climatologique, topographie, climatologie, climatothérapie. In-8°, 80 p. Menton.

Pelon (H.). Sur un nouveau mode de traitement thermal des maladies chroniques des voies respiratoires : « le humage naturel ». (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 mai.)

Römisch (W.). Alpine climate and the human constitution. In-8°, 30 p. Essen.

Winternitz (H.). Ueber die Wirkung verschiedener Bäder (Sandbäder, Soolbäder, Kohlensäurebäder u. s. w.), insbesondere auf den Gaswechsel. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 3-4.) — Sur l'action des divers bains (bains de sable, bains salés, bains d'acide carbonique, etc.), en particulier sur les échanges gazeux.

Wolff (F.). Beiträge zur Kenntnis des Höhenklimas. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 mai.) — Contribution à l'étude du climat d'altitude.

BACTÉRIOLOGIE

Bodin (E.). La nutrition chez les bactéries. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 2.)

Klemperer (F.) et **Scheier** (M.). Ueber die Identität der Ozaena-und der Rhinosklerombacillen mit Friedländer'schen Bacillen; ein Beitrag zur Bakteriologie der Nase. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 1-2.) — Sur l'identité des bacilles de l'ozène et du rhinosclérome avec le bacille de Friedländer; contribution à la bactériologie du nez.

Lesieur (Ch.). Du procédé de Cambier pour l'isolement du bacille d'Eberth. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Longo (A.). Reperto batteriologico in un caso di noma. (*Policlinico*, partie méd., IX, 6.)

Miquel (P.) et **Cambier** (R.). Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène. In-8°, 1060 p. avec fig.

Pfahler (G. E.). The bacteriology of erysipelas. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 avril.)

Thoinot (L. H.) et **Masselin** (E. J.). Précis de microbie; technique et microbes pathogènes. 4e éd. In-16, 716 p. avec fig.

Wassermann (A.) et **Kolle** (W.). Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. T. Ier. In-8°, 176 p. avec fig. et atlas. Iéna. G. Fischer.

Weis (J. D.). 4 pathogenic torulæ (blastomycetes). (*Journ. of Med. Research*, avril.)

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

Téléphone N° 810.88 23-25, RUE de L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25, PARIS, 6e Adresse Télégraphique : Maloine-Paris

EXPÉDITION FRANCO dans le monde entier. — Par poste recommandée 5 0/0 en plus.
Toute commande doit être accompagnée du montant.

N. B. — **Pour les ouvrages d'occasion** l'expédition sera faite *franco* seulement pour les ouvrages n'ayant pas d'indication contraire. Bien indiquer sur la commande **exemplaire à prix réduits.**

DERNIÈRES NOUVEAUTÉS

TRAITÉ PRATIQUE DE LA SYPHILIS

PAR

Le Dr Henri BERDAL

Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, de l'hôpital du Midi (hôpital Ricord), et de l'hôpital Saint-Louis, Ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, Ancien assistant-adjoint de consultation à l'hôpital Saint-Louis, Membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Avec 58 simili gravures et 18 planches dont 17 en couleurs.

Complément du *Traité pratique des maladies vénériennes syphilitiques,* Publié précédemment,

Avec une préface de M. le Dr TENNESON Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

In-8° de 1000 p., 1902, **15** fr., net **13** fr. **50**

Bernheim. Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. 2e éd., 1902, in-8°, 8 fr., net ...... 7 fr.
Broca. Leçons cliniques de chirurgie infantile, avec fig., in-8°, 1902, 10 fr., net 9 fr.
Brouardel et **Gilbert**. T. X et dernier. Maladies des nerfs périphériques, névroses, maladies des muscles, in-8°, 1902, 12 fr., net .... 10 fr. 50
L'ouvrage complet 10 vol. in-8°, 120 fr., net .... 100 fr.
Pour les pays où il est nécessaire d'expédier par poste recommandée, ajouter 15 fr. pour le port.
Cathelin. Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires. Recherches anatomiques, expérimentales et cliniques, in-8°, 1903, avec 32 fig., 8 fr., net.............. 7 fr.
Chauveau. Pathologie comparée du pharynx préface du prof. Cadiot, in-18, 1902, avec 27 fig., 3 fr. 50, net......... 3 fr.
Chipault. L'état actuel de la chirurgie nerveuse. T. Ier : France, Algérie, Belgique, Pays-Bas, Suisse, Portugal, Espagne, in-8°, 1902, 25 fr., net. 22 fr. 50
Chipault. Travaux de neurologie chirurgicale et orthopédique, 6e année, in-8°, 1902, avec 99 fig. et 18 pl., 16 fr., net, 14 fr. 50
Debove et **Sallard**. Précis de pathologie interne, in-18 rel. souple, 1902, 12 fr., net .... 10 fr. 50
Debussières. Tableaux synoptiques de médecine d'urgence à l'usage des étudiants et des praticiens, in-8°, 1902, 5 fr., net.............. 4 fr. 50
Denoyés. Les courants de haute-fréquence, propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques, in-8°, 1902, avec fig., 7 fr. 50, net........ 6 fr. 50
Galliot. Dysenterie aiguë et chronique (étiologie, bactériologie, anatomie pathologique), in-18°, 1902, 2 fr. 50, net 2 fr. 25
Galliot. Dysenterie aiguë et chronique (symptomatologie, traitement, prophylaxie), in-18°, 1902, 2 fr. 50, net 2 fr. 25
Garrigue. Maladies microbiennes, guérison de la tuberculose. Loi de défense des organismes vivants, mécanisme physicochimique de la vie, in-18, 1902, avec fig., 4 fr., net.............. 3 fr. 50
Gauthier (de Charolles). Les médications thyroïdiennes. Préface de Fr. Franck, ouvrage récompensé par l'Académie de médecine, in-8°, 1902, 5 fr. net 4 fr. 50
Golebiewski. Atlas-manuel de médecine et de chirurgie des accidents, édition faite par Paul Riche, avec 40 pl. coloriées et 143 fig., in-16, rel. souple, tête dorée, 1903, 20 fr., net..............18 fr.
Guibal. Guide du médecin praticien, aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, in-18 cart. avec 349 fig., 1903, 7 fr. 50, net.............. 6 fr. 50
Imbert. Mode de fonctionnement économique de l'organisme, in-8°, cart., 1902, 2 fr., net.............. 1 fr. 75
Janet (Pierre). Les obsessions et la psychasthénie. Etudes cliniques et exemples sur les idées obsédantes, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les délires du contact, les angoisses, les sentiments d'incomplétudes, la neurasthénie, les modifications des sentiments du réel, leur pathogénie et leur traitement, in-8°, avec grav., 1903, 18 fr., net..... 16 fr.
Jennings. La guérison de la morphinomanie sans souffrance. Traduit de l'anglais par A. Ball, in-18, cart., 1902, 4 fr., net.............. 3 fr. 50
Lavielle. Les forbans de la médecine, avec une lettre de Léon Daudet, in-18, 1902, 5 fr., net.............. 4 fr. 50
Lefert. Aide-mémoire des maladies des poumons et des bronches, in-18, cart., 1902, 3 fr., net.............. 2 fr. 75
Legrand. Une esquisse du conflit entre la cellule et le milieu, in-8°, 1902, 3 fr., net.............. 2 fr. 75
Malapert. Le caractère, in-18, 1902, 4 fr., net.............. 3 fr. 50
Malméjac. L'eau dans l'alimentation. Préface de Schlagdenhauffen, in-8°, 1902, avec fig., cart., 6 fr., net..... 5 fr. 25
Meige et **Feindel**. Les tics et leur traitement, préface du professeur Brissaud, in-8°, 1902, 6 fr., net......... 5 fr. 25
Mendelssohn. Les phénomènes électriques chez les êtres vivants, in-8°, cart. 1902, 2 fr., net.............. 1 fr. 75
Miquel et **Cambier**. Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène, avec 224 fig., n. et col., gr. in-8°, 1902, 45 fr., net.............. 40 fr.
Monod et **Vanverts**. Traité de technique opératoire, 2 vol., in-8°, avec nombreuses figures, 1902.
En souscription 35 fr., net.... 31 fr.
Tome I seul paru. A l'apparition du tome II, le prix de l'ouvrage sera augmenté.
Morat et **Doyon**. Traité de physiologie. Tome II, fonctions d'innervation, avec 263 fig., in-8°, 1902, 15 fr., net 13 fr. 50
Parus précédemment.
Tomes III et IV. Fonctions de nutrition. Circulation et calorification, 2 vol. in-8°, avec fig. en noir et en couleurs, 24 fr., net.............. 22 fr.
L'ouvrage formera 5 volumes et se vend en souscription au prix à forfait de 55 fr., net.............. 49 fr.
Nicolle et **Remlinger**. Traité de technique microbiologique à l'usage des médecins et des vétérinaires. Préface du Dr Roux (de l'Institut), in-18, 1902, avec 211 fig., 10 fr., net.............. 9 fr.
Perdu. La scoliose, théorie complète, nouveau traitement, in-8°, 1902, avec 64 fig. dans le texte et hors texte, 4 fr., net 3 fr. 50
Pérez. L'ozène (rhino-sinusite atrophique fétide). Bactériologie, étiologie, prophylaxie, in-8°, 1902, avec 2 pl., 3 fr., net 2 fr. 75
Pignet et **Hue**. Nouveau procédé rapide pour l'analyse chimique de l'eau, in-18, 1902, 1 fr. 50, net.............. 1 fr. 35.
Pitres et **Régis**. Les obsessions et les impulsions, in-18, 1902, 4 fr., net 3 fr. 50
Poirier et **Charpy**. Traité d'anatomie humaine. T. II, fasc. 4. Les lymphatiques, avec 117 fig. n. et col., in-8°, 1902, 8 fr., net.............. 7 fr.
Pratique dermatologique. Traité de dermatologie appliquée par MM. Besnier, Brocq, Jacquet. Tome III, avec 212 fig. n. et 19 pl. col., 1902, 40 fr., net.............. 36 fr.
Les trois volumes parus ensemble 116 fr., net.............. 104 fr.
Souscription à l'ouvrage complet 150 fr., net.............. 135 fr.
Rabaud. Anatomie élémentaire du corps humain, 4 pl. coloriées à feuillets découpés et superposés, avec 60 fig., in-4°, cart. toile, 1902, 6 fr., net..... 5 fr. 25
Ramisiray. Pratiques et croyances médicales des Malgaches, in-8°, 1901, 2 fr. 50, net.............. 2 fr. 25
Ranaivo. Pratiques et croyances des Malgaches, relatives aux accouchements et à la médecine infantile, in-8°, 1902, 2 fr. 50, net.............. 2 fr. 25
Rohmer. Les accidents du travail. Evaluation (à l'usage des médecins experts) des incapacités professionnelles (Loi du 9 avril 1898), in-8°, 1902, 3 fr. 50, net 3 fr.
Sicard. Le liquide céphalo-rachidien, in-18, 1902, 2 fr. 50, net.......... 2 fr. 25
Stamatiadès (directeur sanitaire à Samos). Camaran. Conditions d'admission au service sanitaire ottoman, l'île de Camaran, le lazaret, le service des quarantaines, les pèlerins, lexique français-arabe, in-8°, cart., 1902, 5 fr., net 4 fr. 50
Tartarin (Dr). Tuberculose et sanatorium. Préface du prof. Landouzy, in-12, 1902, avec la carte en couleur de l'« armement antituberculeux » et la carte climatologique de la Corse, 3 fr. 50, net.............. 3 fr.
Terrien. Chirurgie de l'œil et de ses annexes, gr. in-8° avec 311 fig., 1902, 15 fr., net.............. 13 fr. 50
Van-Lint. Qu'est-ce qui détermine le sexe? in-16, cart., 1902, 2 fr., net 1 fr. 75

OUVRAGES D'OCCASION

A PRIX RÉDUITS

Fournier. Leçons sur la syphilis vaccinale. Recueillies par le Dr Portalier, in-8°, 1889, 6 fr., net.............. 2 fr. 50
Annuaire médical et pharmaceutique de la Roumanie. Renseignements officiels, mémorial thérapeutique, etc., par le Dr Michel Kohos, in-12, cart., 1898, 3 fr., net.............. 1 fr. 50
Association française pour l'avancement des sciences. Compte rendu de 1877 à 1900, 31 vol., 475 fr., net 100 fr.
Port à la charge du destinataire.
Blocq et **Londe**. Anatomie pathologique de la moelle épinière, 45 pl. en héliogravure avec texte explicatif, in-4°, 1891, 48 fr., net.............. 25 fr.
Bonamy, Broca, Beau et **Hirschfeld**. Anatomie descriptive et système nerveux, 5 atlas in-4°, avec 517 pl. col. et 1 vol. texte bel., rel. 1/2 chag., 450 fr., net... 200 fr.
Briand (J.) et **Chaudé** (E.). Manuel complet de médecine légale, contenant un Traité élémentaire de chimie légale, par J. Bouis, 1879, 2 vol. gr. in-8°, avec 5 pl. et 37 fig., rel. 1/2 chag., 24 fr., net 18 fr.
Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris. Collection de l'origine, 1875 à 1891, 17 vol., rel. 1/2 chag., 306 fr., net.............. 200 fr.
Capitan. Les maladies infectieuses, causes et traitement, in-18, c., 1896, 4 fr., net 2 fr.
Congrès international de médecine. Paris, 1900. Comptes rendus publiés sous la direction de Chauffard, 17 vol., in-8°, net.............. 50 fr.
Port à la charge du destinataire.
Cullerier. Précis iconographique des maladies vénériennes, gr. in-8° de 700 p. avec 74 pl. col., 1886, rel., 80 fr., net 50 fr.
Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière polyclinique, 1887-89, 2 vol. in-4° avec fig., 40 fr., net.............. 25 fr.
Charcot. Clinique des maladies du système nerveux publiée par G. Guinon, 2 vol. in-8°, 1893, avec 79 fig., 38 tableaux et 5 pl., 24 fr., net.......... 15 fr.
Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux, recueillies et publiées par Bourneville. Troubles trophiques, paralysies agitantes, sclérose, hystérie, hystéro-épilepsie, chorées rythmique hystérique, in-8°, 1892, avec fig. et pl., 15 fr. net 5 fr.
Charcot. Maladies des vieillards, goutte, rhumatisme, in-8°, 1890, avec 19 fig., 12 fr., net.............. 4 fr.
Comby (Dr Jules). Traité des maladies de l'enfance, gr. in-8°, 1902, 25 fr., net 18 fr.
Comby. Les médicaments chez les enfants, in-8°, 1900, 18 fr., net..... 13 fr.
Debove et **Achard**. Manuel de médecine publié sous la direction de MM. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Achard, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8°, 1892-97.
L'ouvrage complet, 9 vol., rel. souple, tête dorée, 144 fr., net...... 90 fr.
Port à la charge du destinataire.
Debove et **Achard**. Manuel de thérapeutique, 3 vol. in-8°, rel., 1900-1902, 57 fr., net.............. 45 fr.
Dechambre. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 100 vol. gr. in-8°, 1865-1889, avec fig., rel. 1/2 basane à nerfs, rel. neuve, 1,200 fr., net 300 fr.
La même broch., net.......... 200 fr.
Port à la charge du destinataire.
Delage (Yves). L'année biologique, 1re, 2e et 3e année, 96 fr., net.............. 60 fr.
Delpeuch. Histoire des maladies : la goutte et le rhumatisme, in-8°, cart., 1900, 20 fr., net.............. 12 fr.
Delthil. Traité de la diphtérie, son traitement et sa prophylaxie par les hydrocarbures, in-8°, 1891, 8 fr., net.... 4 fr.
Dujardin-Beaumetz. Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, 4 vol. et supplément ensemble, 5 vol. in-4°, rel. 1/2 chagrin, 150 fr., net.............. 80 fr.
Etude expérimentale et clinique sur la tuberculose publiée sous la direction du prof. Verneuil, par le Dr L. Petit, 2 vol. in-8°, 1887-90, 30 fr., net 10 fr.
Follin et **Duplay**. Traité élémentaire de pathologie externe, 7 vol. in-8°, 1877-88, rel. 1/2 basane, 100 fr., net..... 15 fr.
Hallopeau et **Leredde**. Traité pratique de dermatologie, avec 24 pl. en couleurs et 15 fig., in-8°, rel. toile, 1900, 30 fr., net.............. 22 fr.
Hardy. Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, 1886, fig., in-8°, cart., 18 fr., net.............. 8 fr.
Hayem. Revue des sciences médicales de l'origine, 1873-1892, 39 vol. avec les tables, 585 fr., net.............. 100 fr.
Port à la charge du destinataire.
Index-Catalogue of the library of the surgeon-général's office United States Army, 1re série, 16 vol. in-4°, 1880-1895, 2e série, 1896-1897, 2 vol. in-4°, ensemble 18 vol. rel. toile, net.......... 140 fr.
Port à la charge du destinataire.
Jaccoud. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 40 vol. gr. in-8°, 1867-1890, avec fig., 400 fr., broc., net.............. 60 fr.
Le même, bonne rel. basane neuve 100 fr.
Port à la charge du destinataire.
Labadie-Lagrave. Urologie clinique et maladies des reins, in-8°, 1888, avec 40 fig., 18 fr., net.............. 6 fr.
Labadie-Lagrave. Maladies du foie. in-8°, 1890, avec fig., 18 fr., net.......... 6 fr.
Laveran (A.) et **Teissier**. Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales, 2 vol. in-8°, 1894, avec fig., rel. 1/2 chagr., 22 fr., net.............. 12 fr.
Le même, rel. 1/2 basane, net 10 fr.
Le Dentu et **Delbet**. Traité de chirurgie clinique et opératoire. 10 vol. in-8°, 1896-1901, 125 fr., net.............. 90 fr.
Port à la charge du destinataire.
Le Gendre, Barette, Lepage. Antisepsie médicale, chirurgicale et obstétricale, 2 vol. in-8°, 1889, 20 fr., net 8 fr.
Leloir et **Vidal**. Symptomatologie et anatomie pathologique des maladies de la peau, in-8°, et atlas in-4°, de 54 pl. en coul., rel. toile, 70 fr., net.......... 35 fr.
Lesser. Atlas de médecine légale. Trad. par le Dr Hahn. Les empoisonnements, 1 vol. in-fol., 1900, avec 18 pl. en couleurs. Les lésions traumatiques, 2 vol. in-fol., 1892-93, avec 18 pl. Ensemble 3 vol. in-4°, 240 fr., net.......... 120 fr.
Marvaud. Les maladies du soldat, étude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique, fort vol. in-8°, 1894, 20 fr., net.............. 10 fr.
Masse. Petit atlas complet d'anatomie descriptive, in-18, composé de 113 pl. col., rel., 36 fr., net.............. 25 fr.
Milne Edwards. Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparées de l'homme et des animaux, 14 vol., gr. in-8°, rel. dem. chagrin., 250 fr., net.......... 80 fr.
Le musée de l'hôpital Saint-Louis. Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques avec texte explicatif par Besnier, Fournier, Tenneson, Hallopeau, Du Castel, Feulard et Jacquet.
In-folio contenant 50 magnifiques planches en couleurs, rel. toile, tête dorée, 100 fr., net.............. 40 fr.
En fasc., net.............. 35 fr.
Nimier et **Despagnet**. Traité élémentaire d'ophtalmologie, gr. in-8°, 1894, cart., avec 432 fig., 20 fr., net... 12 fr.
Perier. Des stations médicales dans les maladies des enfants, in-12, rel., 1895, 6 fr., net.............. 2 fr.
Ricord. Traité complet des maladies vénériennes. Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens. Recueil d'observations suivies de considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital, gr. in-4°, 1854, avec 66 pl. coloriées, rel. 1/2 chagr., 133 fr., net.............. 25 fr.
Traité de thérapeutique appliquée publié sous la direction de Albert Robin. L'ouvrage complet forme 20 fascicules, ensemble prix 139 fr., net....... 95 fr.
Port à la charge du destinataire.
Witkowski. Curiosités médicales littéraires sur les seins et l'allaitement, in-8°, avec fig., br., 10 fr., net... 6 fr.
Zambaco-Pacha. Les lépreux ambulants de Constantinople, in-4°, 1897, avec 48 pl. en noir et en couleurs, rel. toile, 90 fr., net.............. 60 fr.

AVIS

On désire acquérir ou échanger **Bourgery et Jacob, Anatomie,** *8 ou 9 vol., figures coloriées.*

N. B. — On trouvera beaucoup d'autres ouvrages annoncés en consultant les nos 5, 11, 20 et 28 de 1902.

22e ANNÉE. — N° 38. Vingt centimes le numéro. 17 SEPTEMBRE 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE. — Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale par greffe échinococcique, par M. le docteur L. Cheinisse 305

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques (signe de Musset)..... 309
Thrombose utéro-ovarienne infectieuse avec extension à la veine cave inférieure et au cœur droit 309
Publications allemandes. — Du diagnostic de la morve aiguë chez l'homme 309
Contribution à l'étiologie de l'angine dothiénentérique 310
Des anomalies congénitales de l'uretère et de leur traitement chirurgical 310
Contribution à l'étude de la môle hématique 310
Publications italiennes. — Deux cas de diabète insipide transformé en diabète sucré..... 310
Invagination par polype sous-muqueux du jéjunum 310
Sur le pouvoir hémolytique de l'extrait aqueux de tumeurs 311
Publications scandinaves. — Rapport du comité du béribéri 311
Un cas d'herpès zoster suivi d'atrophie musculaire 311

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement de l'épilepsie par les sels de calcium 311
Le sérum sanguin normal comme moyen de traitement de la scarlatine 312
Les indications et les contre-indications des injections de jaune d'œuf dans le traitement de la tuberculose pulmonaire 312
Le cinnamate de soude en injections sous-conjonctivales 312
Traitement de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique par le sérum gélatiné.... 312
Emploi du soufre à titre de succédané de l'iodoforme 312
Traitement de l'ozène par les courants de haute fréquence 312
Un moyen pour faciliter l'administration de l'huile de ricin 312
Traitement du tétanos traumatique par le bain turc 312

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Angine dothiénentérique........ 310[1]
Anomalies congénitales de l'uretère........ 310[1]
Atrophie musculaire consécutive à de l'herpès zoster........ 311[3]
Bain turc contre le tétanos traumatique.... 312[3]
Béribéri........ 311[2]
Calcium dans le traitement de l'épilepsie.... 311[3]
Cinnamate de soude en injections sous-conjonctivales........ 312[2]
Courants de haute fréquence contre l'ozène. 312[3]
Diabète insipide transformé en diabète sucré 310[2]
Epilepsie........ 311[3]
Fièvre typhoïde et angine........ 310[1]
Greffe échinococcique et kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale........ 305[1]
Hémolyse par extrait aqueux de tumeurs... 311[1]
Herpès zoster suivi d'atrophie musculaire... 311[3]
Huile de ricin et son administration........ 312[3]
Invagination par polype sous-muqueux du jéjunum........ 310[3]
Jaune d'œuf en injections sous-cutanées contre la tuberculose pulmonaire........ 312[1]
Kératites........ 312[2]
Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale par greffe échinococcique........ 305[1]
Lésions aortiques et signe de Musset........ 309[1]
Môle hématique........ 310[2]
Morve aiguë chez l'homme........ 309[3]
Ozène........ 312[3]
Péritonite tuberculeuse à forme ascitique... 312[2]
Polype sous-muqueux du jéjunum et invagination........ 310[3]
Polyurie transformée en glycosurie........ 310[2]
Scarlatine........ 312[1]
Secousses rythmiques de la tête chez les aortiques........ 309[1]
Sérum gélatiné contre la péritonite tuberculeuse à forme ascitique........ 312[2]
— sanguin normal contre la scarlatine.. 312[1]
Signe de Musset et lésions aortiques........ 309[1]
Soufre comme succédané de l'iodoforme.... 312[2]
Tétanos traumatique........ 312[3]
Thrombose utéro-ovarienne infectieuse étendue à la veine cave inférieure et au cœur. 309[2]
Traitement de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique........ 312[2]
— de la scarlatine........ 312[1]
— de la tuberculose pulmonaire.... 312[1]
— de l'épilepsie........ 311[3]
— de l'ozène........ 312[3]
— des anomalies congénitales de l'uretère........ 310[1]
— des kératites........ 312[2]
— du tétanos traumatique........ 312[3]
Tuberculose pulmonaire........ 312[1]
Tumeurs et pouvoir hémolytique de leur extrait aqueux........ 311[1]

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Pier Ludovico Bosellini est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Viktor Klingmüller est nommé privatdocent de dermatologie.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Oskar Zoth, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Gratz, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. von Vintschgau, démissionnaire.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Reinhold Ruge est nommé privatdocent d'histoire et de géographie médicales.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur G. B. Pellizzi est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Wilhelm Kattwinkel est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Luigi Simonelli est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Rinaldo Bovero est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Paolo Fiori est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Ewald Hering, professeur extraordinaire de pathologie générale et expérimentale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Vittorio Allgeyer est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur Otto Rostoski est nommé privatdocent de médecine interne.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — MM. les docteurs J. P. Korovine et A. Maximov sont nommés privatdocenten d'anatomie pathologique.

Albany Medical College. — M. le docteur Spencer L. Dawes est nommé lecteur de matière médicale.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1901* inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1901), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE NANCY

Baros (J.-L.-A.). Contribution à l'étude des sénilités locales.

Bertignon (L.). Le chlorure de calcium dans le traitement des hémorrhagies.

Bichat (H.-P.). La sympathectomie dans le traitement du glaucome.

Chaudron (J.-A.). Des injections de vaseline et de paraffine dans la prothèse oculaire.

Clause (M.-A.-E.). La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et l'appareil de la vision.

Crosmarie (C.-H.). Recherches expérimentales sur la sécrétion interne des reins; phénomènes circulatoires.

Dasse (G.-N.-A.). De l'ulcère simple de l'œsophage.

Delange (F.-N.-A.). Du rhumatisme articulaire aigu chez le vieillard.

Dreyfous (H.). Contribution à l'étude des influences de l'état nerveux chez les dyspeptiques.

Dupuy (A.-J.). A propos d'un cas de morve humaine.

Etienne (A.-J.-L.). Des luxations spontanées se produisant dans le cours des principales infections.

Fruhinsholz (A.). De la blennorrhagie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité (le nouveau-né excepté).

Gisselbrecht (H.). Contribution à l'étude des métastases oculaires infectieuses.

Grandjean (F.-G.). Contribution à l'étude des hernies inguinale et crurale du diverticule de Meckel.

Grojean (J.-M.-L.). Les champs maudits de Lorraine; étude sur la localisation du charbon bactéridien en Lorraine.

Hartemann (M.-L.). De la valeur de la résection du genou dans la tumeur blanche chez l'adulte.

Humbert (J.-G.-E.). Intervention chirurgicale dans les tumeurs syphilitiques du foie.

Isambert (M.-P.). Hémo-coco-bacillémie et septicémie grippale.

Jeandelize (P.-M.-P.). Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne (à début dans le jeune âge).

Klotz (J.). Contribution à l'étude des fistules rénales post-opératoires.

Limon (M.-A.). Etude histologique et histogénique de la glande interstitielle de l'ovaire.

Lorcin (P.-G.). Des tumeurs épithéliales bénignes des tissus de la face.

Malkhasian (L.). Perforation de la trachée par corps étrangers de l'œsophage et des indications de l'œsophagotomie externe.

Marc (H.-L.). Sur quelques cas d'actinomycose humaine en Lorraine.

Marceau (F.). Recherches sur l'histologie et le développement comparés des fibres de Purkinje et des fibres cardiaques.

Nilus (L.). Des abcès cérébraux d'origine otique.

Périchitch (M.). La syphilis en Serbie.

Perrin (M.-N.-J.). Des polynévrites.

Poirson, née **Kaminski** (Mme A.). De l'extirpation du ganglion ophtalmique dans le traitement du glaucome absolu.

Pruvost (M.-H.-E.). Formes curables des méningites otique et traumatique.

Rosenthal (P.-A.). De l'utilisation des dents comme moyen de soutien des appareils de prothèse immédiate et dans le traitement des fractures des maxillaires.

Scharff (P.). D'un procédé nouveau de cure radicale des tumeurs bénignes enkystées et spécialement des kystes paradentaires du maxillaire supérieur (procédé bucco-nasal).

Schmitt (F.-C.-A.). Contribution à l'étude des ruptures spontanées de l'utérus pendant le travail et l'accouchement.

Vilmain (M.-E.). Contribution à l'étude du purpura exanthématique (en particulier chez les enfants).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Cavazza (E.). Sulla dottrina della degenerazione grassa; nota preliminare. (*Policlinico*, 31 mai.)

Cönen (H.). Mikroskopische Befunde am Ganglion Gasseri in den 15 Fällen von Lexer. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 2.)

Deetz (E.). Ueber ein Angioma arteriale racemosum im Bereich der Arteriæ corporis callosi. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 2.)

Eichhorst (H.). Ueber Zuckergussherz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril.) — Cœur se présentant comme couvert d'une croûte de sucre.

Frisco (B.). Alterazioni vasali nelle lesioni di origine infettiva dei nervi periferici. (*Pisani*, XXIII, 1.)

Greene (R. H.) et **Brooks** (H.). The nature of prostatic hypertrophy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 avril.)

Hausmann (M.). Zur Anatomie und Pathogenese der Divertikel der vorderen Oesophaguswand. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 1.) — Anatomie et pathogénie des diverticules de la paroi antérieure de l'œsophage.

Herzog (M.). Zur Histo-Pathologie des Pankreas beim Diabetes mellitus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 1.)

Löwenthal (W.). Versuche über die körnige Degeneration der roten Blutkörperchen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 avril.) — Recherches sur la dégénérescence granuleuse des hématies.

MÉDECINE

Bureau (G.) et **Blanchard**. Enorme dilatation cylindroïde de l'aorte thoracique chez un syphilitique, avec dilatation ampullaire de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique; petit anévrysme adhérant à la trachée; rétrécissement de l'orifice de la carotide primitive gauche et de la sous-clavière gauche; mort subite. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 mai.)

Burke (J.). Ueber angeborene Pulmonalstenose. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 5.) — Rétrécissement pulmonaire congénital.

Cloarec (C.). Sur une nouvelle méthode saccharimétrique d'application rapide et facile. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 2.)

Curschmann (H.). Ueber tötliche Blutungen bei chronischer Pfortaderstauung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril.) — Des hémorrhagies mortelles en cas d'engorgement chronique de la veine porte.

D'Amato (L.). Due casi di diabete insipido trasformati in diabete mellito. (*Riforma med.*, 13 mai.)

Derscheid. Un cas d'anthracose pulmonaire. (*Policlinique*, 15 mai.)

Dionisi (A.). Sulla pileflebite ateromatosa. (*Policlinico*, partie méd., IX, 6.)

Everington (H. D.). An interesting phenomenon occurring in tachycardia. (*Lancet*, 10 mai.)

Ferrannini (L.) et **Pirrone** (D.). La volumetria e i rapporti dei corpi estranei e degli organi interni esattamente determinati con la radioscopia. (*Riforma med.*, 21 mai.)

Festa (R.). Forme eclampsiche, tetaniche e meningitiche da elmintiasi con auto-intossicazione gastro-intestinale. (*Gazz. degli Osped.*, 11 mai.)

Fisch (M.). Kombinirte Herztherapie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 29 mai.) — La thérapeutique combinée des cardiopathies.

Fisher (T.). Dilatation of the heart and other manifestations of weakening of the heart as results of rheumatism. (*Lancet*, 7 juin.) — Dilatation du cœur et autres troubles cardiaques consécutifs au rhumatisme.

Frey (A.). Ueber Venendruckmessung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er mai.) — Sur la mensuration de la pression veineuse.

Godart-Danhieux. Les ulcérations gastriques. (*Policlinique*, 1er mai.)

Habershon (S. H.). The association of movable kidney on the right side with symptoms of hepatic disturbance. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.) — Rein mobile droit et troubles hépatiques.

Harmsen (E.). Diagnostische und therapeutische Bemerkungen zu einem Fall von Aneurysma aortae. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 3-4.)

Heller (J.). Haemorrhagia cerebri bei Endocarditis. (*Wien. med. Presse*, 25 mai.)

Hoppe (H.). The neuroses of the heart. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 mai.) — Les névroses du cœur.

Ionescu (D.). Contributiuni la studiul cirosei cardio-tuberculoase la copii. (*Thèse de Bucharest.*)

Jochmann (G.). Ein eigenartiger Fall von Pneumothorax. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 1-2.) — Un cas singulier de pneumothorax.

Knapp (M. I.). Wie man die Magencontour ohne Hilfsmittel sehen kann. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mai.) — Délimitation de l'estomac par simple inspection.

Pariser (C.). Einige Bemerkungen zur Behandlung des Ulcus ventriculi. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 et 24 avril.) — Quelques remarques sur le traitement de l'ulcère de l'estomac.

MALADIES INFECTIEUSES

Arloing (S.) et **Courmont** (P.). Indications pratiques pour le sérodiagnostic de la tuberculose. (*Province méd.*, 10 mai.)

Atti della Società per gli studi della malaria. T. III. In-8°, 656 p. avec planches et cartes. Rome.

Baudin (L.). L'épidémie typhoïde à Besançon. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Bridges (W. O.). The differential diagnosis of typhoid fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 mai.)

Bruno (L.). Variole en Haïti. (*Lanterne méd.*, mars-avril.)

Ceconi (A.) et **Fornaca** (L.). Diplococcemia con tardiva localizzazione al polmone. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mai.)

Galli (P.). Due casi di colo-tifo. (*Clinica moderna*, 28 mai.)

Gavalas (S. A.). Beiträge zur pathologischen Anatomie und Parasitologie der Typhomalaria. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 mai.)

Hardoüin (P.) et **Gautier**. Note sur un cas de charbon. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 2.)

Janson (C.). En streptokokkepidemi med erythema nodosum och trätlegmone (phlegmon ligneux du cou, Holzphlegmone). (*Hygiea*, juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bartels (M.). Fehlen der Kniesehnenreflexe bei dorsaler Compressionsmyelitis mit Degeneration der hinteren Wurzeln im Lendenmark. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.) — Absence du réflexe rotulien dans la myélite dorsale par compression avec dégénérescence des racines postérieures de la région lombaire.

Bechterev (V. von). Ueber Anfälle von Zwangslachen, begleitet von tonischen Krämpfen und Jucken im linken Arm. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril.) — Accès de rire forcé, accompagnés de spasmes toniques et de prurit au niveau du bras gauche.

Collins (J.). Acroparæsthesia (the paræsthetic neurosis); the analysis of 100 cases. (*Med. Record*, 31 mai.)

Crocq (J.). Die Reflexe mit Rücksicht auf die Lebensversicherung. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 avril, 3, 10, 17 et 31 mai, 7, 14 et 21 juin.) — Les réflexes au point de vue de l'assurance sur la vie.

De Francesco (G.). Contributo alla patologia del sistema nervoso trofico e vasomotorio. (*Gazz. degli Osped.*, 25 mai.)

De Maldè (M.). Un caso di corea minor da intossicazione intestinale. (*Riforma med.*, 19 mai.)

Finkelnburg (R.). Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Gehirntumoren und des chronischen Hydrocephalus. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 5-6.) — Symptomatologie et diagnostic des tumeurs cérébrales et de l'hydrocéphalie chronique.

Frisco (B.). Sulle proprietà emoagglutinanti del siero di sangue in alcune forme di malattie mentali e loro valore semiologico. (*Pisani*, XXIII, 1.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brandweiner (A.). Die Behandlung des venerischen Geschwüres mit Kälte. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 avril.) — Traitement du chancre mou par la réfrigération.

Colombini. Ueber einige fettsecernierende Drüsen der Mundschleimhaut des Menschen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mai.) — Sur quelques glandes à sécrétion graisseuse de la muqueuse buccale.

Di Giuseppe (T.). Di una nuova ipotesi sulla patogenesi delle seborree. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mai.)

Dreyer. Gonococcen in Lymphgefässen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 2.) — Présence de gonocoques dans les vaisseaux lymphatiques.

Fornet (W.). Ueber Cardoldermatitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 2.) — Sur la dermatite provoquée par les fruits d'*Anacardium orientale.*

Gunsett (A.). Ein Fall von Lichen ruber moniliformis den subcutanen Venen folgend. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 2.) — Lichen ruber moniliforme suivant le trajet des veines sous-cutanées.

Hodara. Ueber einige Formen der « prurigo diathésique de Besnier » und über ihre Behandlung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai.)

Ivànyi (E.). 138 neuere Fälle von extragenitaler Syphilisinfection. (*Pest. med.-chir. Presse*, 4 mai.)

Marcuse (M.). Zur Kenntnis der Hauthörner. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 2.) — Contribution à l'étude des cornes cutanées.

Morris (M.) et **Dore** (S. E.). Further remarks on Finsen's light and X-ray treatment in lupus and rodent ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 31 mai.)

CHIRURGIE

Alegiani (U.). Compressione e allacciatura temporanea delle arterie; nota preventiva. (*Policlinico*, 10 mai.)

Amantini (A.). Su di un caso di frattura dell'omero. (*Gazz. degli Osped.*, 25 mai.)

Antonelli (I.). Contributo alla casuistica dell'adeno-carcinoma delle ghiandole sudoripare. (*Clinica chirurgica*, juin.)

Barker (A.). A short note on the use of linen sewing-machine thread for ligatures and sutures. (*Lancet*, 24 mai.) — Sur l'emploi du fil de lin pour les ligatures et les sutures.

Barnes (A. C.) et **Hille** (H.). A new dry surgical dressing. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 mai.) — Un nouveau pansement sec.

Bartrina y Thomas (J. M.). Exploración renal. (*Rev. ibero-americana de cienc. méd.*, juin.)

Beck (C.). Surgery of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 avril.) — La chirurgie du foie.

Berg (A.). The indications for the surgical treatment of cholelithiasis. (*Med. Record*, 3 mai.)

Bidder (A.). Die abortive Behandlung des Furunkels (Karbunkels) mit Hilfe subkutaner Desinfektion; 2. Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 8 mai.)

Blumfeld (J.). Complete relaxation of the abdominal wall under anæsthetics. (*Lancet*, 31 mai.)

Bryant (J. D.). So-called « joint derangement » from movable bodies in joints. (*Med. Record*, 17 mai.) — Corps mobiles des articulations.

Busacca (E.). Contribution à l'étude des plaies de l'estomac et de l'intestin. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mai.)

Carini (F.) et **Gomez** (R.). Splenectomia per milza malarica ptosica. (*Gazz. degli Osped.*, 11 mai.)

Carstens (J. H.). The fixation of a movable liver and report of a case of hepatopexy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 mai.)

Cassuto (E.). Sur un cas de kyste hydatique du poumon. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mai.)

Cecchetelli-Ippoliti (T.). Sopra un caso di intosuscezione da un polipo sottomucoso del digiuno. (*Gazz. degli Osped.*, 25 mai.)

Chudovszky (M.). Osteoplastische Operationen bei Amputationen des Unterschenkels und des Femur. (*Pest. med.-chir. Presse*, 6 avril.) — Amputations ostéoplastiques de la jambe et de la cuisse.

Crouch (H. Ch.) et **Corner** (E. M.). Is chloroform more dangerous than ether? (*Lancet*, 24 mai.) — Le chloroforme est-il plus dangereux que l'éther?

De Gaetano (L.). Nefrectomia lombare; laparotomia e sutura del fegato per ferita d'arma da fuoco; guarigione. (*Policlinico*, partie chir., IX, 5.)

Gardini (U.). Contributo alla diagnosi differenziale fra calcolo dell'uretere destro ed appendicite. (*Gazz. degli Osped.*, 25 mai.)

Glückmann (T.). L'appendicite comme cause d'occlusion intestinale (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

Godlee (R. J.). A contribution to the study of tropical abscess of the liver. (*Lancet*, 24 mai.) — Contribution à l'étude de l'abcès du foie des pays chauds.

Gömöry (C.). Ueber die traumatischen Luxationen des Fusses im Talocruralgelenk mit Anschluss eines einschlägigen Falles eigener Beobachtung. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 avril, 3, 10 et 17 mai.) — Les luxations traumatiques de l'articulation tibio-tarsienne.

Hahn (E.). Ueber Rückenmarkschirurgie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 5-6.) — De la chirurgie médullaire.

Helbing (C.). Ueber congenitale Schenkelhalsfissur. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 avril.) — La fissure congénitale du col du fémur.

Hilgenreiner (H.). Darmverschluss durch das Meckel'sche Divertikel. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 3.) — Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

Hoffa (A.). Die Entwickelung und die Aufgaben der orthopädischen Chirurgie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 mai.) — L'évolution et les problèmes de la chirurgie orthopédique.

Honsell (B.). Ueber Pasten- und Salbenverbände. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 3.) — Sur l'emploi de pâtes et de pommades pour pansements.

Italia (F. E.). Sul trapianto tendineo-muscolare a funzione antagonista. (*Policlinico*, 26 avril.)

Jacobsthal (H.). Beiträge zur Statistik der operativ behandelten Aneurysmen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 5-6.)

Joachimsthal. Ueber Structur, Lage und Anomalien der menschlichen Kniescheibe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 2.) — Structure, position et anomalies de la rotule.

Joseph (E.). Die Morphologie des Blutes bei der akuten und chronischen Osteomyelitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 3.) — La morphologie du sang dans l'ostéomyélite aiguë et chronique.

Kaufmann (C.). Weitere Mitteilungen über den Bruch des Schiff- oder Kahnbeines der Hand. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — Nouvelles recherches sur la fracture de l'os scaphoïde.

Kessler. Ueber die Operationen an den Samenblasen und ihrer Umgebung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 2.) — Opérations sur les vésicules séminales et sur les parties avoisinantes.

Koch (J.). Erfahrungen über die chronische recidivirende Perityphlitis auf Grund von 200 Radicaloperationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 2.)

Kuhn. Der Mechanismus der Fractura radii typica. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 5-6.)

OPHTALMOLOGIE

Aubineau (E.). L'iridectomie préalable dans l'opération de la cataracte sénile. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 mai.)

Baker (G. H.). Comparative values of cycloplegics. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 mai.) — Valeur comparée des mydriatiques.

Black (N. M.). A plea for the early treatment of squint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 mai.) — Traitement précoce du strabisme.

Coppez (H.). Le signe de Bell. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Cosse (F.). Opération de Motais dans un cas de ptosis d'origine opératoire. (*Touraine méd.*, mai.)

Gourfein. Note sur la guérison d'un cas de morve oculaire primitive. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Hale (A. B.). Foreign body within the orbit. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 mai.) — Corps étranger de l'orbite.

Holmström (J.). Naagra fall af s. k. essentiell bindehinneskrumpning (pemphigus conjunctivæ). (*Hygiea*, juillet.)

Kipp (Ch. J.). Acute congestive or inflammatory glaucoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 mai.)

Terrien (F.). Paralysie traumatique du muscle droit inférieur. (*Arch. d'ophtalmol.*, avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Albert (W.). Die Aetiologie der Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 2.)

Bacon (C. S.). Management of the umbilical cord. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 avril.)

Baldy (J.). A new operation for retrodisplacement. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Ballantyne (J. W.). Manual of antenatal pathology and hygiene : The fetus. In-8°, 526 p. avec fig. Edimbourg.

Benedict (H.). Zur Kenntnis des Schwangerschaftsicterus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril.) — Contribution à l'étude de l'ictère des femmes enceintes.

Beyea (H. D.). Acquired incomplete and complete prolapse of the uterus and vagina in nulliparous women. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Bonifield (C. L.). The undeveloped uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Campione (F.). Due tagli cesarei. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, IX, 4.)

Carmalt (Ch.). Lipoma of the vulva. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Catterina (A.). L'isterocatafrassi o l'isterofrassi o ingabbiamento dell'utero; nota preventiva. (*Policlinico*, 24 mai.)

Clado. Diagnostic gynécologique (organes génitaux et mamelle). In-18, 821 p. avec fig. A. Maloine.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Beausoleil (R.). Récidive et cure radicale des polypes muqueux des fosses nasales. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, mars et mai.)

Gallemaerts. Sinusite frontale avec oblitération complète du canal fronto-nasal. (*Policlinique*, 15 mai.)

Montagnon et **Moindrot.** Laryngite aiguë avec tirage persistant, fausse membrane sublinguale, écoulement nasal simulant le jetage; examens laryngoscopique et microscopique négatifs; guérison. (*Loire méd.*, mai.)

Turner (A. L.). The submucous areolar tissue of the larynx, and its significance in the spread of œdema. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Vues. La tuberculose laryngée. (*Policlinique*, 1er mai.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Brunton (Sir L.). Ueber die Anwendung von Kaliumnitrat und -Nitrit bei chronischer Steigerung der Arterienspannung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril.) — Emploi du nitrate et du nitrite de potasse dans l'hypertension artérielle chronique.

Cerf (L.). Recherche d'un traitement de l'épilepsie essentielle. (*Anjou méd.*, juillet.)

Cybulski (H.). O uzyciu zelatyny, jako srodka hemostatycznego w krwotokach plucnych. (*Gaz. lekarska*, 22 mars.) — Emploi de la gélatine dans les hémoptysies.

Ehrlich (F.). Ausspülungen des Magens mit Höllensteinlösung, ein therapeutisch und diagnostisch wirksames Cholagogum. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 avril.) — Les lavages de l'estomac avec une solution de nitrate d'argent comme cholagogue.

Kassowitz. Die Erfolge des Diphtherieheilserums; 2. Mitteilung. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Les résultats de la sérothérapie antidiphtérique.

22e ANNÉE. — N° 39. Vingt centimes le numéro. 24 SEPTEMBRE 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 .. —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 .. —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Travaux originaux. — Du rôle des principaux facteurs accessoires dans l'étiologie du cancer, par M. le professeur R. de Bovis. 313
Médecine pratique. — Examen de la vessie chez la femme par éclairage direct 318
Un procédé pour faciliter le diagnostic de l'appendicite 319
Etranger : *Lettres d'Italie.* — Indications médicales de l'interruption de la grossesse.. 319
Notes thérapeutiques. — La réfrigération par les pulvérisations de chlorure d'éthyle comme moyen de traitement des cancers. 319
Les inconvénients de l'emploi de la cocaïne dans la pratique oculistique 320
Le chlorate de potasse dans le traitement de l'avortement habituel 320
L'opothérapie mammaire dans le traitement des fibromes utérins 320
Paralysie faciale consécutive à des injections d'antipyrine pour tic convulsif...... 320
Un procédé pratique d'extraction des corps étrangers du conduit auditif...... 320
Comment il faut procéder au massage du sein, en cas d' « engorgement laiteux » de cette glande 320
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Antipyrine en injections contre le tic convulsif. 320²
Appendicite et son diagnostic...... 319¹
Aspiration pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif...... 320³
Avortement habituel...... 320¹
Cancer et son étude statistique...... 313¹
Cancers 319³
Chlorate de potasse contre l'avortement habituel 320¹
Cocaïne et ses inconvénients en pratique ophtalmologique 320¹
Corps étrangers du conduit auditif...... 320³
Engorgement laiteux du sein...... 320³
Fibromes utérins...... 320²
Interruption de la grossesse et ses indications médicales 319¹
Mariage et fréquence du cancer...... 313¹
Massage du sein et sa technique 320³
Opothérapie mammaire contre les fibromes utérins 320²
Paralysie faciale consécutive à des injections d'antipyrine...... 320²
Professions et fréquence du cancer...... 313¹
Races et fréquence du cancer...... 313¹
Réfrigération contre les cancers...... 319³
Terrains et fréquence du cancer...... 313¹
Tic convulsif...... 320²
Traitement de l'avortement habituel 320¹
— de l'engorgement laiteux du sein 320³
— des cancers...... 319³
— des corps étrangers du conduit auditif...... 320³
— des fibromes utérins...... 320²
— du tic convulsif...... 320²
Vessie et son examen chez la femme par éclairage direct 318³

VARIA

Les suicides en France pendant les vingt dernières années du siècle passé.

Bien que le suicide ne soit pas, en France, un délit, la statistique criminelle lui consacre plusieurs tableaux qui présentent les résultats du dépouillement des procès-verbaux, enquêtes judiciaires ou expertises médico-légales auxquels il donne lieu. Depuis qu'il est consigné dans les comptes généraux de la justice, le nombre des suicides n'a pas cessé de s'accroître, chaque année, jusqu'en 1892. A partir de cette époque, la courbe des morts volontaires a marqué un temps d'arrêt, puis un mouvement de recul semble s'affirmer en 1900 :

Année	Suicides	Pour 100,000 habitants
1881-1885	7.339	soit 19
1886-1890	8.286	— 21
1891-1895	9.237	— 24
1896	9.260	— 23
1897	9.356	— 24
1898	9.438	— 24
1899	9.952	— 25
1900	8.926	— 22

Les suicides se répartissent fort inégalement entre les départements. En 1896-1900, la moyenne, qui a été de 23 sur 100,000 habitants pour toute la France, est dépassée dans 30 départements.

Afin de faire ressortir les particularités qui concernent le sexe, l'état civil, la profession et le domicile des suicidés, il convient de rapprocher les chiffres de la statistique criminelle de ceux du dernier recensement et de calculer la part qui revient à chaque classe de la population dans le nombre moyen annuel des suicides pour la période 1896-1900.

Sur ce nombre, on compte 7,069 hommes et 2,017 femmes, soit 37 suicidés du sexe masculin et 11 du sexe féminin sur 100,000 habitants de même condition : la tendance au suicide est donc près de quatre fois plus forte chez l'homme que chez la femme.

Si maintenant on recherche sur ce nombre global la proportion (hommes et femmes) des célibataires, des mariés et des veufs, on trouve qu'elle est de 33 pour les premiers, de 25 pour les seconds et de 62 pour les derniers, toujours sur 100,000 habitants de condition égale : ce sont donc les veufs qui se suicident le plus.

Fait à noter, de toutes les professions, ce sont les professions libérales et services publics qui ont la plus forte proportion de suicidés : 138 sur 100,000 habitants de même condition, tandis que dans l'industrie, qui est la classe la moins touchée, on n'en compte que 25.

Enfin, les suicides constatés dans les villes sont, en chiffres absolus, un tant soit peu moins nombreux que ceux que l'on relève pour les campagnes (4,187 contre 4,401, défalcation faite des inconnus); mais, par rapport à la population, ils le sont beaucoup plus (27 contre 18 sur 100,000).

Nous devons signaler, en terminant, un fait difficile à expliquer, à moins qu'on n'invoque une surveillance plus efficace résultant de l'internement plus généralisé des individus manifestant des tendances au suicide : les suicides attribués à l'aliénation mentale, qui formaient, il y a vingt ans, presque le tiers du total des morts volontaires (31 %), n'y entrent plus que pour un sixième environ (17 %).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Gustav Brühl (*otologie*); Franz Müller (*matière médicale*).

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Severo Bianchini est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Carmelo Abate, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de laryngologie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Ludwig Heim, professeur extraordinaire d'hygiène et de bactériologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Gœttingue. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Georg Sultan, privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Rudolf Klapp est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur R. E. Riecke est nommé privatdocent de dermatologie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Otto Hess est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Francesco Ponzio est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Munich. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Hermann Kerschensteiner (*médecine interne*) Max Wilde (*hygiène*).

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Gabriele Raja est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Ferrante Aporti est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires J. Thomayer (*médecine interne*); J. Deyl (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Antonio Parrozzani est nommé privatdocent d'anatomie chirurgicale.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Arnold Durig (*physiologie*); Heinrich Winterberg (*pathologie générale et expérimentale*); W. Latzko (*obstétrique et gynécologie*).

Miami Medical College de Cincinnati. — Sont nommés professeurs : MM. les docteurs W. E. Lewis (*anatomie*); G. A. Fackler (*clinique médicale*); W. H. Wenning et J. M. Withrow (*gynécologie*); A. Brown (*hygiène*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE BORDEAUX

Asselin. L'état mental des parricides (étude médico-légale).

Athanassoff. Contribution à l'étude d'une variété de tubercules sous-cutanés douloureux dus à la présence de corps étrangers.

Barotte. Contribution à l'étude du redressement progressif de la gibbosité pottique par l'exposé de quelques résultats.

Bruas. La grossesse dans les névroses, les psychoses, et, en particulier, dans la paralysie générale.

Brun. De l'intervention chirurgicale dans le cancer du sein.

Choussaud. Prothèse par les injections de paraffine.

Cloitre. Dégénérescence et mysticisme.

Colineaux. Des accidents d'intoxication par le naphtol camphré dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Comméléran. Névroses et paludisme.

Cothereau. Des lymphangiomes kystiques de l'aisselle.

Cruchet. Etude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique.

Dannelon. Les troubles du sommeil dans les névroses.

Delalbre. Etudes expérimentales sur le sphygmoscope et la mécanique du pouls artériel.

Devy. Du lavage intra-oculaire par injection et aspiration simultanées après l'opération de la cataracte.

Dion. Contribution à l'étude de la désarticulation du genou.

Ducasse. Etat mental chez les blennorrhagiques.

Dufougeré. La chlorose; ses rapports avec le mariage; son traitement par le liquide orchitique.

Dupin-Dulau. Hystérie et maladies gynécologiques.

Eissen. Nouveau procédé opératoire pour la cure radicale de l'ongle incarné (procédé de Princeteau).

Escaravage. Traitement des affections des voies lacrymales par l'ablation de la glande.

Falières. Des granulations polaires du bacille diphtérique.

Fornel (de). Contribution à l'étude de quelques variétés de glaucomes secondaires et de leurs phénomènes éloignés.

Freysschinard. La tête limousine.

Gaillard. Des hémorrhagies spontanées du corps vitré.

Gauraud. Traumatisme et tabes.

Gentilhe. Contribution à l'étude du rein unique.

Girard. De l'anxiété.

Girard. Du *decubitus acutus*, complication des interventions gynécologiques.

Giraud. Contribution à l'étude des valvules du col de la vessie.

Griewank. De l'adénite tuberculeuse sus-épitrochléenne.

Grimaud. De la neurasthénie sénile.

Hélion. Kystes hydatiques du masséter.

Hillairet. Sur le dernier terme de la copulation chez les mammifères.

Joussaume. Etude sur les calculs salivaires.

Kerneïs. Etude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale et bilatérale.

Lacroix. Des paralysies périphériques d'origine ourlienne.

Lafont. De la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes de l'utérus.

Le Pape. Contribution à l'étude de la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques.

Letourneulx. De la folie systématisée progressive.

Magimel. Du tétanos gynécologique.

Malet. Applications thérapeutiques de l'eau oxygénée.

Marin. Des cellulites pelviennes consécutives aux hystérectomies abdominales (totales et supra-vaginales).

Martinaud. Les torsions de l'épiploon.

Maurel (Mme). Electrothérapie et radiographie à l'Hospice général de Tours.

Monfort. Contribution à l'étude clinique du pemphigus des premières voies respiratoires et digestives.

Mourgues. Contribution à l'étude des fractures du carpe (étude anatomo-pathologique).

Muratet. Contribution à l'étude des rapports numériques des divers éléments figurés du sang chez l'embryon et le fœtus humains jusqu'à la naissance.

Peltier. Sur les indications et la technique du redressement des gibbosités pottiques.

Pétranoff. Contribution à l'étude des indications de la paracentèse du tympan.

Peyrot. Recherches sur les ligaments antérieurs actifs et passifs, et, plus particulièrement, sur le ligament de Bertin de l'articulation coxo-fémorale.

Pitous. De la dysménorrhée d'origine nasale.

Prepin. Contribution à l'étude de l'albuminurie orthostatique.

Queyron. Contribution à l'étude des kystes synoviaux articulaires du dos du pied.

Railliard. Recherches sur la descendance des tabétiques.

Richard. Le mensonge chez la femme hystérique.

Robin. De la surdi-cécité et des moyens employés pour communiquer avec les personnes atteintes de surdi-cécité.

Rocher. Amputation haute dans la gangrène par artérite chronique.

Roques. Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis acquise, le rhumatisme et la vie génitale de la femme.

Rousseau. Etude sur la nature de l'érythème noueux (contagiosité).

Sarrazin. Contribution à l'étude de la cryoscopie des urines.

Ségalen. L'observation médicale chez les écrivains naturalistes.

Tauzia. De la tuberculose herniaire.

Trivas. L'adrénaline et ses applications en oto-rhino-laryngologie.

Vaillant. Etude expérimentale de quelques lésions viscérales causées par le venin des serpents.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

MacWilliam (J. A.). Observations on the state of the vascular system after death by asphyxia and by cardiac failure. (*Brit. Med. Journ.*, 5 avril.) — Sur l'état de l'appareil circulatoire en cas de mort par asphyxie ou par asthénie cardiaque.

Meyer (R.). Ueber Ektoderm- (Dermoid-) Cysten im Ligamentum latum, am Samenstrang und Nebenhoden bei Foetus und Neugeborenen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 2.) — Kystes dermoïdes du ligament large, du cordon spermatique et de l'épididyme chez le fœtus et le nouveau-né.

Palm (H.). Congenitale Vergrösserung einer normal gebauten Niere bei Defekt der anderen: Ein Beweis für die Thätigkeit der Nieren im embryonalen Leben. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 2.) — Hypertrophie congénitale d'un rein normal avec absence de l'autre rein: une preuve en faveur de l'activité des reins pendant la vie embryonnaire.

Pieri (A.). Le alterazioni istologiche della corteccia cerebrale e cerebellare nella tubercolosi (ricerche anatomo-patologiche e sperimentali). (*Clinica medica italiana*, juin.)

Rolly. Ueber periependymäre Wucherung, Kanalbildung und abnorme Entwicklungsvorgänge am kindlichen Rückenmarkkanal. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 5-6.) — La vacuolisation péri-épendymaire et les anomalies de développement du canal médullaire chez les enfants.

Rostovtzev (M.). Situs intestinorum inversus et diverticulum Meckeli (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril.)

Scheib (A.). Zur Kenntnis der typhösen Nephritis. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 mai.)

Schönemann (A.). Die Umwandlung (Metaplasie) des Cylinderepithels zu Plattenepithel in der Nasenhöhle des Menschen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Ozaena. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 1.) — La métaplasie de l'épithélium cylindrique au sein de l'épithélium stratifié dans les fosses nasales chez l'homme et sa signification au point de vue de l'étiologie de l'ozène.

Ssobolew (L.). Zur normalen und pathologischen Morphologie der inneren Secretion der Bauchspeicheldrüse (die Bedeutung der Langerhans'schen Inseln). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 1.) — Morphologie normale et pathologique de la sécrétion interne du pancréas (signification des îlots de Langerhans).

Steinhaus (J.). Ueber die Mischgeschwülste der Mundspeicheldrüsen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 2.) — Tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Sutter (H.). Beitrag zur Kenntnis der Metastasen des primären Nieren-Carcinoms. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 2.) — Contribution à l'étude des métastases du cancer primitif des reins.

Wagner (G. A.). Zur Histogenese der sogenannten Krukenberg'schen Ovarialtumoren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 mai.)

Westenhöffer. Ueber Schaumorgane und « gangrène foudroyante ». (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 2.) — Des organes « mousseux » et de la gangrène foudroyante.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Jehle (L.). Ueber die Agglutinationskraft und den Bacterienbefund in Föten typhuskranker Mütter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 mai.) — Sur le pouvoir agglutinant et la présence de bactéries chez les fœtus issus de mères atteintes de fièvre typhoïde.

Klein (A.). Beiträge zur Kenntnis der Agglutination roter Blutkörperchen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 avril.) — Sur l'agglutination des hématies.

Kraus (R.) et **Ludwig** (S.). Ueber Bacteriohämolysine und Antihämolysine; 3. Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 avril.)

Leduc (S.). La toxicité physique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 mai.)

Manfredi (L.) et **Frisco** (B.). I gangli linfatici nella difesa dell'organismo contro la tubercolosi. (*Policlinico*, partie chir., IX, 6, 7 et 8.)

Panzacchi (G.). Sul potere emolitico dell'estratto acquoso dei tumori; nota preventiva. (*Riforma med.*, 31 mai.)

Ravenna (E.). Osservazioni intorno ai sieri citotossici con speciale riguardo al neurosiero. (*Riforma med.*, 14 et 15 mai.)

Rodet (A.) et **Lagriffoul.** La propriété agglutinative du sérum des animaux immunisés à l'égard du bacille d'Eberth ou du B. coli, dans ses rapports avec les conditions de l'immunisation (qualité de la matière immunisante, quantité, etc.) et avec l'espèce animale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Rzetkowski (K.). O cytotoksynach. (*Gaz. lekarska*, 22 et 29 mars.)

MÉDECINE

Korczynski (L. von). Kilka uwag w sprawie patogenezy miazdzycy tetnicy glównej. (*Gaz. lekarska*, 3 et 10 mai.) — Contribution à la pathogénie de la sclérose de l'aorte.

Kuttner (L.). Zur Frage der « Achylia gastrica ». (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 1-2.)

Lohnstein (T.). Ueber das Vorkommen von Traubenzucker im Harn der Nicht-Diabetiker; 2. Mitteilung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 17 et 21 mai.) — Sur la présence de sucre de raisin dans les urines des sujets non diabétiques.

Massini (L. C.). Sulla malattia del Flajani. (*Gazz. degli Osped.*, 4 mai.)

Meisl (A.). Ueber die Beeinflussung der motorischen Function des atonischen Magens. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 avril.) — Traitement de l'atonie gastrique.

Memmi (G.). La numerazione dei corpuscoli bianchi del sangue. (*Riforma med.*, 20 mai.)

Michaelis (L.). Ueber einen der Gruppe der leukämieartigen Erkrankungen zugehörigen Fall. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 1-2.) — Sur un cas rappelant les affections leucémiques.

Mori (A.). Contributo alla statistica delle localizzazioni rare delle cisti da echinococco. (*Gazz. degli Osped.*, 11 mai.)

Murray (G. R.). Acute pleurisy with effusion. (*Lancet*, 24 mai.)

Nizzoli (A.). Osservazioni sul valore diagnostico e prognostico della diazoreazione di Ehrlich. (*Riforma med.*, 22 et 23 mai.)

Ortona (C.). Sur un cas rare de pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mai.)

Packard (F. A.). On a possible cause of meteorism and partial intestinal obstruction, with remarks on the use of eserine in intestinal atony. (*Philadelphia Med. Journ.*, 24 mai.)

Pal (J.). Glycosurie bei Chromsäurevergiftung. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 mai.) — Glycosurie dans l'intoxication par l'acide chromique.

Pansini (S.) et **Benenati** (U.). Di un caso di morbo di Addison con revivescenza del timo ed ipertrofia della tiroide e della pituitaria. (*Policlinico*, partie méd., IX, 5 et 6.)

Pariser (C.). Zur Lehre von der Atonie des Magens. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 10 et 14 avril.) — Atonie de l'estomac.

Sahli (H.). Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 3e éd. In-8°, XXX-954 p. avec fig. et planches. Leipzig et Vienne. F. Deuticke. — Manuel d'examen clinique.

Sannucci (G.). Note sulla leucemia. (*Policlinico*, 3 mai.)

Schott. Ueber Blutdruck bei acuter Ueberanstrengung des Herzens. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 avril.) — De la tension sanguine dans le surmenage aigu du cœur.

Seeligmüller (A.). Zur Pathologie der chronischen Bleiintoxication. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mai.) — Pathologie du saturnisme chronique.

Simonini (R.). Contributo allo studio dei sarcomi primitivi del fegato. (*Riforma med.*, 10 et 12 mai.)

Stokvis (B. J.). Ueber Albuminurie mit Rücksicht auf die Lebensversicherung. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 et 10 mai.) — De l'albuminurie au point de vue de l'assurance sur la vie.

Strasser (A.). Reflexfieber bei ulcusartigen Magenkrankheiten. (*Wien. med. Presse*, 11 et 18 mai.) — De la fièvre réflexe dans les affections ulcératives de l'estomac.

Strauss (H.). Zur Methodik der quantitativen Indikanbestimmung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril.) — Technique du dosage de l'indican.

Syers (H. W.). The diazo-reaction as a method of diagnosis in clinical medicine. (*Brit. Med. Journ.*, 24 mai.)

Testi (A.). La pneumonite cruposa nei suoi rapporti colla diagnosi dell'echinococco del polmone. (*Nuovo raccoglitore medico*, mai.)

Viana (G.). Sopra un caso di tabagismo. (*Gazz. degli Osped.*, 11 mai.)

Weiler (K.). Zur Casuistik gallehaltiger subphrenischer Abscesse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 avril.) — Des abcès sous-phréniques à contenu bilieux.

Weiss (H.). Ueber die Insufficienz der Valvula ileocæcalis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 et 15 mai.)

Weisz (E.). Allgemeine Betrachtungen über Gicht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 26 mai.) — Considérations générales sur la goutte.

MALADIES INFECTIEUSES

Krukenberg (H.). Ueber die Behandlung des Erysipels im « roten Zimmer ». (*Münch. med. Wochensch.*, 1er avril.) — Traitement de l'érysipèle par la lumière rouge.

Paviot (J.) et **Lesieur** (Ch.). Etudes cliniques et anatomiques sur trois cas de rage humaine (formes cérébelleuse, sympathique; lésions à polynucléaires). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Ribbert. Ueber die Genese der Lungentuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 avril.) — Pathogénie de la tuberculose pulmonaire.

Silvestri (T.). Di alcune modificazioni al metodo di Schenk (iperemia artificiale) nella cura della tubercolosi polmonare. (*Riforma med.*, 17 mai.)

Talley (J. E.). The kidney complications of typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 mai.) — Les complications rénales de la fièvre typhoïde.

Weichselbaum (A.). Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Entstehung und der Verhütung der Tuberculose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 et 17 avril.) — L'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie et la prophylaxie de la tuberculose.

Wiesner (D. H.). Eye complications of measles and their treatment. (*Med. Record*, 17 mai.) — Complications oculaires de la rougeole et leur traitement.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Friedländer (A.). Aphasie und Demenz. (*Wien. med. Presse*, 2 fév.)

Glorieux. Nouveau cas de tabes fruste chez un syphilitique. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Gowers (Sir W. R.). Myasthenie und Ophthalmoplegie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 et 24 avril.)

Graham (D.). Massage and movements in hemiplegia. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Guangiroli (E.). Isteria simulante una neurosi organica. (*Policlinico*, 17 mai.)

Hartmann (F.). Cysticercosis cerebri (mit vorwiegender Beteiligung der Parietalhirnrinde), diagnosticirt durch die Lumbalpunction. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 mai.)

Koelichen (J.). Przyczynek do badan nad syringo-i hydromyelia. (*Gaz. lekarska*, 29 mars, 5, 12 et 26 avril et 3 mai.)

Marcus (H.). Studie öfver etiologien till dementia paralytica i Sverige. (*Hygiea*, juillet.)

Marinesco (G.). Beitrag zur Lehre von der infantilen Hemiplegie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril.)

Massalongo (R.). Sulle artriti anchilosanti o collesiche. (*Riv. critica di clinica medica*, 3 mai.)

Meczkowski (W.). Spondylosis rhizomelica. (*Gaz. lekarska*, 12 et 19 avril.)

Mikhaïlov (N.). Contribution à l'étude des trophonévroses des extrémités (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 10.)

Mingazzini (G.). Klinische und anatomisch-pathologische Beiträge über Aphasien. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 5-6.)

Nonne. Ueber diffuse Sarkomatose der Pia mater des ganzen Centralnervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 5-6.)

Orlipski. Ueber gonorrhoische Neurosen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 28 mai.)

Raimann (E.). Ueber Glykosurie und alimentäre Glykosurie bei Geisteskranken. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 2 et 5.) — De la glycosurie et, en particulier, de la glycosurie alimentaire chez les psychopathes.

Scaduto (G.). L'incoscienza e l'amnesia non sono caratteri costanti dell'epilessia psichica. (*Pisani*, XXIII, 1.)

Seppilli (G.). Sul valore semeiologico dell'epilessia parziale. (*Riforma med.*, 24 mai.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Klotz (G.). Le traitement des maladies vénériennes en 1792 à Nancy. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Orlipski. Ein Beitrag zur Syphilis-Therapie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 7 mai.)

Pinkus (F.). Zur Kenntnis des Anfangsstadiums des Lichen ruber planus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 2.) — Contribution à l'étude du lichen ruber plan au début.

Rille. Zur Frage der Arsenik-Dermatosen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 avril.)

Rosenfeld (F.). Die syphilitische Dünndarmstenose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 avril.) — Rétrécissement syphilitique de l'intestin grêle.

Salomon (O.). Ueber sclerodermieartige Hautveränderung nach Röntgenbestrahlung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 2.) — Des altérations cutanées rappelant la sclérodermie et consécutives à l'action des rayons de Röntgen.

Saraceni (F.). Condilomi piani difteroidi. (*Riforma med.*, 20, 21, 23 et 24 juin.)

Szalárdi (M.). 178 Fälle von congenitaler Lues. (*Pest. med.-chir. Presse*, 11 mai.)

Tchernov (M.). Affections de la prostate au cours de la blennorrhagie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

Török (L.). Die exfoliativen Erythrodermien. (*Pest. med.-chir. Presse*, 18 et 25 mai.)

Torresi (V.). Contributo allo studio delle uretriti non gonococciche. (*Gazz. degli Osped.*, 4 mai.)

Vollmer (E.). Balneologie und Dermatologie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 8 mai.)

Waldheim (F. von). Haemangendothelioma cutis papulosum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 2.)

Whitfield (A.). A note on the occurrence of bullæ in lichen planus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mai.)

Wood (H. C.). Quinine rash, with report of a case. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, mai.)

CHIRURGIE

Kümmell (H.). Die chirurgische Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 avril.)

Kurpjuweit. Ueber die Decortikation der Lunge bei chronischem Empyem. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 3.) — Décortication du poumon dans l'empyème chronique.

Labhardt (A.). Zur Frage der Dauerheilungen des Krebses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 3.) — Sur les guérisons durables du cancer.

Lange (F.). Ueber ungenügende Muskelspannung und ihre operative Behandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er avril.) — L'insuffisance de la tension musculaire et son traitement opératoire.

Lenzmann (R.). Weitere Beobachtungen über Appendicitis chronica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 avril.)

Liek (E.). Ueber den Einfluss der arteriellen Hyperaemie auf die Regeneration. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 2.) — Sur l'influence de l'hyperémie artérielle sur la régénération [des tissus].

Lilienthal (H.). The treatment of cholelithiasis. (*Med. Record*, 31 mai.)

Lorenz (H.). Die Blosslegung des verletzten Herzens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 2.) — La mise à nu du cœur dans les traumatismes de cet organe.

Mancini (C.). Metodo di cura radicale contro le varici e le ulcere varicose degli arti inferiori. (*Riforma med.*, 30 mai.)

Martin (T. Ch.). A new method for the removal of internal hemorrhoids under local anesthesia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 avril.)

Maylard (A. E.). On the symptoms and diagnosis of carcinoma of the hepatic flexure of the colon. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Mazzone (F.). Una rara anomalia del muscolo flessore superficiale comune delle dita. (*Policlinico*, partie chir., IX, 6.)

Morestin (H.). Traitement opératoire de l'écrasement du calcanéum. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Mori (A.). Modificazione alla tecnica operativa della deviazione chirurgica del sangue della vena porta. (*Clinica moderna*, 28 mai.)

Noble (Ch. P.). The ultimate results of nephrorrhaphy. (*Internation. Med. Magazine*, mars.)

Noorden (W. von). Schulterverrenkung mit Abreissen der Arteria thoracica longa von der Achselarterie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 5-6.) — Luxation de l'épaule avec rupture de l'artère thoracique inférieure au niveau de sa séparation d'avec l'artère axillaire.

Oppler (B.). Ein Fall von idiopathischer sackartiger Erweiterung der Speiseröhre. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 24 mai.) — Dilatation sacciforme idiopathique de l'œsophage.

Payr (E.). Ueber Verwendung von Magnesium zur Behandlung von Blutgefässerkrankungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 5-6.) — Sur l'emploi du magnésium pour le traitement des affections des vaisseaux sanguins.

Perthes (G.). Ueber tropische Leberabscesse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 1-2.) — Les abcès hépatiques des pays chauds.

Phillips (L.). Some of the surgical aspects of glycosuria and diabetes. (*Lancet*, 10 et 17 mai.)

Probyn-Williams (R. J.). The use and abuse of ether as a general anæsthetic. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Riedel. Die Hernia retro-fascialis et muscularis der vorderen Bauchwand. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.)

Rigal. Observation sur un cas de pseudo-lipome récidivant. (*Lyon méd.*, 25 mai.)

Robson (A. W. M.). Observations on a series of cases of fracture of the semilunar cartilages of the knee together with other cases of operation for loose cartilage. (*Brit. Med. Journ.*, 12 avril.)

Rolando (S.). Sul trattamento delle linfoadeniti tubercolari. (*Pammatone*, VI, 2.)

Rose (E.). Die Untersuchungsmethode Bauchkranker auf Wurmfortsatzentzündung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 avril.) — La technique pour le diagnostic de l'appendicite.

Russell (R. H.). The congenital factor in hernia. (*Lancet*, 31 mai.)

Trzebicky (R.). Zur Resection des Thorax wegen Neubildung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 2.) — Résection du thorax pour néoplasme.

UROLOGIE

Bierhoff (F.). On cystoscopy, its value and dangers. (*Philadelphia Med. Journ.*, 31 mai.)

Goldberg (B.). Urethrogene Harninfektion? (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 mai.) — Infection urinaire d'origine uréthrale?

Guthrie (L. G.). « Idiopathic », or congenital, hereditary and family hæmaturia. (*Lancet*, 3 mai.)

Rafin. La séparation de l'urine des deux reins. (*Lyon méd.*, 25 mai.)

Sachs (O.). Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 avril et 1er mai.) — Recherches expérimentales sur les antiseptiques urinaires.

Thomson (Sir W.). Remarks on the removal of prostatic adenomata. (*Brit. Med. Journ.*, 31 mai.) — Extirpation des adénomes de la prostate.

Viana (O.). Sopra un caso d'iscuria prostatica trattato colla resezione bilaterale dei deferenti. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mai.)

Webster (J. C.). An improved method of examining the female bladder. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 mai.) — Un procédé perfectionné d'examen de la vessie chez la femme.

OPHTALMOLOGIE

Lor. Un cas d'ophtalmomalacie essentielle. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Marple (W. B.). Resection of the cervical sympathetic ganglia in glaucoma; its present status. (*Med. Record*, 10 mai.)

Petit (P.). Manifestations palpébrales et conjonctivales survenant au cours d'affections intracrâniennes. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 mai.)

Posey (W. C.). Transient monocular blindness. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 mai.) — Cécité monoculaire transitoire.

Rohmer. Quelques observations de sympathectomie dans le glaucome. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Roosa (D. J.). Functional and paralytic strabismus. (*Med. Record*, 3 mai.)

Sagrandi (P.-H.). De l'ophtalmie granuleuse dans le cercle de Laghouat (province d'Alger). (*Recueil d'ophtalmol.*, juin.)

Shumway (E. A.). Report of several cases of corneal complications in conjunctivitis due to the Koch-Weeks' bacillus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 avril.)

Stephenson (S.). Tuberculosis of the conjunctiva. (*Brit. Med. Journ.*, 3 mai.)

Teillais. Angio-sarcome de la rétine. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Terrien (F.). Anatomie pathologique et pathogénie de la kératite congénitale. (*Arch. d'ophtalmol.*, mai.)

Venneman. Quelques remarques au sujet des derniers cas de buphtalmos de ma clinique. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Webster (D.). Sclerotomy, anterior and posterior; when indicated in glaucoma; method of operating. (*Med. News*, 17 mai.)

Welt (Mlle). Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur l'ophtalmie sympathique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Wilson (R.). Ophthalmia neonatorum. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Coen. Un caso di gravidanza nella metà sinistra di un utero didelfo; eclampsia; taglio cesareo. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, mai.)

Davis (E. P.). Polyhydramnios; its differential diagnosis and treatment, with the report of cases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17 mai.)

Emmet (B. M. E.). Benign tumors complicating pregnancy. (*Med. Record*, 24 mai.) — Les tumeurs bénignes compliquant la grossesse.

Fiori (P.). Contributo all'idrosalpinge sperimentale e alla fisio-patologia della tuba e dell'ovaio. (*Policlinico*, partie chir., IX, 4 et 5.)

Gigli. Tentativi per giungere alla misurazione diretta e strumentale nella vivente dei diametri interni antero-posteriori della pelvi. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, avril.)

Griffith (F.). A danger from the employment of the weighted vaginal speculum. (*Med. News*, 17 mai.) — Les dangers de l'emploi des spéculums trop lourds.

Jewett (Ch.). Remarks on the diagnosis of pregnancy in the early months. (*Med. News*, 10 mai.) — Diagnostic de la grossesse au début.

Mazzarotto (G.). Una vera superfetazione. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mai.)

McCann (F. J.). Case of vesico-vaginal fistula, cured by a method believed to be new, with remarks on the surgical treatment of vesicovaginal fistulae. (*Brit. Med. Journ.*, 17 mai.)

McCone (J. F.). Clinical notes of 4 cases of severe puerperal toxemia treated by « accouchement forcé ». (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Mieczynski (F.). Kilka uwag krytycznych w sprawie dokonywania embryotomii. (*Gaz. lekarska*, 22 mars.) — Quelques remarques critiques sur l'embryotomie.

Müller (H.). Ueber die Entstehung der Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 2.) — Pathogénie de l'éclampsie.

Pinzani. Rottura spontanea dell'utero nel 1° periodo del parto. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, mai.)

Santi. Presentazione primitiva di fronte e laterocidenza del funicolo. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, janv.-fév.)

Stolz (M.). Zur Kenntnis des primären Tubencarcinoms. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 2.)

Themerson (M.). Leczenie goraczki pologowej surowica przeciwpaciorkowcowa. (*Kronika lekarska*, 15 avril.) — Traitement de la fièvre puerpérale par le sérum antistreptococcique.

Trespe. Beitrag zur Kraurosis vulvae. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 2.)

Wetherill (H. G.). The treatment of inoperable septic peritonitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 mai.)

Zangemeister (W.). Ueber Albuminurie bei der Geburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 2.) — De l'albuminurie pendant le travail.

Zinke (E. G.). A case of extra- and intrauterine pregnancy, with tabulated record of 88 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Grossesse à la fois extra et intra-utérine.

PÉDIATRIE

Brudzinski (J.). Badanie mikroskopowe stolców niemowlat. (*Gaz. lekarska*, 10 mai.) — Examen microscopique des fèces chez les nourrissons.

Chatard (H.). Note sur les péritonites gonococciques chez les petites filles. (*Loire méd.*, mai.)

Cima (F.). Ricerche della quantità di acido urico nelle urine di bambini con pertosse. (*Pediatria*, mai.)

Durante (D.). Sulla batteriologia del noma; ricerche batterioscopiche e sperimentali sopra un caso grave di gangrena della bocca in bambina con anemia splenica infettiva. (*Pediatria*, mai.)

Ganghofner (F.). Zur Diagnose der Tetanie im ersten Kindesalter. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 5.) — Diagnostic de la tétanie chez les petits enfants.

Grósz (J.). Ueber Alkoholismus im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 1-2.) — De l'alcoolisme chez les enfants.

Hawthorne (C. O.). Note on a case of arthritis accompanying ophthalmia neonatorum. (*Lancet*, 31 mai.)

Pollak (J.). Ueber Mittelohrerkrankungen im Kindesalter. (*Wien. med. Presse*, 18 mai.) — Les affections de l'oreille moyenne chez les enfants.

Rheiner (G.). Ueber den diagnostischen Wert des Fiebers im Kindesalter. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril et 1er mai.) — Sur la valeur diagnostique de la fièvre chez les enfants.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Fornaca (L.) et **Micheli** (F.). Su alcune indicazioni del siero fisiologico. (*Riforma med.*, 9 mai.)

Freeman (E. C.). 3 cases of cerebro-spinal fever treated with antipyrin. (*Brit. Med. Journ.*, 24 mai.)

Frey (L.). Beiträge zur Inhalationstherapie. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 avril.)

Kolisch (R.). Zur Theorie der Diabetesdiät. (*Wien. med. Wochensch.*, 17, 24 et 31 mai.)

Magri (A.). La rachicocainizzazione nella sciatica. (*Gazz. degli Osped.*, 4 mai.)

Mancini (C.). Contributo al trattamento degli aneurismi colla gelatina. (*Riforma med.*, 2 mai.)

Mutnianski (M.). Ferrum oxydulatum in statu nascendi 10 % Fe. (*Gaz. lekarska*, 24 mai.)

Neumann (A. E.). Zur Frage der Malariabehandlung des Krebses. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Sur le traitement du cancer par l'inoculation du paludisme.

Novikov (N.). Emploi thérapeutique de l'eau oxygénée (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

Polievktov (A.). Traitement de l'angine scarlatineuse par les injections d'acide phénique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 10.)

Pugnat (A.). Le traitement du coryza aigu. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Barros (A. Dias de). Ensaio biographico sobre o Prof. Francisco de Castro. In-8°, 40 p. avec portrait. Rio-de-Janeiro.

Duval (L.). Un amphithéâtre de dissection à Alençon en 1660. In-8°, 11 p.

Lachs (J.). Gynäkologisches von Celsus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril, fasc. suppl.)

Pergens (E.). Conceptions ophtalmologiques personnelles de Rhazes dans le Hawi. (*Ann. d'oculist.*, fév., avril et juin.)

Raulin (L.). Les origines de l'ulcère simple de l'estomac; les précurseurs de Cruveilhier. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11 et 18 mai.)

GÉNÉRALITÉS

Benech. Le service de santé en campagne. T. II. In-16, 502 p.

Dumas. Le carnet sanitaire. (*Echo méd. des Cévennes*, juillet.)

Guttmann (W.). Medicinische Terminologie. 3e fasc. In-8°, p. 641 à 1146. Vienne.

Raoult (A.). Du nez dans la littérature et dans les arts. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril, 1er et 15 mai.)

Richer (P.). L'art et la médecine. In-4°, 562 p. avec fig.

Salterain (J. de). Nomenclatura de las causas de defunción. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril.)

Tonin (R.). Istituto antirabbico di Cairo (primo triennio 1899-1901). In-4°, 22 p. Le Caire.

Wagstaffe (W.) et **Parker** (G. D.). Medical vocabulary : An explanation of all terms and phrases used in the various departments of medical science and practice. 7e éd. In-8°, 688 p. Londres.

22e ANNÉE. — N° 40. Vingt centimes le numéro. 1er OCTOBRE 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur V. Cornil : Technique de l'autopsie du cœur 321
Etranger : *Lettres d'Italie*. — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale 323
La tuberculose génitale 323
Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus 323
Littérature médicale : *Publications françaises*. — Frottement péricardique se propageant sur une vaste étendue 324
Plaie de la moelle cervicale par instrument tranchant 324
La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères 324
Publications allemandes. — De la dysménorrhée nasale 325
Nouveau procédé de restauration des pertes de substance étendues du canal de l'urèthre, au moyen de la rétro-transplantation du pénis et de la portion antérieure correspondante du canal de l'urèthre 325
Du diagnostic de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant, d'après 54 observations personnelles 325
Publications anglaises. — Emploi du bleu de méthylène dans les opérations pour trajets fistuleux 325
Obstruction de l'uretère par une rate hypertrophique enclavée dans le petit bassin .. 325
Estomac en sablier 326
Publications espagnoles. — Occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit par lésions d'origine fœtale 326
Traumatismes au point de vue médico-légal 326
Publications italiennes. — Claudication intermittente et embolie de l'humérale droite, dues à la syphilis 326
Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du foie 326
Publications polonaises. — Fonctionnement de l'estomac dans les diverses périodes de la syphilis 327
Dextrocardie congénitale sans inversion des viscères 327
Publications russes. — Un cas rare de rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle 327
Sur un nouveau procédé d'auscultation pulmonaire 327
Ulcère simple de la vessie et ulcère rond de l'estomac 328
Notes thérapeutiques. — Mode d'emploi du chloral dans l'éclampsie 328
Dilatation de la pupille par l'application d'atropine en nature 328
Traitement du lupus par le formol 328
La saignée dans le traitement des céphalées rebelles 328
Le sérum antidiphtérique dans le traitement de l'érysipèle 328
Emploi de l'ésérine et de la pilocarpine dans l'extraction des corps étrangers de la cornée 328
Nouvelles.
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Anastomoses vasculaires et leur technique .. 324³
Atropine en nature pour dilater la pupille ... 328²
Auscultation parallèle et simultanée des deux poumons 327³
Autopsie du cœur et sa technique 321¹
Bleu de méthylène et son emploi dans les opérations pour trajets fistuleux 325³
Cancer de l'utérus 323³
Céphalées rebelles 328³
Chloral et son mode d'emploi dans l'éclampsie. 328¹
Claudication intermittente et embolie de l'humérale droite, dues à la syphilis 326²
Cœur et son autopsie 321¹
Compression de l'uretère par une rate hypertrophiée 325³
Corps étrangers de la cornée 328³
Dextrocardie congénitale sans inversion des viscères 327²
Dilatation de la pupille par l'atropine en nature 328²
Dysménorrhée nasale 325¹
Eclampsie 328¹
Erysipèle 328³
Esérine et pilocarpine pour l'extraction des corps étrangers de la cornée 328³
Estomac en sablier 326¹
Formol contre le lupus 328²
Frottement péricardique et sa propagation sur une vaste étendue 324¹
Hystérectomie dans l'infection puerpérale ... 323²
Infection puerpérale 323²
Lupus 328²
Occlusion de l'orifice tricuspide par lésions d'origine fœtale 326¹
Péricardite brightique et frottement très étendu 324¹
Péritonite tuberculeuse chez l'enfant et son diagnostic 325²
Pertes de substance étendues du canal de l'urèthre 325²
Plaie de la moelle cervicale par instrument tranchant 324²
Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle 327²
Saignée contre les céphalées rebelles 328³
Sarcomes primitifs du foie 326³
Sérum antidiphtérique contre l'érysipèle 328³
Splénomégalie et compression de l'uretère .. 325³
Syphilis et fonctionnement de l'estomac 327¹
Traitement de la dysménorrhée nasale 325¹
— de la tuberculose génitale de la femme 323²
— de l'éclampsie 328¹
— de l'érysipèle 328³
Traitement de l'infection puerpérale 323²
— des céphalées rebelles 328³
— des corps étrangers de la cornée. 328³
— des pertes de substance étendues du canal de l'urèthre 325²
— du cancer de l'utérus 323³
— du lupus 328²
Trajets fistuleux et emploi du bleu de méthylène 325³
Transplantation des viscères 324³
Traumatismes au point de vue médico-légal. 326²
Troubles gastriques dans la syphilis 327¹
Tuberculose génitale de la femme 323²
Ulcère simple de la vessie et ulcère rond de l'estomac 328¹

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur E. Schweninger, professeur extraordinaire de dermatologie, est nommé professeur extraordinaire d'histoire de la médecine.

Faculté de médecine de Cadix. — M. le docteur Juan Luis Höhr y Rodríguez est nommé professeur de thérapeutique.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur A. Riccardo Marina est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur S. Tchirvinsky, professeur à la Faculté de médecine de Youriev, est nommé professeur extraordinaire de pharmacologie.

Faculté de médecine de Munich. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Fritz Voit (*médecine interne*); Karl Seitz (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Luigi D'Amato est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Rufino Fiocca (*pathologie médicale*); F. Saverio Rocchi (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine de Santiago. — M. le docteur Victor Escribano García est nommé professeur d'anatomie topographique.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Delacour, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur B. J. Stokvis, professeur de clinique médicale et de pathologie générale à la Faculté de médecine d'Amsterdam, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur A. W. M. Van Hasselt, ancien médecin-inspecteur général du service de santé de l'armée hollandaise. — M. le docteur Josef Unterlugauer, ancien directeur des affaires sanitaires et médicales de la Bosnie et de l'Herzégovine. — M. le docteur J. Bergson, ancien privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Boris Kijanovsky, privatdocent de médecine interne à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur A. Friedenwald, professeur d'ophtalmologie et d'otologie au College of Physicians and Surgeons de Baltimore.

NOUVELLES

FRANCE

~~ Il vient d'être créé un Institut de médecine coloniale rattaché à la Faculté de médecine de Paris. Le but de cet Institut est de donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. Les cours dureront environ deux mois et demi, et à la fin du cours, les étudiants qui désirent un certificat d'études subiront un examen.

ALLEMAGNE

~~ Comme on le sait, il se publie dans la presse politique de tous les pays une série d'annonces qu'un journal qui se respecte devrait refuser absolument d'insérer. Dernièrement, le journal de l'Association générale des médecins allemands ayant relevé dans un journal politique de Munich l'annonce d'un charlatan de la pire espèce, le comité de la presse de l'Association des médecins de cette ville signala le fait à l'éditeur de la feuille politique — lequel avait déjà déclaré que, le cas échéant, il demanderait l'avis dudit comité pour les annonces pouvant être incriminées — et reçut immédiatement l'assurance qu'à l'avenir les insertions de cette annonce n'auraient plus lieu.

Mais un fait qui mérite encore plus d'être cité, c'est celui qui s'est passé naguère à Vienne : la Chambre médicale de cette ville a reçu de la part de l'administration d'un journal politique nouvellement fondé, la déclaration que ledit journal refusera toute annonce dont le contenu serait contraire à l'honneur du Corps médical et soumettra à la Chambre le texte des insertions douteuses, ce qu'elle a d'ailleurs déjà fait pour une série d'annonces, le jour même de la déclaration.

AUTRICHE-HONGRIE

~~ Ces jours derniers, dans la presse politique de tous les pays, à propos d'une communication faite par M. le docteur Moser (de Vienne) à l'Assemblée des naturalistes et médecins allemands tenue à Carlsbad, il a été question de la sérothérapie de la scarlatine. Voici la dépêche que nous venons de recevoir de notre correspondant :

Vienne, 30 septembre 1902, 9 h. 30 matin.

« Sur 99 sujets morts de scarlatine, M. Moser a trouvé 73 fois des streptocoques dans le sang. Il immunisa, d'après la méthode de Pasteur, des chevaux au moyen de cultures provenant de scarlatineux, et le sérum sanguin de ces chevaux se montra efficace contre la scarlatine. Le traitement fut appliqué à la clinique pédiatrique de M. le professeur Escherich, à Vienne, seulement aux cas les plus graves. Parmi les patients soumis à la sérothérapie dès le premier ou le deuxième jour de la maladie, aucun n'a succombé. Plus l'injection de sérum est retardée, moins favorables sont les résultats. Malgré la gravité des cas traités et la concentration souvent insuffisante du sérum, la mortalité n'a été que de 8.9 %, tandis que dans les autres hôpitaux de Vienne elle atteint 13.09 %.

» L'action du sérum se traduit par un abaissement immédiat de la fièvre et l'atténuation de tous les symptômes morbides. Les effets du sérum sur les complications de la scarlatine ne sont pas encore suffisamment déterminés. Comme on injecte de grandes quantités de sérum (jusqu'à 180 c.c.) il se produit souvent des exanthèmes. — Dr SCHNIRER. »

~~ En Autriche, le ministre du commerce vient de décider que tout voyageur de commerce devra produire, à l'appui de sa demande d'une carte de légitimation, un certificat médical constatant qu'il n'est pas atteint d'une maladie contagieuse (?) ni d'une affection ou d'une lésion inspirant du dégoût ou de la répulsion.

ESPAGNE

~~ A la séance solennelle de la rentrée des Cours et tribunaux, à Madrid, le ministre de la justice a prononcé un discours sur la nécessité de faire certaines réformes judiciaires, et il en a visé une qui intéresse directement la médecine. Après avoir signalé qu'il y a lieu d'examiner s'il ne conviendrait pas de relever la limite d'âge minimum pour le mariage (quatorze ans pour les garçons et douze ans pour les filles) et d'interdire les mariages consanguins, le chef du département de la justice a ajouté :

« Il est encore une question qui, à mon avis, a un intérêt social bien plus grand, c'est l'intervention obligatoire du médecin dans toute demande d'inscription pour le mariage et la délivrance d'un certificat sur la santé et les conditions physiques des candidats.

» L'intervention du prêtre, pour satisfaire les convictions religieuses des futurs époux, l'intervention du juge municipal (magistrat qui marie en Espagne), pour sauvegarder l'état civil du citoyen, ont un intérêt de premier ordre; mais ce qui n'est pas moins important, que disje, ce qui l'est beaucoup plus, car c'est plus conforme à l'esprit chrétien et à l'intérêt social, et, par suite, à l'esprit du droit, c'est de ne pas contribuer à peupler les hôpitaux, les asiles d'aliénés et les bagnes par des unions conclues sans aucune prudence.

» Il est nécessaire d'arriver, et promptement, à faire intervenir le médecin dans toute demande d'inscription pour le mariage; il est nécessaire que le juge municipal refuse de procéder à des mariages que la science estime à l'avance devoir être funestes, car tout est préférable à de pareilles unions, bien plus regrettables que le suicide. »

Si l'on en juge par ce que disent les journaux politiques, il est à croire que le ministre n'a pas, dans la circonstance présente, traduit fidèlement l'état d'âme actuel du peuple espagnol, et que ses suggestions de projets de réforme ne sont en quelque sorte que des « châteaux en Espagne », dressés pour les besoins d'un ministère libéral qui ne veut pas se laisser devancer par des propositions pouvant être formulées un jour par les représentants du parti conservateur. Quoi qu'il en soit, c'est la première fois que nous voyons en Europe un membre du gouvernement envisager le rôle social du médecin dans l'acte du mariage; jusqu'ici la question n'avait pas franchi les limites de la discussion scientifique.

ETATS-UNIS

~~ Le président du Conseil d'hygiène de la ville de New-York, ayant jugé que le mode d'inspection médicale des écoles publiques adopté jusqu'ici ne donnait pas des résultats suffisants, a réorganisé le service depuis le commencement de la présente année scolaire, de telle manière que, nulle part ailleurs, l'examen des écoliers ne peut être fait dans de meilleures conditions. Tout d'abord il a été alloué à chaque médecin inspecteur des émoluments de 500 fr. par mois, soit 6,000 fr. par an; chacun de ces inspecteurs est chargé seulement de trois écoles, et doit visiter chaque école tous les jours pour y examiner les élèves reconnus malades par les maîtres, et de plus procéder tous les jours à l'examen individuel de *tous* les enfants d'une des trois écoles, de telle sorte que les élèves de toutes les écoles publiques de New-York sont examinés par les médecins une fois tous les trois jours.

Comme on le voit, avec de l'argent on fait bien les choses.

~~ L'officier d'hygiène de Cleveland, ville qui compte environ 400,000 habitants, ayant observé que la propagation de la variole avait lieu assez souvent par l'intermédiaire des poils des animaux domestiques, a rendu une ordonnance portant que les chiens et les chats d'un ménage où s'est déclaré la variole doivent être abattus immédiatement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abramov (S.). Lésions des reins dans la pneumonie fibrineuse (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 12.)

Banti (G.). Patologia del polmone. In-8°, 277 p. avec fig. Florence.

Fränkel (E.). Ueber Gasphlegmone, Schaumorgane und deren Erreger. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.) — Les phlegmons gazeux et les organes « mousseux » et leurs agents pathogènes.

Hengge (A.). Beobachtungen von gutartiger Mehrschichtung des Epithels im Corpus uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Formation bénigne d'épithélium stratifié dans le corps de l'utérus.

Herrmann (E.). Ein Beitrag zur Stellungsfrage des Adenoma malignum in der Onkologie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Kavetzky (E.). Ulcère simple de la vessie et ulcère rond de l'estomac (en russe). (*Prakt. Vratch*, 15 juin.)

Langerhans. Grundriss der pathologischen Anatomie. 3e éd. In-8°, 743 p. avec fig. Berlin.

Neck (C.) et **Nauwerck.** Zur Kenntnis der Dermoidcysten des Ovariums. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Nestorovsky (V.). L'état du sang dans la blennorrhagie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Préobrajensky (P.). Contribution à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de la syringomyélie (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, juin.)

Sarbó (A. von). Ein neuer Beitrag zur pathologischen Anatomie der amyotrophischen Lateralsklerose. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.)

Tioumianzev (N.). Contribution à l'anatomie pathologique du rhumatisme noueux (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Ziegler (E.). Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. 10e éd. T. II. In-8°, 999 p. avec fig. Iéna.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Brandenburg (K.). Ueber das diffusible Alkali und die Alkalispannung des Blutes in Krankheiten. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 3-4.) — Sur l'alcalescence du sang dans les maladies.

Edsall (D. L.). The relation of uric acid and xanthin bases to gout and the so-called uric acid diathesis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 mai.)

Ehrlich (P.) et **Sachs** (H.). Ueber den Mechanismus der Amboceptorenwirkung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 mai.)

Gérard (E.). Nouvelles expériences sur l'action biochimique du rein; explication possible de certaines néphrites toxiques. (*Echo méd. du Nord*, 8 juin.)

Heller (A.). Kleine Beiträge zur Tuberkulose-Frage. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 avril.)

Manouilov (A.). La mortalité par cancer dans les hôpitaux de la ville de Saint-Pétersbourg (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 mai.)

Neufeld (F.). Ueber die Agglutination der Pneumokokken und über die Theorieen der Agglutination. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.)

Rostoski. Ueber den Wert der Präzipitine als Unterscheidungsmittel für Eiweisskörper. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mai.) — La valeur des précipitines pour la différenciation des albuminoïdes.

Smith (T.). The relation between bovine and human tuberculosis. (*Med. News*, 22 fév.)

Vladimirov (V.). Contribution à l'étude de l'auto-infection (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, juin.)

Wassermann (A.). Hämolysine, Cytotoxine und Präcipitine. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 331.)

MÉDECINE

Arnaud (F.). Gangrène du membre inférieur gauche au cours d'une fièvre typhoïde; thrombose de l'artère et de la veine fémorales. (*Marseille méd.*, 1er juin.)

Boas (J.). Beiträge zur Kenntnis der Cholelithiasis. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 avril.)

Broadbent (Sir W. H.). Herzkrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Therapie. (Trad. de l'anglais par F. Kornfeld.) In-8°, 335 p. avec fig. Wurtzbourg. — Les cardiopathies.

Carrière (G.). Traité pratique des maladies de l'appareil respiratoire. In-8°, 643 p. Lille.

Ceconi (A.). Intorno a talune questioni di fisicochimica applicata alle ricerche cliniche. (*Riforma med.*, 13, 14, 16, 17 et 18 juin.)

Devic (E.) et **Teyssier** (J. de). Frottement péricardique se propageant sur une vaste étendue. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

Dieulafoy (G.). Manuale di patologia interna. (Trad. du français.) 3 vol. In-16, 2,647 p. Milan.

Einhorn (M.). Hyperchlorhydrie. (*Deutsche Praxis*, 25 juin.)

Ewald (C. A.). Ueber die Bestimmung der rechten Herzgrenze durch auskultatorische Perkussion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 mai.) — Détermination de la limite droite du cœur par la percussion associée à l'auscultation.

Gabritschewsky (G.). Ueber eine neue Reaction auf einige reducirende Substanzen des Organismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 mai.)

Grawitz (E.). Klinische Pathologie des Blutes, nebst einer Methodik der Blutuntersuchungen und spezieller Pathologie und Therapie der Blutkrankheiten. 2e éd. In-8°, 640 p. avec fig. et planches. Berlin. — Traité clinique d'hématologie.

Haushalter (P.), **Etienne** (G.), **Spillmann** (L.) et **Thiry** (C.). Cliniques médicales iconographiques. In-4°, 380 p. avec fig. et planches.

Hesse (A.). Ueber Eiweissumsatz und Zuckerausscheidung des schweren Diabetikers. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 3-4.) — Sur la transformation des albumines et l'élimination du sucre dans le diabète grave.

Hutchison (R.) et **Rainy** (H.). Clinical methods; guide to the practical study of medicine. In-12, 624 p. Londres.

Janson (C.). Ett fall af nefrit efter varicellæ. (*Hygiea*, juin.)

Knapp (M. I.). Insufficientia pylori a sequela of chronic gastritis, with report of 12 cases successfully treated. (*Philadelphia Med. Journ.*, 24 mai.)

Leube (W. von). Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. 6e éd. T. Ier. In-8°, 484 p. avec fig. Leipzig. — Diagnostic des maladies internes.

Liebe (G.), **Jacobsohn** (P.) et **Meyer** (G.). Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. T. II, 1re partie. In-8°, XX-1078 p. Berlin. — Manuel des soins à donner aux malades.

Litten. Ueber Endocarditis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Berestnev (N.). La peste à Batoum (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, juin.)

Brengues. Contribution à l'étude du paludisme en Indo-Chine : le paludisme à Hatien. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Brion (A.) et **Kayser** (H.). Ueber eine Erkrankung mit dem Befund eines typhusähnlichen Bakteriums im Blute (Paratyphus). (*Münch. med. Wochensch.*, 15 avril.) — Sur une affection au cours de laquelle on a trouvé, dans le sang, un microbe rappelant le bacille de la fièvre typhoïde.

Caccini (A.). Alcune osservazioni sulla epidemiologia della malaria (sulla diffusione della malaria a grandi altitudini). (*Policlinico*, 7 juin.)

Carrière (G.). Sur quelques cas d'angines à tétragènes. (*Rev. de méd.*, juin.)

Castellani (A.). Die Agglutination bei gemischter Infection und die Diagnose der letzteren. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.) — L'agglutination dans les infections mixtes et le diagnostic de ces infections.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alexander (G.). Zur Klinik und pathologischen Anatomie der sogenannten « rheumatischen » Facialislähmung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 3.) — Symptomatologie et anatomie pathologique de la paralysie faciale dite « rhumatismale ».

Bastian (H. Ch.). Ueber Aphasie und andere Sprachstörungen. (Trad. de l'anglais par M. Urstein.) In-8°, 511 p. avec fig. Leipzig. — L'aphasie et les autres troubles du langage.

Bechterev (V. von). Ueber acute cerebellare Ataxie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.)

Becker (T.). Einführung in die Psychiatrie. 3e éd. In-8°, 167 p. Leipzig. — Introduction à la psychiatrie.

Brower (D. R.) et **Bannister** (H. M.). Practical manual of insanity. In-8°, 426 p. Londres.

Corvini (G.). Contributo allo studio semeiotico della acromegalia. (*Morgagni*, mars.)

Crocq (J.). Un cas de névrose traumatique grave. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Dejerine (J.) et **Thomas**. Traité des maladies de la moelle épinière. In-8°, 470 p. avec fig.

Pick (A.). Ueber Agrammatismus als Folge von Herderkrankung. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 2.) — L'agrammatisme comme suite de lésions en foyer.

Sippy (B. W.). Lesions of the conus medullaris and cauda equina, a contribution to the study of spinal localization. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 mai.)

Spiller (W. G.). The importance of the lachrymal reflex in the diagnosis between organic and hysterical anesthesia of the face. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17 mai.)

Starck (H.). Die psychogene Pseudomeningitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 5-6.)

Strohmayer (W.). Zur Kritik der « subcorticalen » sensorischen Aphasie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 5-6.)

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). Contributions expérimentales à la psycho-physiologie des hallucinations. (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

Wagner (Ch. G.). The comparative frequency of general paresis. (*Med. News*, 17 mai.)

Zahn (Th.). Zur Kenntnis der vererbten Rückenmarkskrankheiten und der Degeneration der Vorderseitenstrangreste. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 5-6.) — Des affections médullaires héréditaires et de la dégénérescence des cordons antéro-latéraux.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Berdal (H.). Traité pratique de la syphilis. In-8°, XX-964 p. avec fig.

Bertin (E.). Sur un cas de sclérodermie symétrique diffuse. (*Echo méd. du Nord*, 1er juin.)

Bettmann. Ueber recidivirenden Herpes der männlichen Harnröhre. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 avril.) — Sur l'herpès récidivant de l'urèthre chez l'homme.

Blaschko (A.). Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 mai.)

Calderonio (F.). Stati mixedematosi e fibromi molli cutanei (affinità morfologica e patogenetica). (*Riforma med.*, 11 et 12 juin.)

Cappuccio (D.). Per un caso di claudicazione intermittente ed embolismo dell'omerale destra da sifilide. (*Gazz. degli Osped.*, 1er juin.)

Dobson (J. F.). Urethral hæmorrhage in gonorrhœa. (*Lancet*, 31 mai.)

Fabre (P.). Sur les mélanodermies phthiriasiques. In-8°, 15 p.

Freytag (B.). Casuistischer Beitrag zur Heilung von tuberculösen Hautinfiltraten. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 28 juin.) — Guérison de la tuberculose cutanée.

Gastou (P.). Les maladies du cuir chevelu (prophylaxie, hygiène et traitement). In-16, 100 p. avec fig.

CHIRURGIE

Albertin. Fistules de l'aisselle d'origine osseuse et humérale. (*Province méd.*, 14 juin.)

Albrecht (P.). Ueber Infectionen mit gasbildenden Bacterien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Des infections dues aux bactéries gazogènes.

Alegiani (U.). Compressione e allacciatura temporanea delle arterie. (*Policlinico*, partie chir., IX, 6.)

Allaire (G.). Arthrite tuberculeuse de l'épaule. (*Gaz. méd. de Nantes*, 21 juin.)

Beck (C.). Die Röntgenstrahlen im Dienste der Chirurgie. In-8°, 138 p. avec planches. Munich.

Bernays (A. C.). Sarcoma of the mesentery; resection of 119 inches of small intestine; recovery. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Berndt (F.). Ueber Exstirpation und Regeneration langer Röhrenknochen bei Osteomyelitis und Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er avril.) — Résection et régénération des os longs dans l'ostéomyélite et la tuberculose.

Blake (J. A.). The surgical aspects of the status lymphaticus. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Boudin (P.). Luxations de l'astragale; leur réduction par l'emploi de la bande d'Esmarch. (*Lyon méd.*, 29 juin.)

Salvia (E.). Die Resection der Arterien. (*Wien. med. Wochensch.*, 3, 10 et 17 mai.)

Sikkel (A.). Over diagnose en chirurgie van het otogene hersenabsces. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 juillet.) — Diagnostic et traitement chirurgical de l'abcès du cerveau d'origine otitique.

Sobolievsky (V.). L'adénite tuberculeuse (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

Sudeck (P.). Ueber die akute (trophoneurotische) Knochenatrophie nach Entzündungen und Traumen der Extremitäten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 mai.) — Sur l'atrophie aiguë (trophonévrotique) des os à la suite des affections inflammatoires ou traumatiques des extrémités.

Tubby (A. H.). The quiescent or latent period in the course of grave abdominal inflammation. (*Lancet*, 10 mai.)

Vulliet (H.). Quelques considérations sur la chirurgie gastrique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Walther (W.). Ueber Subluxationen bei der angeborenen Hüftverrenkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 avril.) — Des subluxations dans les cas de luxation congénitale de la hanche.

Wiener (J.). The indications for nephrectomy, with report of 3 cases. (*Med. Record*, 10 mai.)

Wittmer (H.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen der akuten Miliartuberkulose zur Operation tuberkulöser Lymphomata colli. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 3.) — Des rapports entre la tuberculose miliaire aiguë et l'opération des lymphomes tuberculeux du cou.

Wolff (J.). Ueber die blutige Verlagerung des Leistenhodens in das Skrotum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 avril.) — La réduction sanglante du testicule resté à l'aine.

Zérénine (V.). Traitement de la tuberculose locale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 10.)

Zuppinger (H.). Traumatische Tarsusverschiebungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 3.) — Luxations traumatiques du tarse.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bacon (C. S.). Massage of the breasts during lactation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — Massage des seins pendant la lactation.

Baldy (J. M.) et **Longcope** (W. T.). Adenomyomata of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Brauer (L.). Ueber Graviditäts-Haemoglobinurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 mai.)

Bumm (E.). Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. In-8°, 766 p. avec fig. Wiesbaden. — Précis d'obstétrique.

Campione (F.). Un caso di prolasso utero-vaginale in donna vergine. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, IX, 6.)

Catterina (A.). Ueber die Hystero-Kataphraxis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 juin.)

Condamin (R.). Kyste de l'ovaire et grossesse; adhérences au foie ayant amené après l'accouchement des accidents simulant la torsion du pédicule. (*Lyon méd.*, 29 juin.)

Döderlein (A.). Ueber abdominelle Exstirpation des carcinomatösen Uterus nach Wertheim. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 juin.)

Finkelstein (H.). Die durch Geburtstraumen hervorgerufenen Krankheiten des Säuglings. (*Berlin. Klinik*, juin.) — Les maladies du nourrisson provoquées par des traumatismes pendant le travail.

Gigli. Taglio lateralizzato del pube; considerazioni cliniche. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. et ginecol.*, mai.)

Gleason (J. H.). Abdominal hysterocolpectomy, a new operation for removal of cancer of the cervix uteri. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 juin.)

Greco (V.). Il sangue e l'urina nella gravidanza normale; ricerche fatte e da farsi. In-8°, 237 p. Palerme.

Gros. Vomissements incoercibles de la grossesse et le repos absolu de l'estomac. (*Province méd.*, 7 juin.)

Hofmeier (M.). Zur Verhütung des Kindbettfiebers; 6. Beitrag. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 et 13 mai.) — Prophylaxie de la fièvre puerpérale.

22e ANNÉE. — N° 41. Vingt centimes le numéro. 8 OCTOBRE 1902.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — M. le professeur Dieulafoy : Tuberculome hypertrophique du cæcum; diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite 329
CHIRURGIE PRATIQUE. — La percussion et l'auscultation osseuses combinées comme moyen de diagnostic et de localisation des fractures.................... 336
BULLETIN. — L'unification internationale de la formule des médicaments héroïques........ 336
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Rupture spontanée de l'utérus, survenue pendant le travail et opérée avec succès. 337
La diphtérie à l'hôpital Bretonneau 337
Académie des sciences. — Sur la difficulté d'isoler le Bacterium coli normal dans la dysenterie coloniale.................... 337
Société de chirurgie. — Recherches sur l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.. 337
Trois opérations pour grossesse extra-utérine 338
ETRANGER : *Lettres d'Autriche.* — La sérothérapie de la scarlatine.................... 338
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Sur le traitement de l'hémiplégie par l'éducation des voies nerveuses de la motilité.................... 338
Recherches sur la tuberculose par ingestion chez les bovidés.................... 338
Contribution à la pathologie du ligament rond.................... 339
Sur l'importance du traumatisme comme facteur étiologique de la nécrose graisseuse diffuse.................... 339
Publications anglaises. — Formes et étiologie de la pancréatite chronique interstitielle . 339
Recherches expérimentales et cliniques sur l'occlusion temporaire des artères carotides.................... 339
La prétendue infectiosité des squames dans la scarlatine.................... 340
Traitement de la luxation de la clavicule par l'incision à ciel ouvert 340
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les effets nuisibles des préparations salicylées sur les voies urinaires.................... 340
Traitement de la malaria par des injections hypodermiques de liqueur de Fowler associée à l'antipyrine.................... 340
La cocaïnisation des gros troncs nerveux comme moyen prophylactique du shock dans les amputations 340

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Amputations et cocaïnisation des gros troncs nerveux.................... 340[3]
Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle 337[3]
Anopheles en Corse.................... 337[2]
Bacterium coli et dysenterie coloniale...... 337[3]
Carotides et leur occlusion temporaire...... 339[3]
Chlorure d'éthyle pour l'anesthésie générale 337[3]
Cholédocotomie suivie de succès.......... 338[1]
Cocaïnisation des gros troncs nerveux et amputations .... 340[3]
Diphtérie à l'hôpital Bretonneau .... 337[2]
Dysenterie coloniale et bacterium coli....... 337[3]
Epilepsie jacksonienne par enfoncement du crâne sans fracture.................... 338[1]
Fractures.................... 336[2]
Grossesse extra-utérine.................... 338[1]
Hémiplégie.................... 338[2]
Ligament rond et sa pathologie.......... 339[1]
Liqueur de Fowler et antipyrine en injections hypodermiques dans la malaria..... 340[3]
Luxation de la clavicule.................... 340[1]
Malaria.................... 340[3]
Médicaments héroïques et unification internationale de leur formule .... 336[3]
Nécrose graisseuse diffuse et traumatisme.. 339[1]
Néphrite due aux préparations salicylées... 340[2]
Pancréatite chronique interstitielle......... 339[2]
Percussion et auscultation osseuses combinées.................... 336[2]
Ponctions rachidiennes contre la stupeur lypémaniaque.................... 337[3]
Préparations salicylées et leurs effets nuisibles sur les voies urinaires.......... 340[2]
Rééducation dans l'hémiplégie .... 338[2]
Rupture de l'utérus pendant le travail ...... 337[2]
Scarlatine .... 338[1]
— et prétendue infectiosité des squames 340[1]
Sérum antiscarlatineux.................... 338[1]
Shock opératoire et sa prévention.......... 340[3]
Stupeur lypémaniaque.................... 337[3]
Traitement de la grossesse extra-utérine... 338[1]
— de la luxation de la clavicule..... 340[1]
— de la malaria.................... 340[3]
— de la scarlatine.................... 338[1]
— de la stupeur lypémaniaque ...... 337[3]
— de l'hémiplégie.................... 338[2]
— des ruptures de l'utérus pendant le travail .... 337[2]
— du tuberculome hypertrophique du cæcum .... 329[1]
Traumatisme et nécrose graisseuse diffuse.. 339[1]
Tuberculome hypertrophique du cæcum...... 329[1]
Tuberculose par ingestion chez les bovidés . 338[3]
Tumeurs de la fosse iliaque droite.......... 329[1]

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Johannes Orth, professeur à la Faculté de médecine de Gœttingue, est nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. R. Virchow, décédé.

M. le docteur Willibald Nagel est nommé professeur extraordinaire de physiologie.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur V. Vladimirov est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Munich. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à M. le docteur Rudolf Emmerich, professeur extraordinaire d'hygiène.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Achille Capaldi est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Mario Pelagatti est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Emanuel Formanek est nommé privatdocent de médecine légale et de toxicologie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Mauro Iatta, privatdocent à la Faculté de médecine de Pavie, est nommé privatdocent de pathologie générale.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur S. Tchougounov est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Ernesto Bertarelli est nommé privatdocent d'hygiène expérimentale.

Charing Cross Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur G. F. Myers-Ward, professeur à University College de Sheffield, est nommé lecteur de physiologie, en remplacement de M. B. Moore.

University of Maryland de Baltimore. — M. le docteur Randolph Winslow, professeur d'anatomie, est nommé professeur de chirurgie, en remplacement de M. L. McLane Tiffany, démissionnaire.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur Hilary M. Christian, professeur adjoint, est nommé professeur des maladies des organes génito-urinaires, en remplacement de M. Th. R. Neilson, démissionnaire.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1901* inclusivement (19 années) absolument complètes, soit les 21 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 190 francs pour la France, 230 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1901), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris — Imprimerie de la *Semaine Médicale,* 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

22e ANNÉE. — N° 42. Vingt centimes le numéro. 15 OCTOBRE 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Transmission à l'homme, par inoculation accidentelle, de la tuberculose bovine, et réinoculation expérimentale au veau, par MM. C. H. H. Spronck et K. Hoefnagel 341

CHIRURGIE PRATIQUE. — Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire par la résection large de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus, par M. le docteur R. Claoué 343

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — De l'utilité des tractions rythmées de la langue dans les intoxications oxycarbonées 344

Société de chirurgie. — Grossesses extra-utérines prises pour des appendicites....... 345
Résultats de la prostatectomie périnéale subtotale 345
Appendice perforé à froid.......... 345

Société médicale des hôpitaux. — Sur un cas de lymphadénie lymphatique aleucémique... 345
Arachnodactylie.......... 345
Emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire.......... 345
Appendicite pneumococcique 345

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Les huîtres et la fièvre typhoïde...... 345
Recherches sur la bactériologie des otites moyennes aiguës.......... 345
Fractures obliques de la première phalange du pouce; cerclage au fil d'argent....... 346

Publications allemandes. — La ligature bilatérale des artères hypogastrique et utéro-ovarienne comme moyen de traitement palliatif du cancer de l'utérus.......... 346
Contribution à l'étude des rapports de la diphtérie et des affections de l'oreille.... 346
Des variations de structure du mésomètre et de leur influence sur le développement des ménorrhagies et de la leucorrhée.... 346

Publications anglaises. — Un cas d'œdèmes localisés héréditaires ayant déterminé la mort par obstruction laryngée.......... 347
Dilatation par le pus d'un uretère surnuméraire 347
Une nouvelle opération pour rétroversion utérine 347

Publications hollandaises. — Recherches comparées sur la pigmentation de la peau et la composition des urines pendant la grossesse 347
Examen radiographique des pieds plats.... 347
Des suites éloignées de la trachéotomie.... 347

Publications hongroises. — Thyroïdite aiguë provoquée par l'iodure de potassium..... 348
Kyste dermoïde portant obstacle à l'accouchement; ponction du kyste; délivrance normale 348
Evacuation spontanée d'un abcès rétropharyngien par le conduit auditif.......... 348

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La levure de bière dans le traitement des éruptions varioliques 348
A propos du traitement de l'avortement habituel par le chlorate de potasse.......... 348
Emploi de l'eau oxygénée pour l'épilation.. 348
Traitement de la migraine ophtalmique par le massage des yeux.......... 348

UNIFICATION INTERNATIONALE DE LA FORMULE DES MÉDICAMENTS HÉROÏQUES. — Noms des médicaments et prescriptions adoptées.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès rétropharyngien spontanément évacué par le conduit auditif.......... 348^2
Affections de l'oreille et diphtérie.......... 346^2
Appendice perforé à froid.......... 345^1
Appendicite pneumococcique .... 345^2
Arachnodactylie.......... 345^2
Avortement habituel .... 348^3
Bactériologie des otites moyennes aiguës... 345^3
Cancer de l'utérus.......... 346^1
Chlorate de potasse contre l'avortement habituel .... 348^3
Diphtérie et affections de l'oreille .... 346^2
Eau oxygénée pour l'épilation.......... 348^3
Emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire.......... 345^2
Epilation au moyen de l'eau oxygénée...... 348^3
Eruptions varioliques.......... 348^2
Fièvre typhoïde et rôle des huîtres dans sa propagation.......... 345^2
Fractures obliques de la première phalange du pouce .... 346^1
Grossesse et hématolyse.......... 347^2
Grossesses extra-utérines prises pour des appendicites .... 345^1
Hernie obturatrice étranglée.......... 345^1
Huîtres et fièvre typhoïde.......... 345^2
Intoxications oxycarbonées et tractions rythmées de la langue.......... 344^3
Iodure de potassium et thyroïdite aiguë..... 348^1
Kyste dermoïde comme obstacle à l'accouchement .... 348^1
Leucorrhée.......... 346^3
Levure de bière contre les éruptions varioliques .... 348^2
Lymphadénie lymphatique aleucémique..... 345^1
Massage des yeux contre la migraine ophtalmique .... 348^3
Ménorrhagies.......... 346^3
Migraine ophtalmique.......... 348^3
Œdèmes localisés héréditaires ayant entraîné la mort.......... 347^1
Otites moyennes aiguës et leur bactériologie 345^3
Pieds plats et leur radiographie.......... 347^3
Pigmentation de la peau dans la grossesse.. 347^2
Prostatectomie périnéale subtotale.......... 345^1
Résection large de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus maxillaire.......... 343^2
Rétroversion utérine .... 347^2
Suppurations chroniques du sinus maxillaire. 343^2
Thyroïdite aiguë provoquée par l'iodure de potassium .... 348^1
Trachéotomie et ses suites éloignées....... 347^3
Tractions rythmées de la langue.......... 344^3
Traitement de la migraine ophtalmique..... 348^3
— de la rétroversion utérine....... 347^2
— de l'avortement habituel....... 348^3
— de l'intoxication par l'oxyde de carbone.......... 344^3
— des éruptions varioliques .... 348^2
— des fractures obliques de la première phalange du pouce ..... 346^1
— des suppurations chroniques du sinus maxillaire.......... 343^2
— du cancer de l'utérus.......... 346^1
Tuberculose des bovidés inoculée à l'homme, avec réinoculation au veau... 341^1
— pulmonaire et emphysème sous-cutané.......... 345^2
Uretère surnuméraire dilaté par le pus..... 347^1
Urines des femmes enceintes.......... 347^2
Variations de structure du mésomètre..... 346^3

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Paul Krause est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Richard Friedrich Fuchs est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur H. K. A. Pertz est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Ernst Hertel, privatdocent d'ophtalmologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur A. Roud est nommé professeur extraordinaire d'anatomie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Heinrich Hildebrand (de Hambourg) est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

M. le docteur John Seemann est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Wilhelm Lieblein (*chirurgie*); Wilhelm Anton (*oto-rhino-laryngologie*).

Queen's College de Belfast. — M. le docteur T. H. Milroy est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. W. H. Thompson.

NÉCROLOGIE

M. le docteur K. E. Hasse, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Hermann Eulenberg, ancien privatdocent de psychiatrie à la Faculté de médecine de Bonn. — MM. les docteurs A. Castro, professeur de clinique chirurgicale et Melitón Gonzalez del Solar, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Buénos-Ayres. — M. le docteur Frederick Milford, ancien lecteur de chirurgie à l'Université de Sydney.

UNIFICATION INTERNATIONALE DE LA FORMULE DES MÉDICAMENTS HÉROÏQUES

NOMS DES MÉDICAMENTS	PRESCRIPTIONS ADOPTÉES
Aconitum Napellus. *L.*	
Aconiti tuber seu **Tuber Aconiti.**	Employer exclusivement le tubercule de l'année, sec; préparer la poudre par pulvérisation sans résidu.
Aconiti tinctura seu **Tinctura Aconiti.**	Préparer par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c. en volumes; cette teinture titrera 0,025 % d'alcaloïdes totaux dosés suivant la méthode à préciser par la commission nommée *ad hoc.*
Atropa Belladonna. *L.*	
Belladonnæ folium seu **Folium Belladonnæ.**	Employer exclusivement la feuille sèche; préparer la poudre par pulvérisation sans résidu.
Belladonnæ tinctura seu **Tinctura Belladonnæ.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c.
Belladonnæ extractum seu **Extractum Belladonnæ.**	Préparer au moyen de l'alcool à 70 p. c. un extrait ferme, pouvant contenir environ 10 p. c. d'eau; la teneur alcaloïdique sera fixée ultérieurement par la commission nommée *ad hoc.*
Colchicum autumnale. *L.*	
Colchici semen seu **Semen Colchici.**	Employer exclusivement la semence.
Colchici tinctura seu **Tinctura Colchici.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c.
Digitalis purpurea. *L.*	
Digitalis folium seu **Folium Digitalis.**	Employer la feuille de 2e année; préparer la poudre par pulvérisation sans résidu.
Digitalis tinctura seu **Tinctura Digitalis.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c.
Uragoga Ipecacuanha. *H. Bn.*	
Ipecacuanhæ radix seu **Radix Ipecacuanhæ.**	Préparer la poudre au moyen de l'écorce de la racine en rejetant la partie ligneuse. La poudre doit avoir une teneur alcaloïdique de 2 p. c.
Ipecacuanhæ tinctura seu **Tinctura Ipecacuanhæ.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c.
Ipecacuanhæ sirupus seu **Sirupus Ipecacuanhæ.**	Préparer au moyen de 10 p. c. de teinture.
Hyoscyamus niger. *L.*	
Hyoscyami folium seu **Folium Hyoscyami.**	Employer exclusivement la feuille.
Hyoscyami tinctura seu **Tinctura Hyoscyami.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c.
Hyoscyami extractum seu **Extractum Hyoscyami.**	Préparer au moyen de l'alcool à 70 p. c., un extrait ferme pouvant contenir environ 10 p. c. d'eau.
Strychnos Nux vomica. *L.*	
Strychni semen seu **Semen Strychni** seu **Nux vomica.**	Teneur alcaloïdique : 2,5 p. c.
Strychni tinctura seu **Tinctura Strychni; Nucis vomicæ tinctura** seu **Tinctura Nucis vomicæ.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c. Teneur alcaloïdique : 0,25 p. c.
Strychni extractum seu **Extractum Strychni; Nucis vomicæ extractum** seu **Extractum Nucis Vomicæ.**	Préparer au moyen de l'alcool à 70 p. c. Teneur alcaloïdique : 16 p. c.
Opii pulvis seu **Pulvis Opii.**	Poudre desséchée à 60°. Teneur en morphine : 10 p. c.
Opii extractum seu **Extractum Opii.**	Teneur en morphine : 20 p. c.
Opii tinctura seu **Tinctura Opii.**	Préparer par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c. Teneur en morphine : 1 p. c.
Opii tinctura crocata seu **Tinctura Opii crocata** seu **Laudanum Sydenhami.**	Teneur en morphine : 1 p. c.
Opii et Ipecacuanhæ pulvis compositus seu **Pulvis Doweri.**	A 10 p. c. de poudre d'opium.
Opii tinctura benzoïca seu **Tinctura Opii benzoïca.**	Teneur en morphine : 0,05 p. c.
Strophanthi tinctura seu **Tinctura Strophanthi.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c.; graine non dégraissée.
Sclerotium clavicepitis purpureæ *Tul.* seu **Clavicepitis purpureæ** *Tul.* **sclerotium.**	
Secale cornutum seu **Ergotum secale.**	Ergot de l'année conservé entier.
Secalis cornuti extractum seu **Extractum Secalis cornuti; Ergoti extractum** seu **Extractum Ergoti.**	Préparer un extrait aqueux repris par l'alcool à 60 p. c.
Secalis cornuti extractum fluidum seu **Extractum fluidum Secalis cornuti; Ergoti extractum fluidum** seu **Extractum fluidum Ergoti.**	A 100 p. c.
Acidum hydrocyanicum dilutum.	A 2 p. c.
Laurocerasi aqua seu **Aqua Laurocerasi.**	A 0,10 p. c.
Amygdalæ amaræ aqua seu **Aqua Amygdalæ amaræ.**	Préparer à 0,10 p. c.
Phenoli solutio seu **Aqua phenolata.**	Préparer à 2 p. c.
Arsenas sodii seu **Sodii arsenas; Arsenicicum natrium** seu **Natrium arsenicicum.**	Le sel cristallisé à 36,85 p. c. d'acide arsénique.
Arsenicalis liquor Fowleri seu **Liquor arsenicalis Fowleri** seu **Kalii arsenicosi liquor.**	Préparer à 1 p. c. d'acide arsénieux.
Ferri iodidi sirupus seu **Sirupus iodeti ferrosi** seu **Sirupus ferri iodati.**	Préparer à 5 p. c. d'iodure ferreux anhydre.
Cantharidis tinctura seu **Tinctura Cantharidis.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c.
Iodi tinctura seu **Tinctura Iodi.**	Préparer à 10 p. c. ; alcool à 95 p. c.
Lobeliæ tinctura seu **Tinctura Lobeliæ.**	Préparer à 10 p. c., par percolation au moyen de l'alcool à 70 p. c.
Cocainum hydrochloricum.	Le sel anhydre.
Hydrargyri unguentum seu **Unguentum Hydrargyri.**	Préparer à 30 p. c.
Antimoniale vinum seu **Vinum antimoniale; Stibiatum vinum** seu **Vinum stibiatum.**	Préparer à 0,40 d'émétique p. c.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bolles Lee (A.) et **Henneguy** (L. F.). Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique (histologie, embryologie et zoologie). 3e éd. In-8°, 359 p. avec fig.

Browicz. Meine Ansichten über den Bau der Leberzelle. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 1.) — Sur la structure de la cellule hépatique.

Déchine (A.). L'anatomie de la région ombilicale dans ses rapports avec la formation des hernies ombilicales (en russe). (*Thèse de Moscou.*)

Killbourn (C. L.). Some reasons for considering the vermiform appendix as a gland. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17 mai.) — L'appendice vermiforme peut-il être considéré comme une glande?

Kraus (O.). Noch einmal : Zur Anatomie der Ileocöcalklappe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 mai.)

Petrén (K.). Ein Beitrag zur Frage vom Verlaufe der Bahnen der Hautsinne im Rückenmarke. (*Skandinav. Arch. f. Physiol.*, XIII, 1 et 2.) — Contribution à l'étude du trajet des voies de la sensibilité dans la moelle.

Ramon y Cajal (S.). Die Endigung des äusseren Lemniscus oder die sekundäre akustische Nervenbahn. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 avril.) — La terminaison du lemnisque externe ou la voie acoustique secondaire.

MÉDECINE

Lohnstein (H.). Das Problem der Nephritis vom Standpunkte der neuesten Forschungsresultate. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 21 et 25 juin.) — L'état actuel de nos connaissances sur la néphrite.

Malherbe (H.). Sur le traitement de l'angine de Vincent et la stomatite ulcéro-membraneuse. (*Gaz. méd. de Nantes*, 28 juin.)

Ménétrier (P.) et **Aubertin** (Ch.). Sur un cas de cancer de l'estomac à forme anémique. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

Menzer (A.). Die Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus, nebst kritischen Bemerkungen zu seiner Therapie. In-8°, 127 p. avec planches. Berlin. — L'étiologie et le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Nalin (E.). Osservazioni ed esperienze sulla cirrosi dei dispeptici. (*Morgagni*, fév.)

Opie (E. L.). The causes and varieties of chronic interstitial pancreatitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Plesch (J.). Ueber ein verbessertes Verfahren der Perkussion. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 avril.) — Sur un procédé perfectionné de percussion.

Ponfick (E.). Topographischer Atlas der medizinisch-chirurgischen Diagnostik. 3e fasc. In-4°, 12 planches avec texte en allemand, en anglais et en français. Iéna.

Pribram (A.). Chronischer Gelenkrheumatismus und Osteoarthritis deformans. In-8°, 218 p. avec fig. Vienne. — Rhumatisme articulaire chronique et ostéoarthrite déformante.

Rosenbaum. Ueber die diagnostische Bedeutung der Angiome der Haut. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 avril.) — Valeur diagnostique des angiomes cutanés.

Rosenthal (G.). La bronchopneumonie pseudolobaire continue. (*Rev. de méd.*, juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Domenici (A.). Sulla rigidità della colonna vertebrale. (*Gazz. degli Osped.*, 22 juin.)

Flesch (J.). Zur Diagnostik des « syndrome de Benedikt ». (*Wien. med. Wochensch.*, 28 juin.)

Goldflam (S.). Weiteres über die asthenische Lähmung, nebst einem Obductionsbefund. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 15 fév., 1er et 16 mars, 1er et 16 avril, 1er et 16 mai et 1er juin.) — De la paralysie asthénique; constatations anatomo-pathologiques.

Gossage (A. M.). The etiology of infantile paralysis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Gowers (Sir W. R.). Remarks on myasthenia and ophthalmoplegia. (*Brit. Med. Journ.*, 24 mai.)

Greeff (R.). Ueber das « röhrenförmige Gesichtsfeld » bei Hysterie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 mai.) — Sur le « champ visuel tubulaire » dans l'hystérie.

Hitzig (E.). Alte und neue Untersuchungen über das Gehirn; 3. Mitteilung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 3.) — Recherches sur le cerveau.

Ingelrans et **Brassart** (H.). Syringomyélie post-traumatique. (*Echo méd. du Nord*, 8 juin.)

Ioteyko (M[lle] J.). De l'excitation des muscles et des nerfs par les courants faradiques de fermeture et d'ouverture. (*Journ. de neurol.*, 5 juin.)

Josipowici (S.). Ueber einen Fall von acuter Ataxie bei Tabes. (*Wien. med. Presse*, 20 et 27 avril.)

Josserand (E.). Réflexe rotulien latéralisé. (*Lyon méd.*, 8 juin.)

Kirchhoff. Ein mimisches Centrum im medialen Kern des Sehhügels. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 3.) — Sur un centre mimique dans le noyau médian de la couche optique.

Köster (G.). Eine bisher noch nicht beschriebene Lokalisation der Bleilähmung. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 et 22 avril.) — Une localisation non encore décrite de la paralysie saturnine.

Lazarus (P.). Die Bahnungstherapie der Hemiplegie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 3-4.) — Traitement de l'hémiplégie par l'éducation des voies nerveuses de la motilité.

Luzzatto (A. M.). Ein Fall von Polyneuritis nach Malaria, mit Autopsie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 avril.)

Marque (J.). Note sur un cas d'astasie-abasie. (*Loire méd.*, juin.)

Meige (H.). La genèse des tics. (*Journ. de neurol.*, 5 juin.)

Mesnard (L.). Céphalée épileptique et mélancolie épileptique comme symptômes prédominants. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 juin.)

Neugebauer. Rückenmarksanalgesie und die Verteilung der Sensibilität nach Marksegmenten. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mai.) — L'analgésie médullaire et la distribution de la sensibilité suivant les segments de la moelle épinière.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Harttung (W.) et **Alexander** (A.). Zur Klinik und Histologie des « érythème induré Bazin ». (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 1.)

Herrmann (H.). Eine eigentümliche mit Hyperhidrosis einhergehende entzündliche Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 1.) — Une dermatose inflammatoire singulière du nez avec hyperhidrose chez des jeunes sujets.

Lang (E.). Lehrbuch der Hautkrankheiten. In-8°, 655 p. avec fig. Wiesbaden. — Traité des maladies de la peau.

Larrieu (J.-F.). Cure prompte et radicale de la syphilis; syphilis et mercure. 4[e] éd. In-8°, 170 p.

Raff (J.). Zur Kenntnis der senilen Angiome (« Kapillar-Varicen ») der Haut. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mai.)

Rouffiandis. Le *Ki-mo* ou pian du Laos. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Schein (M.). Scleroma (Rhinoscleroma) nasi et digiti medii sinistri. (*Pest. med.-chir. Presse*, 1[er] juin.)

Schönborn (S.). Ueber einige atypische Erscheinungen im Verlaufe sekundärer Syphilis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 mai.)

Tchlenov (M.). Syphilis et éléphantiasis de la vulve (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 11.)

Tomasczewski (E.). Zur Frage des Malum perforans pedis, mit besonderer Berücksichtigung seiner Aetiologie. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 et 20 mai.)

Török (L.) et **Schein** (M.). Die Radiotherapie und Actinotherapie der Hautkrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 3, 10, 17, 24 et 31 mai et 7 juin.) — Radiothérapie et photothérapie dans les maladies cutanées.

Ullmann (K.). Ueber das Vorkommen von extragenitalen weichen Schankergeschwüren. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 juin, 5, 12, 19 et 26 juillet.) — Sur la fréquence des chancres mous extra-génitaux.

Vagner (K.) et **Kviatkovsky** (G.). Un cas de syphilis du cœur avec dilatation considérable de l'artère pulmonaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 et 22 juin.)

Vouzelle. La syphilis; syphilis tertiaire et hérédo-syphilis. In-16, 171 p.

Walsh (D.). The hair and its diseases. In-8°, 96 p. Londres. — Le système pilaire et ses maladies.

White (Ch. J.) et **Robey** (W. H.). Molluscum contagiosum. (*Journ. of Med. Research*, avril.)

Zeissl (M. von). Die Complicationen des männlichen Harnröhrentrippers und ihre Behandlung. (*Wien. Klinik*, avril-mai.) — Les complications de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme et leur traitement.

CHIRURGIE

Braquehaye (J.). A propos d'une gastrostomie; indications de cette opération dans les lésions du pharynx et de la bouche. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, juin.)

Bruns (von). Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Le premier pansement sur le champ de bataille.

Brunswic-Le Bihan. Fracture comminutive du crâne; trépanation; guérison. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, juin.)

Bum (A.). Die Entwicklung des Knochencallus unter dem Einflusse der Stauung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Le développement du cal osseux sous l'influence de l'hyperémie artificielle.

Cardoso. Kyste hydatique sous-périostal de la région mastoïdienne. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, juin.)

Cheyne (W.) et **Burghard** (F.). Manual of surgical treatment. T. VI, 1[re] partie. In-8°, 500 p. Londres.

Chipault (A.). L'état actuel de la chirurgie nerveuse. T. I[er]. In-8°, 867 p. avec fig.

Ciechomski (A.). Przyczynek do leczenia bliznowatych zwezen przelyku. (*Gaz. lekarska*, 21 et 28 juin, 5, 12, 19 et 26 juillet et 2 août.) — Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

Davrinche (M.). Kyste du mésentère. (*Echo méd. du Nord*, 15 juin.)

Drucbert (J.). Etude critique et expérimentale sur l'anastomose vésico-rectale par le procédé de Maydl. (*Echo méd. du Nord*, 22 juin.)

Eijkman (P. H.). Krebs und Röntgenstrahlen. In-8°, 40 p. Iéna. — Le cancer et les rayons de Röntgen.

Ferraresi (P.). Contributo all'intervento chirurgico nei vizii di conformazione dell'ano e del retto. (*Riforma med.*, 10 juin.)

Ferraro (A.). Nuovo metodo di sutura per l'anastomosi del dotto deferente reciso. (*Riforma med.*, 9 juin.)

Frommer (A.). Zur Casuistik der Nachblutungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Des hémorrhagies secondaires [post-opératoires].

Galdi (F.). Contributo alla casuistica ed alla dottrina dell'iodoformismo chirurgico. (*Morgagni*, fév.)

Gellé (E.). Sur un cas de cancer du sein chez l'homme. (*Echo méd. du Nord*, 22 juin.)

Gersuny (R.). Vorschläge zur Resection des Humerus. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 juin.)

Hannequin (H.). L'effleurage dans les suites de phlébite. In-16, 53 p.

Hassler. Piqûre anatomique et tuberculose par inoculation; adénite tuberculeuse des ganglions sus-épitrochléens; adénite tuberculeuse suppurée de l'aisselle; cure chirurgicale; résultats éloignés. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 juin.)

Honsell. Ueber aseptische und antiseptische Pasten- und Salbenverbände. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Pansements aseptiques et antiseptiques faits avec des pâtes et des pommades.

Israel (O.). Die Probleme der Krebsätiologie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — L'étiologie du cancer.

Jaffé (M.). Isolirte Lähmung des Musculus quadratus menti (Depressor labii inferioris) durch Verletzung der Anastomosis collo-mandibularis (Nervi VII). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Paralysie isolée du muscle carré du menton par traumatisme du rameau nerveux anastomotique cervico-mandibulaire.

Jones (R.). Fracture of the base of the fifth metatarsal bone by indirect violence. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Fracture de la base du cinquième métatarsien par cause indirecte.

Juvara (E.). Contribution à l'étude des épanchements sanguins dans les gaines synoviales tendineuses; l'épanchement sanguin traumatique de la gaine synoviale des tendons radiaux. (*Rev. de chir.*, juin.)

Kehr (H.), **Berger** et **Welp**. Beiträge zur Bauchchirurgie. In-8°, 246 p. Berlin. — Contribution à la chirurgie abdominale.

Kramer (S. P.). Studies in the pathogenesis of appendicitis. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Krönlein. Ueber den Verlauf des Magencarcinoms bei operativer und bei nicht operativer Behandlung; eine Bilanzrechnung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — L'évolution du cancer de l'estomac dans les cas traités ou non traités chirurgicalement.

Krymov (A.). Traitement opératoire des hernies de la paroi abdominale (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juin.)

Kümmell (H.). Die Grenzen erfolgreicher Nierenexstirpation und die Diagnose der Nephritis nach kryoskopischen Erfahrungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Les limites de la néphrectomie et le diagnostic de la néphrite d'après les résultats de la cryoscopie du sang.

Lambret (O.). Fractures obliques de la première phalange du pouce; cerclage au fil d'argent. (*Echo méd. du Nord*, 29 juin.)

Leser (E.). Die specielle Chirurgie in 60 Vorlesungen. 5[e] éd. In-8°, 1110 p. avec fig. Iéna.

Lévai (J.). Darmocclusionen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 et 15 juin.) — Occlusions intestinales.

Mailland (M.). Des exostoses tuberculeuses. (*Rev. de chir.*, juin.)

Markoe (F. H.) et **Schley** (W. S.). The sacrococcygeal dimples, sinuses and cysts. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Fossettes, sinus et kystes [congénitaux] de la région sacro-coccygienne.

Marx (H.). Die Bedeutung des Chinins für die Wundbehandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 avril.) — La valeur de la quinine pour le pansement des plaies.

Mastri (C.). Contributo allo studio dei tumori delle glandole retroperitoneali. (*Gazz. degli Osped.*, 8 juin.)

Mauclaire. Ecrasement antéro-postérieur du thorax; contusion du cœur; exploration du péricarde et du cœur par la voie diaphragmatique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Mayo (W. J.). Analysis of 328 operations upon the gall-bladder and bile passages. (*Ann. of Surgery*, juin.) — 328 opérations sur la vésicule et sur les voies biliaires.

Monari (U.). Nuovi processi curativi delle stenosi rettali benigne. In-8°, 26 p. Bologne.

Monod (E.) et **Vanverts** (J.). Traité de technique opératoire. T. I[er]. In-8°, 963 p. avec fig.

Moresco (G.). Sopra un caso di torsione dell'epiploon. (*Gazz. degli Osped.*, 22 juin.)

UROLOGIE

Bertelsmann (R.) et **Mau**. Das Eindringen von Bakterien in die Blutbahn als eine Ursache des Urethralfiebers. (*Münch. med. Wochensch.*, 1[er] avril.) — La pénétration de microorganismes dans le torrent circulatoire en tant que cause de la fièvre uréthrale.

Binaghi (R.). Sul gargarismo dell'uretra posteriore. (*Riforma med.*, 19 juin.)

Brunswic-Le Bihan. Deux cas de chirurgie vésicale. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, juin.)

Hirst (B. C.). An operation for cystocele. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Orlipski. Ueber « effleurage » und « pétrissage » der Prostata in Beziehung zu ihrer physiologischen Function. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 juin.)

Posner (C.). Quelques remarques sur le diagnostic et le traitement de la prostatite chronique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er juin.)

Rabère (J.). Deux cas de néoplasmes vésicaux à symptomatologie anormale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 juin.)

Socin (A.) et **Burckhardt** (E.). Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. In-8°, 504 p. avec fig. Stuttgart. — Traumatismes et maladies de la prostate.

Van de Velde (T. H.). Behandlung der Cystopyelitis mit Methylenblau. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 juin.)

OPHTALMOLOGIE

Badal. Autoplasties oculaires palpébro-palpébrales et conjonctivo-conjonctivales à pont transbordé. (*Clinique ophtalmol. de Bordeaux*, juin.)

Chtchepinsky (A.). Emploi des sozoiodolates dans la pratique oculistique (en russe). (*Voienno-méd. Journ.*, juin.)

Hirschberg (J.). Eine neue Operation gegen Hornhaut-Kegel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 mai.) — Une nouvelle opération du kératocone.

Kunz (M.). Zur Blindenphysiologie (das Sinnenvicariat). (*Wien. med. Wochensch.*, 24 et 31 mai, 7, 14 et 21 juin.) — Contribution à la physiologie des aveugles (la compensation des sens).

Mazet (C.). Perforation de l'iris; corps étranger de la cristalloïde antérieure. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Rohmer. La prothèse oculaire perfectionnée par les injections sous-conjonctivales de vaseline. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Sulzer. Note sur les verres à la Chamblant. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Terson (A.) et **Lefas** (E.). Lésions de la glande lacrymale palpébrale dans le larmoiement hypersécrétoire. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Yarr (M. T.). Manual of military ophthalmology. In-12, 244 p. Londres.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Harrison (G. T.). The pathogenesis and therapeutics of puerperal eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Jaworski (J.). W sprawie dokonywania embryotomii uwag kilka. (*Gaz. lekarska*, 14 juin.) — Quelques remarques sur l'embryotomie.

Johnson (J. T.). The choice of operations for the relief of retrodisplacements of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Knapp (L.). Grundzüge der gynäkologischen Massagebehandlung. In-8°, 74 p. avec fig. Berlin. — Les principes du massage gynécologique.

Krönig (B.). Ueber die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. In-8°, 102 p. Leipzig. — La signification des affections fonctionnelles du système nerveux pour le diagnostic et le traitement en gynécologie.

Marocco (C.). Ostetricia e ginecologia. Fasc. 1. In-8°, 136 p. Rome.

Murray (Grace P.). Second contribution to the study of ulcerative lesions of the vulva, commonly called lupus or « esthiomène ». (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Newman (H. P.). Hæmostasis of the broad ligament. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Hémostase du ligament large.

Olshausen (R.) et **Veit** (J.). Lehrbuch der Geburtshülfe mit Einschluss der Wochenbettskrankheiten und der Operationslehre. 5e éd. In-8°, 986 p. avec fig. Bonn. — Traité d'obstétrique.

Pauer (C. von). Ein Fall von Uterus duplex separatus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 juin.)

Peterson (R.). Infected ovarian cysts. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Robin (A.) et **Dalché** (P.). Gynécologie médicale; traitement médical des maladies des femmes. 2e éd. In-8°, 555 p. avec fig.

Santi. Tifo in gravidanza; reazione del Widal positiva nella madre e nel feto. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, mars.)

Schücking (A.). Infusion durch die Nabelvene; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 juin.) — Injections [de solutions salines] par la veine ombilicale.

Thomass (W.). Ein Fall von echtem Fibrom der Vulva. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 juin.)

Trendelenburg (F.). Ueber die chirurgische Behandlung der puerperalen Pyämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er avril.)

Ulesko-Stroganowa. Die anatomischen Veränderungen des Eibettes bei der extra-uterinen interstitiellen Schwangerschaft (Graviditas interstitialis intramuralis). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Les altérations du point de fixation de l'œuf dans la grossesse extra-utérine interstitielle.

Vallois (L.). L'accouchement normal (grossesse; accouchement; suites de couches). In-18, 458 p. avec fig.

Villard. Traitement de la rétroversion au moyen des ligaments ronds noués au-devant des muscles droits. (*Province méd.*, 21 juin.)

Vogel (G.). Leitfaden der Geburtshülfe. In-8°, 402 p. avec fig. Stuttgart. — Précis d'obstétrique.

Wagner. Ueber die Therapie bei Gravidität, complicirt durch Carcinom des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Wiener (G.). Ein eigentümlicher Fall von Uteruseinklemmung in ein Pessar. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 avril.) — Un cas singulier de pincement de l'utérus dans un pessaire.

PÉDIATRIE

Ausset. A propos d'un cas d'astasie-abasie chez un enfant de huit ans. (*Echo méd. du Nord*, 22 et 29 juin.)

Baginsky (A.). Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 7e éd. In-8°, 1163 p. Leipzig. — Traité de pédiatrie.

Baudouin (F.). La cirrhose tuberculeuse chez l'enfant. (*Touraine méd.*, juin.)

Bertier (J.). Thrombose du sinus longitudinal supérieur consécutif à une broncho-pneumonie morbilleuse; convulsions; mort. (*Province méd.*, 28 juin.)

Bruch (A.). Généralités sur l'hygiène de la seconde enfance. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, juin.)

Brudzinski (J.). O wielolicznych kostniakach u dzieci (exostosis cartilaginea multiplex; exostoses de croissance). (*Gaz. lekarska*, 31 mai.)

Carrière (G.). Sur un cas de méningisme par auto-intoxication intestinale. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Comandini (P.). Della corea del Sydenham. (*Gazz. degli Osped.*, 22 juin.)

Comby (J.). Traité des maladies de l'enfance. 4e éd. In-8°, 175 p.

Ganghofner. Ueber das Verhältnis von Intubation und Tracheotomie bei der Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 5.)

Joukovsky (W.). Ueber die Wirkung der Cascara sagrada bei Obstipation der Kinder. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 7 et 11 juin.) — Les effets du Cascara sagrada dans la constipation chez les enfants.

Kassowitz (M.). Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. (*Wien. med. Wochensch.*, 31 mai, 7, 14, 21 et 28 juin, 5, 12, 19 et 26 juillet.)

Kramsztyk (J.). Ueber Vergiftung mit Natronlauge bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 5.) — De l'empoisonnement par la soude caustique chez les enfants.

Langer (J.). Zur Beurteilung der Eiweissbefunde im Harne diphtheriekranker Kinder. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 5.) — La signification de l'albuminurie chez les enfants atteints de diphtérie.

Muggia (E.). Antipiretici e mezzi antipiretici nella pratica infantile. In-8°, 44 p. Milan.

Peritz (G.). Die Pseudobulbär- und Bulbärparalysen des Kindesalters. In-8°, 232 p. avec fig. Berlin.

Preisich (K.) et **Schütz** (A.). Infectiosität des Nagelschmutzes bei Kindern in Bezug auf Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 mai.) — L'infectiosité de la crasse sous-unguéale chez les enfants, étudiée au point de vue de la tuberculose.

Reckzeh (P.). Das Verhalten des Blutes bei Masern und Scharlach im Kindesalter. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 1-2 et 3-4.) — L'état du sang dans la rougeole et la scarlatine chez les enfants.

Rittershain (G. von). Erfahrungen über die in den letzten vier Jahren beobachteten Serumexantheme. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 5.) — Des exanthèmes consécutifs aux injections de sérum [antidiphtérique].

Rocaz (Ch.). Indications respectives du tubage du larynx et de la trachéotomie dans le croup. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 juin.)

Scherer (F.). Die Parrot'schen Pseudoparalysen bei angeborener Syphilis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 5.)

Schreiber (E.). Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter. In-8°, 293 p. Wurtzbourg. — Les affections du tube digestif chez les enfants.

Thiemich (M.). Ueber die Functionsfähigkeit der motorischen Rindenfelder beim Säuglinge. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 3-4.) — De l'activité fonctionnelle des zones motrices chez le nouveau-né.

TÉRATOLOGIE

Baudouin (M.). Les monstres doubles autositaires opérés et opérables. (*Rev. de chir.*, mai.)

Brudzinski (J.). Wrodzone nieprawidlowe polozenie serca na pravo (*Dextrocardia*) bez jednoczesnego odwrotnego polozenia tzew u dziecka. (*Gaz. lekarska*, 28 juin.) — Dextrocardie congénitale sans inversion des viscères.

Gigli. Atresia completa congenita della laringe; tracheotomia. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, mars.)

Hönigsberg (Margret). Ein Fall von angeborener Missbildung des Urogenitaltractes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Malformation congénitale de l'appareil génito-urinaire.

Lannois (M.). Deux cas de nanisme achondroplasique chez le frère et la sœur. (*Lyon méd.*, 15 juin.)

Neugebauer (F.). Ueber Vererbung von Hypospadie und Scheinzwittertum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Sur l'hérédité de l'hypospadias et du pseudo-hermaphroditisme.

Quisling (N. A.). Pseudo-Hermaphroditismus femininus externus. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Dench (E. B.). The treatment of thrombosis of the lateral sinus following middle ear suppuration. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Fullerton (R.). Primary gangrene of the tonsils. (*Lancet*, 7 juin.)

Hartmann (A.). Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. 7e éd. In-8°, 323 p. avec fig. Berlin. — Les maladies de l'oreille et leur traitement.

Ivanov (A.). L'extrait surrénal en thérapeutique et, en particulier, dans la pratique oto-rhinologique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 11.)

Jacobson (L.) et **Blau** (L.). Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 3e éd. In-8°, 555 p. avec fig. Leipzig. — Traité d'otologie.

Jones (H. M.). The practitioner's handbook of diseases of the ear and naso-pharynx. 6e éd. In-8°, 384 p. Londres. — Manuel pratique des maladies de l'oreille et du naso-pharynx.

Scheyer (M.). Ueber Erkrankungen des inneren Ohres nach internem Gebrauch von Salicylpräparaten. (*Wien. med. Presse*, 1er juin.) — Les affections de l'oreille interne, consécutives à l'usage interne de préparations salicylées.

Sverjevsky (L.). Emploi de l'air chaud dans le traitement de quelques maladies du nez et de la gorge (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVII, 12.)

Thost (A.). Ueber das Heufieber. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 avril et 6 mai.) — Sur la fièvre des foins.

Ziffer (E.). Ueber Larynxsclerose. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 juin et 5 juillet.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — M. G. Deny : L'agitation, ses causes et son traitement........ 349

QUINZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (tenu à Paris du 20 au 25 octobre 1902). — Chirurgie du cœur et du péricarde ... 352
De l'anesthésie par l'éther..... 353
De la trachéotomie suivie d'insufflation directe comme traitement de la mort apparente au cours de la chloroformisation... 353
Recherches expérimentales sur l'inclusion prothétique de paraffine 353
De la préparation du catgut........... 353
Abcès osseux aberrants consécutifs à l'otite moyenne........... 353
Abcès cérébral otogène........... 353
Carie de la pointe du rocher consécutive à une otite moyenne chronique........... 353
Trépanation de l'apophyse mastoïde au thermocautère........... 353
Destruction complète de la troisième circonvolution frontale gauche, suivie de guérison........... 353
Traitement des cancers de l'arrière-gorge.. 354
Nouveau procédé opératoire dans le décollement de la rétine........... 354

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine*.— Cellulite gommeuse pelvienne simulant une tumeur maligne du petit bassin chez un hérédo-syphilitique........... 354
Des causes de la mort chez les victimes de la seconde éruption volcanique de la Martinique........... 354
De l'énergie de croissance........... 354
Académie des sciences. — Les excitants et les poisons du nerf........... 354
Recherche du formol dans les denrées alimentaires........... 355
Société de chirurgie. — De la prostatectomie. 355
Traitement de l'appendicite........... 355
Société médicale des hôpitaux. — Surdité verbale au cours de la paralysie générale... 355
Thyroïdite pneumococcique chez une basedowienne........... 355
Société de biologie. — Valeur pronostique de l'abaissement du pouvoir lipasique du sérum........... 355
Formule hématologique des purpuras...... 355

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les injections d'eau salée dans le traitement du purpura hémorrhagique........... 355
L'emploi des alcalins à titre d'analgésiques. 356
Un procédé pour faciliter l'introduction de la sonde stomacale........... 356
Traitement de la tuberculose pulmonaire par des frictions médicamenteuses....... 356
Les frictions au savon ordinaire comme moyen de traitement de l'hyperhidrose plantaire........... 356
Traitement de la dilatation atonique de l'estomac par les courants de haute fréquence 356
Le chanvre du Canada comme antihydropique........... 356

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès cérébral otogène........... 353^3
— osseux aberrant consécutif à l'otite moyenne........... 353^3
Agitation........... 349^1
Alcalins comme analgésiques........... 356^1
Anesthésie par l'éther........... 353^1
Appendicite........... 355^1
Botryomycose humaine........... 354^1
Cancers de l'arrière-gorge........... 354^1
Carie de la pointe du rocher consécutive à une otite moyenne........... 353^3
Catastrophe de la Martinique et causes de la mort........... 354^2
Catgut et sa préparation........... 353^2
Cathétérisme de l'œsophage........... 356^1
Cellulite gommeuse pelvienne simulant une tumeur maligne........... 354^1
Chanvre du Canada comme antihydropique.. 356^3
Chirurgie du cœur et du péricarde........ 352^1
Chlorures urinaires et leur rétention........ 355^3
Courants de haute fréquence contre la dilatation atonique de l'estomac........... 356^3
Décollement de la rétine........... 354^1
Destruction complète de la troisième circonvolution frontale gauche, suivie de guérison........... 353^3
Dilatation atonique de l'estomac........... 356^3
Energie de croissance........... 354^3
Ethérisation........... 353^1
Formol et sa recherche dans les denrées alimentaires........... 355^1
Frictions médicamenteuses contre la tuberculose pulmonaire........... 356^2
Goitre exophtalmique et thyroïdite pneumococcique........... 355^2
Hémisection de la moelle par coup de couteau........... 354^1
Hydropisies........... 356^3
Hyperhidrose plantaire........... 356^2
Hypertrophie de la prostate........... 355^1
Inclusions prothétiques de paraffine .... 353^2
Kystes paradentaires du maxillaire inférieur 354^1
Névralgies........... 356^1
Otite moyenne et ses complications........... 353^3
Parabiose des nerfs........... 354^3
Paralysie générale et surdité verbale........ 355^2
Phobie gémellaire........... 355^3
Prostatectomie........... 355^1
Purpura hémorrhagique........... 355^3
Purpuras et leur formule hématologique.... 355^3
Savon ordinaire en frictions contre l'hyperhidrose plantaire........... 356^2
Sérum artificiel contre le purpura hémorrhagique........... 355^3
— sanguin et abaissement de son pouvoir lipasique........... 355^2
Surdité verbale dans la paralysie générale. 355^2
Thyroïdite pneumococcique chez une basedowienne........... 355^2
Trachéotomie suivie d'insufflation directe contre la mort apparente au cours de la chloroformisation........... 353^2
Traitement de la dilatation atonique de l'estomac........... 356^3
— de l'agitation........... 349^1
— de l'appendicite........... 355^1
— de la tuberculose pulmonaire.... 356^2
— de l'hyperhidrose plantaire........ 356^2
— de l'hypertrophie de la prostate... 355^1
— des cancers de l'arrière-gorge... 354^1
— des hydropisies........... 356^3
— des kystes paradentaires du maxillaire inférieur........... 354^1
— des névralgies........... 356^1
— du décollement de la rétine..... 354^1
— du purpura hémorrhagique...... 355^3
Trépanation mastoïdienne au thermocautère. 353^3
Tuberculose pulmonaire........... 356^2

VARIA

Congrès de la Société italienne de médecine interne en 1902.

Le douzième Congrès de la Société italienne de médecine interne se tiendra à Rome du 28 au 31 octobre.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *La thérapeutique intraveineuse;*
2° *La fièvre hystérique;*
3° *Pathogénie des phénomènes toxémiques dans les néphrites.*

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Gaspare D'Urso, professeur à la Faculté de médecine de Turin, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Karl Vymola est nommé privat-docent d'otologie et de rhinologie.

University of Maryland de Baltimore. — Sont nommés professeurs : MM. les docteurs J. Holmes Smith (*anatomie*); Frank Martin et St. Clair Spruill (*clinique chirurgicale*); D. M. R. Culbreth (*matière médicale*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Laroyenne, professeur adjoint de clinique des maladies des femmes à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur J. Bockendahl, professeur extraordinaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur A. Schwendt, privatdocent d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur A. M. Phelps, professeur de chirurgie orthopédique à l'Université de New-York. — M. le docteur Bertram Spencer, professeur de médecine légale à l'Université de Toronto. — M. le docteur John Macdonald, ancien lecteur de matière médicale à l'University of Otago de Dunedin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE MONTPELLIER

Abadie (J.). Des luxations radio-carpiennes traumatiques.

Alexandrowicz (L.-A.). De la résection diaphysaire précoce dans les formes graves d'ostéomyélites aiguës.

Allain (L.). Conservation des cadavres par le formol; avantages et inconvénients de la formolisation en toxicologie.

Andéol (J.). Des intolérances médicamenteuses et alimentaires.

Angheloff (N.). Contribution à l'étude des pleurésies hémorrhagiques cancéreuses par le cytodiagnostic.

Antoine de Taillas (d'). Contribution à l'étude des papillomes de la vessie; leur traitement par la méthode de Nitze.

Aphentoulidès (E.). Contribution à l'étude du syphilome du sein.

Arène (M.). De la création d'un vagin artificiel par les greffes de Thiersch.

Bakardjieff (S.-D.). Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule.

Barbaroux (A.). Des grossesses méconnues.

Barbarroux (T.). Sur l'absorption vésicale.

Bec (F.). De la mortalité des enfants du premier âge dans le département de Vaucluse.

Beulaygue (L.). L'analyse microchimique des médicaments minéraux.

Bire (F.). Contribution à l'étude du diagnostic précoce de la tuberculose; étude clinique et étude thérapeutique du syndrome gastro-intestinal.

Blanc (H.). Contribution à l'étude expérimentale de la mort par submersion.

Blanchon (E.). Du syndrome cardio-vasculaire prétuberculeux.

Blaufus (O.). Contribution à l'étude de la fibrinurie.

Blayac (H.). Du traitement du lupus par l'extirpation.

Bonnet (A.). Des luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil.

Bousquet (A.). Grossesse et accouchement dans l'utérus didelphe.

Brianes (Ch.). Des plaies de l'estomac par armes blanches.

Calas (A.-G.-E.). Contribution à l'étude des syphilis d'emblée.

Cassiau (F.). De l'influence du diabète sucré sur l'appareil génital de la femme.

Chabaud (A.). De la sciatique; de son traitement par les bains thermo-résineux combinés à l'hydrothérapie.

Charlier de Chély (F.). De la résistance à l'asphyxie dans la submersion.

Colas (R.). Céphalalgie de la seconde dentition, improprement appelée céphalalgie de croissance.

Combes (Ph.). Maladie de Friedreich (essai historique, anatomo-clinique et physiologique).

Comte (V.). Etude clinique sur le cancer primitif du pancréas.

oulet (E.). Des fractures du métatarse; leur diagnostic et leurs rapports avec la loi sur les accidents du travail.

Coustan (H.). De la simulation et de l'évaluation des infirmités dans les accidents du travail.

Cubry (E.). Des luxations de l'extrémité inférieure du cubitus compliquant la fracture de Pouteau.

Daphnis (E.). Etude de la vulvo-vaginite chez la jeune fille.

Dauphin (P.). Contribution à l'étude de l'ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants.

Delfino (E.). Contribution à l'étude de la goutte; description d'un nouveau syndrome: l'encombrement rénal.

Denoyés (J.). Les courants de haute fréquence; propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques.

Devèze (R.). Observations cliniques de fièvre typhoïde (épidémie de Nîmes, 1900).

Dikran-K-Zartarian. Etiologie et pathogénie de la pellagre.

Drouet (G.). De la botryomycose.

Dufoix (A.). Les grossesses fantômes.

Duponnois (M.). Contribution à l'étude de l'amputation du col de l'utérus; exposé d'un nouveau procédé de suture.

Endrjéevsky (Mlle). Contribution à l'étude du traitement du tétanos par les injections intra-cérébrales de sérum antitétanique.

Fasso (E.-L.). Quelques considérations sur la pathogénie de l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant.

Fleury (S.). Contribution à l'étude du système lymphatique; structure des ganglions lymphatiques de l'oie.

Follaci (F.-M.). Les eaux sulfureuses de Piétra-Pola (Corse) et leurs propriétés thérapeutiques.

Gaillard (F.). De la prostatite chronique.

Géleskoff (D.). Contribution expérimentale à la connaissance des méthodes propres à déceler dans l'eau le bacille d'Eberth et les variétés du B. coli.

Goiran (E.). De l'eczéma du menton chez le nourrisson.

Goudareau (H.). Du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.

Granal (P.). La néphrite dans le paludisme aigu.

Guelpa (L.). Des nouvelles interventions en cas d'absence plus ou moins complète du rectum avec anus bien conformé.

Guibert (L.). Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie d'origine organique.

Guigues (L.). Contribution à l'étude des fistules urinaires ombilicales par persistance du canal de l'ouraque.

Guiol (E.). La lutte contre la tuberculose et les sanatoria d'Hyères.

Guirauden (Th.). De la putréfaction fœtale *in utero*.

Hitte (L.). Sur le paludisme congénital.

Hostalrich (M.). Du rôle de la syphilis héréditaire en tératologie.

MÉDECINE

Aporti (F.). Contributo allo studio della emoglobinuria parossistica. In-8°, 48 p. Parme.

Becker (W.). A simple and accurate method of outlining the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 juin.) — Un procédé simple et exact de délimitation de l'estomac.

Billings (F.). Clinical manifestations of the early stages of cirrhosis of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 juin.) — Manifestations cliniques précoces de la cirrhose du foie.

Cafiero (C.). Contributo all'eliminazione del fenolo per le urine. (*Clinica moderna*, 4 juin.)

Camerer. Gicht, Rheumatismus und verwandte Krankheiten. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 2 juin.) — La goutte, le rhumatisme et les affections similaires.

Da Costa (J. C.). Clinical hematology, a practical guide to the examination of the blood with reference to diagnosis. In-8°, 474 p. avec fig. Londres.

D'Amato (L.). Su di un caso di calcolosi pancreatica con glicosuria e pentosuria e sulla teoria tossica del diabete. (*Riv. critica di clinica medica*, 28 juin, 5 et 12 juillet.)

Lommel (F.). Klinische Beobachtungen über Herzarhythmie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 3-4 et 5-6.) — Etude clinique de l'arythmie cardiaque.

Rumpf (T.). Untersuchungen über Diabetes mellitus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 3-4.)

Stiller (B.). Zur Lehre der Enteroptose und ihres Costalzeichens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 mai.) — De l'entéroptose et de son signe costal.

Strubell (A.). Ueber refraktometrische Blutuntersuchungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 avril.) — Recherches sur la réfraction du sang.

Struppler (T.). Ueber Pyopneumothorax acutissimus bei inkarzerirter Zwerchfellshernie. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 avril.) — Pyopneumothorax suraigu dans un cas de hernie diaphragmatique étranglée.

Tranquilli (E.). Il metodo Mintz per la ricerca quantitativa dell'acido cloridrico nel secreto stomacale; proposta di modificazione. (*Malpighi*, XXVIII, 6.)

Veyrassat (A.). De la résistance des hématies dans l'anémie pernicieuse et dans les cancers gastriques. (*Lyon méd.*, 22 juin.)

Zeri (A.). Presenza della lipasi in alcuni liquidi patologici; nota preventiva. (*Policlinico*, 14 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Chabade (I.). La diphtérie et le bacille diphtérique dans la scarlatine; contribution à l'étude de l'association de la scarlatine avec la diphtérie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4, 11 et 25 mai, 8 et 29 juin.)

Cochez (A.) et **Lemaire**. Relation de l'épidémie de méningite cérébro-spinale à Alger et dans les environs. (*Arch. gén. de méd.*, mai et juin.)

Colbertaldo (J.). Dell'afasia nel corso della febbre tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 1er juin.)

Comte (H.). Recherches sur l'étiologie de la dysenterie. In-8°, 11 p.

Etienne (G.). Sur un cas de grippe (grippe, appendicite, congestion pulmonaire, impaludisme). (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Giordano (V.). Di una localizzazione di tubercolosi boccale. (*Gazz. degli Osped.*, 8 juin.)

Kermorgant (A.). Maladies épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises au cours de l'année 1900. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Krasmitski (V.). Immunisation antirabique au moyen des injections intravasculaires du virus rabique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Prochaska (A.). Ueber Pneumococcensepsis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 mai.)

Schurrer. Observation d'un cas de farcin chronique guéri à la suite d'un traitement antisyphilitique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.)

Testi (F.) et **Mariotti Bianchi** (G. B.). Le epidemie familiari di malaria secondo le moderne vedute etiologiche. (*Policlinico*, 28 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Brouardel (P.) et **Gilbert** (A.). Traité de médecine et de thérapeutique. T. IX: maladies du cerveau, de l'isthme de l'encéphale, des méninges encéphaliques, de la moelle épinière et des méninges spinales. In-8°, 998 p. avec fig.

Féré (Ch.) et **Francillon** (Mlle). Note sur la fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les aliénés. (*Rev. de méd.*, juin.)

Forel (A.). Der Hypnotismus und die suggestive Psychotherapie. 4e éd. In-8°, 256 p. Stuttgart.

Glorieux. Les formes frustes de tabes dorsalis chez les syphilitiques avérés. (*Policlinique*, 1er juin.)

Personali (S.). La meningo-mielite cronica e la sua cura. (*Riforma med.*, 6 et 7 juin.)

Piltz (J.). O znaczeniu rozpoznawczem nieregularnosci konturów zrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych. (*Gaz. lekarska*, 21 et 28 juin.) — Sur la signification diagnostique des irrégularités du contour des pupilles dans les maladies organiques du système nerveux.

Probst (M.). Zur Anatomie und Physiologie des Kleinhirns. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 3.) — Anatomie et physiologie du cervelet.

Quensel (F.). Zur Kenntnis der psychischen Erkrankungen durch Bleivergiftung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 3.) — Des psychoses saturnines.

Riedinger (J.). Ueber eine Haltungsanomalie bei Hysterie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 avril.) — Sur une attitude anormale dans l'hystérie.

Rothmann (M.). Das Problem der Hemiplegie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 avril et 5 mai.)

Sailer (J.). The unilateral occurrence of Kernig's sign as a symptom of focal brain disease. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — La présence du signe de Kernig d'un seul côté du corps comme symptôme d'une lésion cérébrale en foyer.

Shields (W. G.). Report of 100 cases, all nonmeningitic, examined for Kernig's sign. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Siefert (E.). Ueber die multiple Karzinomatose des Zentralnervensystems. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 mai.)

Soloviev (A.). Un nouveau signe de tétanie (le phénomène du phrénique) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 mai.)

Spielmeyer. Ein Beitrag zur Kenntnis der Encephalitis. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 3.)

Spiller (W. G.). 14 cases of spastic spinal paralysis occurring in one family. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 juin.)

Storch (E.). Einiges zur Function der langen Associationsneurone des Grosshirns. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 21 juin.) — Sur les fonctions du neurone d'association du cerveau.

Stursberg (H.). Ueber das Verhalten des Rachenreflexes bei Hysterischen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 avril.) — L'état du réflexe pharyngien chez les hystériques.

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). Le vertige psychique. (*Rev. de méd.*, mai.)

CHIRURGIE

Mori (A.). Contributo allo studio dei tumori ombelicali. (*Gazz. degli Osped.*, 8 juin.)

Nicoladoni (C.). Horizontale Gastroduodenostomie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 7 juin.)

Nietert (H. L.). The surgery of the heart, with presentation of a case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 mai.) — Un cas de chirurgie du cœur.

Ochsner (A. J.). Clinical observations on the surgery of the gall-bladder. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Chirurgie de la vésicule biliaire.

Patry (E.). Hernie inguinale étranglée; herniotomie; péritonite purulente généralisée vingt-trois jours après la herniotomie; laparotomie; guérison. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Payr (E.). Zur Verwendung der Quetschmethoden in der Darmchirurgie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 5-6.) — De l'entérotripsie.

Perthes (G.). Ueber den künstlich missgestalteten Fuss der Chinesin im Hinblick auf die Entstehung der Belastungsdeformitäten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Sur la déformation artificielle du pied chez la Chinoise, au point de vue de la genèse des déformations par pesanteur.

Phocas (G.). Technique de l'amputation du sein cancéreux. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Price (J.). Operations upon the « green groin ». (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 juin.) — Opérations pour appendicite gangreneuse.

Quénu (E.) et **Judet** (H.). Des rétrécissements fibreux de l'intestin grêle. (*Rev. de chir.*, juin.)

Quervain (F. de). Ueber acute, nicht eiterige Thyreoiditis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — De la thyroïdite aiguë non suppurée.

Reverdin (J.-L.) et **Vallette** (A.). Abcès traumatique du lobe occipital droit avec symptômes cérébelleux; abcès cérébelleux d'origine otique à symptomatologie fruste. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Rostovtzev (M.). La pérityphlite chez les femmes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 et 25 mai.)

Roux. Ueber einige Complicationen und Schwierigkeiten bei der Excision des Processus verm. im Ruhestadium der Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Sur quelques complications et difficultés de l'excision de l'appendice dans l'opération « à froid ».

Rydygier (L.). O leczeniu złośliwych nowotworów odbytnicy. (*Gaz. lekarska*, 14 juin.) — Traitement des tumeurs malignes du rectum.

Schanz (A.). Zur Operation des paralytischen Klumpfusses. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 28 juin.) — Traitement opératoire du pied bot paralytique.

Sherman (H. M.). Suture of heart wounds. (*Med. Record*, 14 juin.) — Suture des plaies du cœur.

Silbermark (M.). Rundes Magengeschwür nach Trauma. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 et 31 mai.) — Ulcère rond de l'estomac consécutif à un traumatisme.

Spellissy (J. M.). Abscesses in the right iliac region, and other lesions not of gynæcologic or appendiceal origin mistaken for appendicitis. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Abcès de la région iliaque droite et autres lésions d'origine non appendiculaire pris pour une appendicite.

Sprengel. Zur Pathologie der Circulationsstörungen im Gebiet der Mesenterialgefässe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Troubles de la circulation dans le domaine des vaisseaux mésentériques.

Springer (C.). Ein neuer Deckverband. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 14 juin.) — Emploi de la paraffine en guise de protective.

Stewart (F. T.). A case of severed spinal cord in which myelorrhaphy was followed by partial return of function. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 juin.) — Section complète de la moelle épinière et myélorrhaphie avec rétablissement partiel des fonctions.

Trinkler (N.). Un cas rare de rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle (en russe). (*Prakt. Vratch*, 6 et 13 avril.)

HYGIÈNE

Anfreville (L. d'). L'hygiène de l'Européen à Madagascar. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Arnould (J. et E.). Nouveaux éléments d'hygiène. 4e éd. 2e partie. In-8°, p. 385 à 1024, avec fig.

Barnsby (D.). Compte rendu des travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité et des conseils d'hygiène d'arrondissement du département d'Indre-et-Loire pendant l'année 1901. In-8°, 301 p. Tours.

Brunton (Sir L.) et **Tunnicliffe** (F. W.). Concerning injurious constituents in whisky and their relation to flavour. (*Lancet*, 7 juin.) — Les éléments nocifs de l'eau-de-vie et leurs rapports avec l'arome.

Causse (H.). Sur la présence des acides gras dans l'eau. (*Lyon méd.*, 1er juin.)

Goupil (P.). Tableaux synoptiques pour l'examen bactériologique de l'eau. In-16, 72 p. avec fig.

Klimowitz. Die Probe-Tuberculininjection zur Abwehr der Tuberculose in der Armee. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.) — L'injection diagnostique de tuberculine comme moyen de prophylaxie de la tuberculose dans l'armée.

Legge e regolamento, contenenti disposizioni per diminuire le cause della malaria. In-8°, 14 p. Rome. [Publ. du ministère de l'intérieur italien.]

Lemanski. Hygiène du colon ou vade-mecum de l'Européen aux colonies. In-8°, 693 p. avec fig.

Malméjac (F.). L'alimentation en eau potable des armées en campagne. In-18, 36 p.

Platon et **Sepet**. Hygiène de la femme (enfant, jeune fille, femme, mère et aïeule). In-8°, 270 p.

Proskauer et **Conradi**. Ein Beitrag zur Desinfection von Tierhaaren mittels Wasserdampfes. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.) — Désinfection des poils d'animaux au moyen de la vapeur d'eau.

Reynaud (G.). Stérilisation de l'eau par la solution bromée (procédé de Schumburg). (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (G.). Accidents du travail; de l'évaluation des infirmités permanentes. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Crothers (T. D.). Morphinism and narcomanias from other drugs; their etiology, treatment and medico-legal relations. In-8°, 352 p. Londres.

De Dominicis (A.). Contributo alla dimostrazione dell'arsenico. (*Morgagni*, fév.)

Glaister (J.). Text-book of medical jurisprudence, toxicology, and public health. In-8°, 842 p. avec fig. Londres.

Pactet (F.) et **Colin** (H.). Les aliénés dans les prisons (aliénés méconnus et condamnés). In-16, 172 p.

Poore (G. V.). Treatise on medical jurisprudence. 2e éd. In-8°, 560 p. avec fig. Londres.

Raffaele (A.). Propedeutica di tossicologia sperimentale applicata all'azione dei veleni sugli animali e sull'uomo. In-8°, 253 p. Naples.

Sarda (G.). Recherches expérimentales sur l'état du contenu cardiaque dans la mort par asphyxie mécanique. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bass (H. T.). Report of 5 cases of asthma treated with silver nitrate injections. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 juin.)

Boix (E.). Technique des injections des huiles iodée et bromée. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Brieger (L.). Ueber Ischiasbehandlung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 mai.)

Campanella (G.). Le iniezioni ipodermiche di atropina nell'asma. (*Gazz. degli Osped.*, 22 juin.)

Cash (J. T.) et **Dunstan** (W. R.). Pharmacology of pseudaconitine and japaconitine, considered in relation to that of aconitine. In-4°, 56 p. Londres.

Chiadini (M.). Il valore immunizzante del siero antidifterico studiato a diversi periodi di tempo dalla preparazione. (*Gazz. degli Osped.*, 1er juin.)

Choulguine (K.). Traitement de la malaria par la teinture d'iode (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juin.)

Combemale et **Chabert** (de). La santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes et contre les névralgies. (*Écho méd. du Nord*, 29 juin.)

De Renzi (E.). Ein Beitrag zur medicamentösen Behandlung der Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 mai.)

Engel (C. S.). Ueber die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 mai.)

Fischer (L.). General treatment of measles. (*Med. Record*, 12 avril.) — Traitement général de la rougeole.

Geraldini (A.). Contributo allo studio delle applicazioni terapeutiche della gelatina. (*Gazz. degli Osped.*, 22 juin.)

Gilardoni (A.). Ricerche sull'azione fisiologica e terapeutica del *veratrum viride*. In-8°, 45 p. Pavie.

Göbel (W.). Zur Serumbehandlung der Basedow'schen Krankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 mai.)

Goldscheider (A.) et **Jacob** (P.). Handbuch der physikalischen Therapie. T. II, 2e partie. In-8°, 661 p. avec fig. Leipzig.

Jodlbauer. Kann man eine Jodwirkung bei Arteriosklerose pharmakologisch begründen? (*Münch. med. Wochensch.*, 22 avril.) — Comment doit-on interpréter l'action de l'iode dans l'artériosclérose au point de vue pharmacologique?

Ladyschenski (M.). Beitrag zur Frage der forcirten Ernährung abdominaltyphöser Kranker. (*Wien. med. Presse*, 25 mai et 1er juin.) — La suralimentation des typhoïdisants.

Meczkowski (W.). W sprawie leczenia tezca surowicą. (*Gaz. lekarska*, 7 juin.) — Traitement du tétanos par le sérum [antitétanique].

Ochérovsky (L.). Le lavage de l'estomac comme moyen de traitement des vomissements incoercibles (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril et mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoën (16. Jahrgang, 1900). 1re partie. In-8°, 400 p. Leipzig. — Compte rendu des progrès réalisés dans l'étude des microbes pathogènes pendant l'année 1900.

Bowhill (T.). Manual of bacteriological technique and special bacteriology. 2e éd. In-8°, 340 p. avec fig. Londres.

Debrand (L.). Sur un nouveau procédé de culture du tétanos [2e mémoire]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Eisenberg (P.) et **Volk** (R.). Untersuchungen über die Agglutination. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.)

Jesensky (J.). Bakterielní antagonismus v dutině ústní a jeho význam pro lidský organismus. (*Časopis lékařů českých*, 21 juin.) — L'antagonisme des bactéries dans la cavité buccale et sa signification pour l'organisme humain.

Snel (J.). Der Untergang von Milzbrandbacillen in der normalen Lunge. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.) — La destruction des bacilles du charbon dans le poumon normal.

22e ANNÉE. — N° 44. Vingt centimes le numéro. 29 OCTOBRE 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

LA PREMIÈRE CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE ET L'ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES SUR CETTE MALADIE, par M. le docteur L. Cheinisse............ 357

MÉDECINE PRATIQUE. — La levure de bière dans le traitement des fièvres éruptives et de l'érysipèle.............. 359

QUINZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (tenu à Paris du 20 au 25 octobre 1902). — Résultats de la gastro-entérostomie par les divers procédés.............. 360
Diagnostic et traitement de l'appendicite... 361
Chirurgie du foie.............. 361
De l'intervention chirurgicale dans les coups de feu de l'estomac.............. 361
Traitement du tétanos.............. 362
Anus artificiel et entéro anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale...... 362
Adénite iliaque tuberculeuse compliquée d'occlusion intestinale.............. 362
Trois cas d'ablation du cæcum.............. 363
Des rapports de certaines tumeurs incluses avec le côlon pelvien.............. 363
De la compatibilité de l'existence avec des résections étendues de l'intestin grêle.... 363
Cure radicale des hernies inguinales....... 363
Indications et contre-indications de l'opération de Delorme.............. 363
Incision postérieure dans l'empyème....... 363
La hernie inguinale de la vessie.......... 363
Méthode rationnelle de castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule... 363
Le traitement de la tuberculose de l'épididyme et du testicule.............. 363
La néphrotomie dans le traitement de l'anurie calculeuse.............. 364
Grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal incomplet.............. 364
Hystérectomie abdominale pour fibromes.. 364
Fibromes des ovaires et des ligaments larges.............. 364
De la tumeur blanche sous-astragalienne... 364
Effets du redressement manuel du pied bot congénital.............. 364
Transplantations musculo-tendineuses pour pieds bots d'origine paralytique.......... 364
La transplantation des tendons dans les cas de paralysie de la cuisse.............. 364
Sur l'amputation interscapulo-thoracique dans le traitement des tumeurs malignes de l'omoplate.............. 364
Cals vicieux de l'articulation tibio-tarsienne 364

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès profond de la paroi abdominale, suite de la kélotomie.............. 363^{2}
Ablation du cæcum.............. 363^{1}
Adénite iliaque tuberculeuse compliquée d'occlusion intestinale.............. 362^{3}
Amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes de l'omoplate.......... 364^{3}
Anévrysme du creux poplité et son extirpation.............. 364^{1}
Anurie calculeuse.............. 364^{1}
Appendicite.............. 361^{1}
Boiteries et raccourcissements consécutifs à la coxalgie.............. 364^{3}
Cals vicieux de l'articulation tibio-tarsienne. 364^{3}
Chirurgie du foie.............. 361^{2}
Coups de feu de l'estomac.............. 361^{3}
Empyème.............. 363^{2}
Erysipèle.............. 359^{3}
Fibromes des ovaires et des ligaments larges 364^{1}
— utérins.............. 364^{1}
Fièvres éruptives.............. 359^{3}
Fistule ombilicale externe d'origine omphalo-mésentérique.............. 363^{2}
Gastro-entérostomie et ses résultats........ 360^{3}
Grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal incomplet.............. 364^{1}
Hématome de l'arrière-cavité des épiploons. 362^{1}
Hernie inguinale bilatérale congénitale avec ectopie testiculaire intra-inguinale.............. 364^{1}
— — de la vessie.............. 363^{2}
Hernies inguinales.............. 363^{1}
Hystérectomie abdominale pour fibromes... 364^{1}
Levure de bière contre les fièvres éruptives et l'érysipèle.............. 359^{3}
Néphrotomie contre l'anurie calculeuse...... 364^{1}
Occlusion intestinale.............. 362^{3}
Opération de Delorme, ses indications et contre-indications.............. 363^{2}
Pancréatite suppurée.............. 362^{1}
Paralysie de la cuisse.............. 364^{2}
Pied bot congénital et son redressement manuel.............. 364^{2}
Pieds bots d'origine paralytique.......... 364^{2}
Résections étendues de l'intestin grêle et leur compatibilité avec l'existence........ 363^{1}
Sérothérapie du tétanos.............. 362^{1}
Tétanos.............. 362^{1}
Torsion du cordon spermatique.............. 364^{1}
Traitement de l'anurie calculeuse.............. 364^{1}
— de la paralysie de la cuisse..... 364^{2}
— de l'appendicite.............. 361^{1}
— de la tuberculose.............. 357^{1}
— — de l'épididyme et du testicule.............. 363^{3}
— de l'empyème.............. 363^{2}
— de l'érysipèle.............. 359^{3}
— de l'occlusion intestinale........ 362^{3}
— des fibromes utérins.............. 364^{1}
— des fièvres éruptives.............. 359^{3}
— des hernies inguinales.............. 363^{1}
— des pieds bots d'origine paralytique.............. 364^{2}
— des plaies de l'estomac par armes à feu.............. 361^{3}
— des tumeurs malignes du testicule.............. 363^{3}
— du tétanos.............. 362^{1}
Transplantation des tendons dans la paralysie de la cuisse.............. 364^{2}
Transplantations musculo-tendineuses pour pieds bots d'origine paralytique.......... 364^{2}
Tuberculose.............. 357^{1}
— de l'épididyme et du testicule.. 363^{3}
Tumeur blanche sous-astragalienne.......... 364^{1}
Tumeurs incluses et leurs rapports avec le côlon pelvien.............. 363^{1}
— malignes du testicule.............. 363^{3}

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Athènes. — M. le docteur G. Phocas, agrégé à la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Hugo Ribbert, professeur à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. J. Orth.

Faculté de médecine de Lund. — M. le docteur Jürgen Detlef Oelrich est nommé docent de médecine.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur A. Grigorjev, professeur extraordinaire de médecine légale, est nommé professeur ordinaire.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur A. I. Moïsséiev, privatdocent, est nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Vinogradov.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Frébault, ancien député de Paris. — M. le docteur Silviano Brandao, vice-président élu de la République des Etats-Unis du Brésil. — M. le docteur Ramiro Affonso Monteiro, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bahia. — M. le docteur Arborio Maraccino, privatdocent de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Morris J. Asch, ancien professeur d'otologie et de laryngologie à New York Policlinic and Hospital. — M. le docteur John Byrne, ancien professeur de gynécologie à Long Island College Hospital de Brooklyn. — M. le docteur James W. May, professeur d'ophtalmologie et d'otologie au College of Physicians and Surgeons de Kansas City.

AVIS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE MONTPELLIER

Imbert (A.). De l'extirpation par la voie buccale des kystes dermoïdes médians du plancher sublingual.

Jourdan (E.). De l'influence du rêve sur le délire (essai de psycho-physiologie).

Jullian (U.). Contribution à l'étude du traitement de l'exstrophie de la vessie.

Koroléeff. Contribution à l'étude des corps étrangers organiques des articulations, d'origine traumatique.

Lelong (J.). De l'intervention chirurgicale dans l'hystérie.

Loloff (A.-V.). Etiologie, diagnostic et traitement des suppurations pelviennes d'origine utéro-annexielles.

Malosse (H.). De quelques constantes physiques de l'urine.

Marion (A.). De la sténose pylorique.

Martin (E.-J.). Contribution à l'étude expérimentale de la vaccination antirabique; essai d'immunisation par la substance nerveuse rabique modifiée par le séjour en glycérine.

Martre (J.). De l'influence de l'électricité statique sur la vie organique.

Marty (L.). La cécité et ses causes dans la région de Montpellier.

Massol (A.). De l'association de la médication cacodylique à la médication iodo-hydrargyrique dans la syphilis.

Maurin (J.). De la colotomie iliaque dans le traitement du cancer du rectum.

Merel (V.). Recherches sur l'action anticoagulante des extraits d'organes.

Michoff (M.). Contribution à l'étude de quelques formes de la tuberculose chez l'enfant.

Montamat (E.). Contribution à l'étude des kystes gærtnériens du col utérin.

Moulis (L.). De la coxa vara symptomatique d'arthrite sèche.

Nouveau (J.-H.). Contribution à l'étude de l'opothérapie splénique dans le traitement de la cachexie palustre.

Orssaud (P.). Contribution à l'étude des myopathies.

Pancrazi (A.). De la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne.

Peloux (A.). Des plaies de l'œsophage.

Perrier (J.). Etude comparative des greffes humaines et des greffes animales.

Petit (J.-L.). Sur le traitement des fractures simples de la rotule et, en particulier, des fractures transversales.

Pétroff (P.). Cancer du pavillon de l'oreille.

Pommier (G.). Considérations sur une épidémie de fièvre scarlatine, en particulier au point de vue de la toux et de quelques phénomènes respiratoires.

Pozzo-di-Borgo-Molinier. Contribution au traitement de l'éclampsie.

Quiot (D.). Des inclusions fœtales de la région sacro-coccygienne.

Rabéjac (J.). Du chlorure d'éthyle en anesthésie générale.

Rakotosaona. Le riz; son véritable rôle alimentaire.

Ravelonahina. Des causes de la dépopulation à Madagascar et des moyens d'y remédier par la puériculture.

Révérend du Mesnil (J.). L'ichthyose chez l'enfant; contribution à l'étude de l'ichthyose vulgaire.

Riey (L.). Hypertrophie de la prostate et prostatectomie.

Riqué (L.). Sur les divers modes de traitement électrique des névrites.

Robbaz (L.). Accidents produits par le naphtol camphré en injections interstitielles et intra-cavitaires.

Sabeva (Mlle). Néphrite et chlorose.

Scialom (D.). Associations névroso-organiques (hystérie et neurasthénie).

Ségelle (J.). Vésicatoire et leucocytose.

Soderlindh (E.). L'aspiration-succion dans l'extraction myopique du cristallin.

Soukostavska (Mlle). De l'hémorrhagie utérine au cours de la fièvre typhoïde.

Spiridonoff (I.). Les calculs de l'urèthre chez l'homme.

Stéphan (P.). De l'hermaphrodisme chez les vertébrés.

Tiché (P.). Hernies propéritonéales.

Triol (R.). De l'entérocolite muco-membraneuse au cours de l'appendicite chronique.

Trizlintzeff (V.). Contribution à l'étude de la coqueluche anormale du nourrisson.

Vedel (Ch.). Contribution à l'étude des méningites cérébro-spinales aiguës.

Veyrune. Contribution à l'étude de la tuberculose du pubis.

Vinsonneau (Mlle M.). Etude statistique sur la mortalité infantile à Montpellier de 1892 à 1901; déductions étiologiques et prophylactiques.

Vismard (P.). De l'insomnie; ses causes et son traitement.

Volpelière (P.). Gonococcie des annexes.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Dydynski (L.). Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych peczków rdzenia kregowego. (*Gaz. lekarska*, 31 mai et 7 juin.) — Contribution à l'étude de l'origine de quelques faisceaux de la moelle épinière.

Hughes (A. W.). Manual of practical anatomy. Part 3: Head, neck and central nervous system. In-8°, 406 p. Londres. — Anatomie de la tête, du cou et du système nerveux central.

Kaplan (L.). Nervenfärbungen (Neurokeratin, Markscheide, Axencylinder). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXV, 3.) — Coloration du système nerveux.

Rauber (A.). Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 6e éd. T. Ier. In-8°, 921 p. avec fig. Leipzig.

Roncoroni (L.). Le fibre amieliniche pericellulari e peridendritiche nella corteccia cerebrale. (*Riforma med.*, 25 et 27 mai.)

Spiller (W. G.). Ueber den directen ventrolateralen Pyramidenstrang. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.)

PHYSIOLOGIE

Doyon (M.) et **Morel** (A.). La lipase existe-t-elle dans le sang normal? (*Lyon méd.*, 8 juin.)

Hall (I. W.). The purin bodies of food stuffs; their estimation, action, and significance. In-8°, 108 p. avec fig. Manchester, Sherratt et Hughes. — Les « purines » des substances alimentaires; leur dosage, leur action et leur signification.

Heinz (R.). Zur Lehre von der Function der Milz. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.) — Les fonctions de la rate.

Lhoták (K.). O fysiologické kontrakture. (*Casopis lékaru ceskych*, 14 juin.)

Pekelharing (C. A.). Over den invloed van alcohol op de afscheiding van maagsap. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 avril.) — L'influence de l'alcool sur la sécrétion du suc gastrique.

Stefani (U.). Comment se comporte le muscle sphincter de l'iris à la suite de l'atropinisation prolongée de l'œil. (*Arch. ital. de biol.*, XXXVII, 1.)

Zunz (E.). Weitere Untersuchungen über den Verlauf der peptischen Eiweissspaltung. (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, II, 10, 11 et 12.) — Nouvelles recherches sur l'évolution du dédoublement peptique des albumines.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abramow (S.). Zur Casuistik der syphilitischen Erkrankung des Gefäss-Systemes. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.) — Lésions syphilitiques du système vasculaire.

Fränkel (E.). Ueber Knochenmark und Infektionskrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 avril.) — La moelle osseuse dans les maladies infectieuses.

Frassi (A.). La degenerazione nucleinica degli eritrociti nella tubercolosi polmonare. (*Clinica moderna*, 11 juin.)

Gaylord (H. R.) et **Aschoff** (L.). The principles of pathological histology. In-8°, 359 p. avec fig. Londres.

Hamilton (Alice). The pathology of a case of poliencephalomyelitis. (*Journ. of Med. Research*, juin.)

Mannini (C.). Di una rara forma di adenocarcinoma cistico del fegato. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juin.)

Reichardt (M.). Zur pathologischen Anatomie der Chorea minor. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 5-6.)

Schwalbe (E.) et **Solley** (J. B.). Die morphologischen Veränderungen der Blutkörperchen, speciell der Erythrocyten bei der Toluylendiamin-Vergiftung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.) — Les altérations morphologiques des globules sanguins, et, en particulier, des érythrocytes, dans l'intoxication par la toluylendiamine.

Zollikofer (R.). Ueber den Befund von Protagon-haltigen Körnern bei Probepunktionen des Thorax und über das Vorkommen derselben in Tumoren und andern Affektionen der Lunge. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Des corpuscules à myéline dans les ponctions exploratrices du thorax, et de la présence de ces corpuscules dans les tumeurs et autres affections du poumon.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Blum (F.). Weitere Mitteilungen zur Lehre von dem Nebennierendiabetes. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, XC, 11 et 12.) — Nouvelle contribution à l'étude du diabète surrénal.

Blumreich (L.). Ueber den Einfluss totaler Urinverhaltung auf den Organismus gravider und nichtgravider Tiere; ein 2. Beitrag zur Eklampsiefrage. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 2.) — De l'influence de la rétention complète d'urine sur l'organisme des femelles pleines ou non.

Brunner (K.). Experimentelle Untersuchungen über die durch Mageninhalt bewirkte Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Recherches expérimentales sur la péritonite provoquée par le contenu stomacal.

Jacobelli (F.). Sulle infezioni renali ascendenti. (*Gazz. internazion. di med. pratica*, 30 avril.)

Le Damany (P.). Quelques recherches sur les résultats produits par l'introduction de pièces métalliques dans les os en voie de développement. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 2.)

Vignolo (Q.). Un contributo sperimentale all'anatomia e fisiopatologia dell'aneurisma arterio-venoso. (*Policlinico*, partie chir., IX, 5 et 7.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Beard (J.). Embryological aspects and etiology of carcinoma. (*Lancet*, 21 juin.)

Haig (A.). Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten. (Trad. de l'anglais par M. Bircher-Brenner.) In-8°, 647 p. avec fig. Berlin. — L'acide urique comme facteur des maladies.

Heinz (R.). Der Uebergang von Blutkörperchen-Giften auf Fœten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.) — Le passage des poisons des globules sanguins de la mère au fœtus.

Hirsch (C.) et **Beck** (C.). Studien zur Lehre von der Viscosität (inneren Reibung) des lebenden menschlichen Blutes; 2. Mitteilung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 5-6.) — Contribution à l'étude de la viscosité du sang humain vivant.

Levin (I.). The influence of the spleen on natural or acquired hemolytic properties of bloodserum. (*Journ. of Med. Research*, juin.) — L'influence de la rate sur les propriétés hémolytiques naturelles ou acquises du sérum sanguin.

Loeb (L.). Further investigations in transplantation of tumors. (*Journ. of Med. Research*, juin.)

Moak (H.). On the occurrence of carcinoma and tuberculosis in the same organ or tissue. (*Journ. of Med. Research*, juin.) — Sur la coexistence du cancer et de la tuberculose dans les mêmes organes ou les mêmes tissus.

Nösske (H.). Zur Frage der Krebsparasiten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Les parasites du cancer.

Prutz (W.) et **Ellinger** (A.). Ueber die Folgen der Darmgegenschaltung; zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Indicanurie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) —Mouvements antipéristaltiques de l'intestin et indicanurie.

Sacerdotti (C.) et **Frattin** (G.). Ueber die heteroplastische Knochenbildung; experimentelle Untersuchungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.) — Sur la formation hétéroplastique de tissu osseux.

Seligmann (C. G.) et **Dudgeon** (L. S.). Eosinophilia associated with hydatid disease. (*Lancet*, 21 juin.)

MÉDECINE

Döring (H.). Ueber Eventratio diaphragmatica. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 5-6.)

Edsall (D. L.). A remarkable case of coma, apparently due to acid intoxication *sui generis*. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 juin.)

Emerson (Ch. P.). Der Einfluss des Carcinoms auf die gastrischen Verdauungsvorgänge. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 5-6.) — L'influence du cancer sur la digestion gastrique.

Faber (K.). Appendicitis obliterans. (*Hospitalstidende*, 27 août et 3 sept.)

Fiquet. De l'azote urinaire. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

Guerra (A.). Cryoscopia medica. In-8°, 186 p. avec fig. Porto.

Jung (F.). The frequency of heredity in gastroenteric disturbances. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Levi Bianchini (M.). Emorragia cerebrale idiopatica e precoce. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 juillet.)

Pedrazzini (I.). La fatica ed il gozzo. (*Clinica medica italiana*, fév.) — Fatigue et goitre.

Pereira (M.). A dôr no ponto de vista medico. (*Brazil-medico*, 8, 15 et 22 juillet.) — La douleur au point de vue médical.

Reale (E.). Caso clinico d'indacuria (glaucuria). (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, mars.)

Robinson (B.). Tuberculous pericarditis, followed by remarks upon paracentesis and incision. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Simon (Ch. E.). Observations on the nature of the Bence Jones albumin. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Sötbeer (F.) et **Krieger**. Ueber Phosphaturie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 5-6.)

Testi (A.). La patogenesi neurotrofica dell'ulcera gastrica. (*Gazz. medica italiana*, 15, 22 et 29 mai.)

Ughetti (G. B.). Sopra due casi di edema essenziale periodico. (*Clinica moderna*, 18 juin.)

Zunz (E.). A propos de la recherche du sucre dans l'urine au moyen de la phénylhydrazine. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 10 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Berg (A.) et **Libman** (E.). A case of systemic infection by a paracolon bacillus probably secondary to typhoid fever, with the clinical picture of acute cholecystitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 juin.)

Coleman (W.) et **Buxton** (B. H.). Paratyphoid infections. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Giacomelli (G.). Infezione tifosa e peritonite tubercolare. (*Clinica moderna*, 11 juin.)

Lemann (I.). The differential diagnosis of typhoid and malarial fevers, with especial reference to the occurrence of both diseases in the same patient, with report of cases. (*Med. Record*, 28 juin.)

Leoni (O.). L'infezione vaccinica studiata nella sua patogenesi e nelle sue manifestazioni locali e generali. (*Policlinico*, 21 juin.)

Rosales (N.) et **Olano** (J. M.). Apuntes sobre tuberculosis; observaciones de varios casos tratados por el procedimiento de Murphy. In-8°, 96 p. avec fig. San Salvador.

Tambacopoulo (D.). De la peste et particulièrement de l'épidémie de Zagazig en 1901. In-8°, 179 p. avec graphiques. Alexandrie.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alurralde (M.). Consideraciones fisiopatológicas sobre un caso de neuritis sensorial (anosmia). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Bailey (P.). Certain clinical types of brain syphilis. (*Med. Record*, 21 juin.) — Quelques formes cliniques de la syphilis cérébrale.

Brüning (H.). Zur Kasuistik der Tumoren im 4. Ventrikel. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 6.)

Crocq (J.). Un cas de polynévrite avec psychose. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Dubois. Radiculäre Lähmung im Bereiche der Sacralwurzeln. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Paralysie radiculaire dans le domaine des racines sacrées.

Freeborn (H.) et **Mercier** (C. A.). Temporary reminiscence of a long-forgotten language during the delirium of broncho-pneumonia. (*Lancet*, 14 juin.)

Gording (R.). Chorea electrica (Henoch); physostigmin. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.)

Gowers (Sir W. R.). Epilepsie. (Trad. de l'anglais en allemand par M. Weiss.) 2e éd. In-8°, 336 p. Vienne.

Heldenbergh. Spasme tonique involontaire et intermittent du cou. (*Belgique méd.*, 5 juin.)

Jung (C. G.). Zur Psychologie und Pathologie sogenannter occulter Phänomene; eine psychiatrische Studie. In-8°, 121 p. Leipzig, O. Mutze.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Aberastury (M.). Linfangioma circunscripto de la piel. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Bergh (R.). Om tatoveringer hos fruentimmer af den offentlige og hemmelige prostitution. (*Hospitalstidende*, 17 sept.) — Du tatouage chez les prostituées.

Brito Foresti (J.). Acrodermatitis supurativas. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.)

Bühler (F.). Der Aussatz in der Schweiz. 1re partie. In-8°, 72 p. Zurich. — La lèpre en Suisse.

Camaggio (F.). Un caso d'isterismo sifilitico diagnosticato chirurgicamente. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 1er juin.)

Corlett (W. T.). A treatise on the acute infectious exanthemata. In-8°, 392 p. avec planches. Londres.

Di Tommasi (E.). Contributo clinico alla cura della sifilide con le iniezioni di cacodilato jodo mercurico. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 juillet.)

Galloway (J.). Necrosis of the skin, associated with disorder of the circulation. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juin.) — Nécrose de la peau, associée à des troubles de la circulation.

CHIRURGIE

Abrahams (E. J.). Over de verwijderde gevolgen der tracheotomie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 juillet.) — Résultats éloignés de la trachéotomie.

Aubeau (A.). Hydropisie sacculaire et tumeurs liquides de la région inguino-crurale. (*Clinique gén. de chir.*, avril.)

Battle (W. H.). Early peritonitis. (*Lancet*, 14 juin.) — Péritonite précoce [dans l'appendicite].

Beckmann (R.). Ein neuer Dampfsterilisator für chirurgische und bakteriologische Zwecke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Une nouvelle étuve à vapeur.

Bertelsmann. Ueber bacteriologische Blutuntersuchungen bei chirurgischen Eiterungen, mit besonderer Berücksichtigung des Beginns der Allgemeininfection. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Examen bactériologique du sang dans les suppurations chirurgicales, surtout dans l'infection généralisée au début.

Biagi (N.). Dei processi di riparazione delle ossa craniche in rapporto ai metodi di cranioresezione più comunemente usati; nota preventiva. (*Policlinico*, partie chir., IX, 7.)

Blecher. Ueber Ileus, bedingt durch seltenere Formen von Volvulus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Occlusion de l'intestin par volvulus à formes rares.

Carwardine (Th.). The fixation of moveable kidney by means of strong carbolic acid; six cases. (*Lancet*, 28 juin.) — Emploi de l'acide phénique concentré dans la néphropexie.

Coen (G.). Ferita penetrante dell'addome con fuoriuscita di 30 cent. del tenue; ferite nel tenue e nel mesenterio; laparotomia dopo circa 10 ore dall'accidente; guarigione. (*Clinica chirurgica*, mai.)

Cohn (M.). Ein Fall von protrahirter Chloroformwirkung mit tötlichem Ausgange. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Un cas de mort par chloroformisation.

Davis (Th. G.). Value of methylene blue in operating on fistulous tracts. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 juin.)

Eiselsberg (von). Zur operativen Behandlung grosser Rectum-Prolapse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.)

Engels (W.). Eine neue Oberschenkelprothese. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Un nouvel appareil de prothèse pour la cuisse.

Franke (F.). Ueber operative Behandlung der chronischen Obstipation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.)

Gevaert (G.). Un cas de subluxation du poignet (subluxation de Madelung ou luxation progressive des adolescents de Kirmisson). (*Rev. d'orthopédie*, sept.)

Göbell (R.). Ein Beitrag zur sogenannten Autoplastik nach der Radicaloperation des Carcinoma mammae. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.)

Gouin. Accidents du travail; difficultés de pratique médicale; simulation d'un traumatisme. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

Heidenhain (L.). Ueber Darmverschluss und Enterostomie bei Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Occlusion intestinale et entérostomie en cas de péritonite.

Herman. Guérison de deux cas de spina bifida par interposition d'un os décalcifié. (*Rev. chir. belge*, juin.)

Herz (P.). Die Tuberculose der Schambeinsymphyse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Tuberculose de la symphyse pubienne.

Hildebrandt. Ueber die Bauchverletzungen durch Kleinkalibergeschosse und ihre Behandlung im Felde. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Des lésions abdominales par armes à feu de petit calibre et de leur traitement sur le champ de bataille.

Horwitz (O.). Analysis of 96 operations for the relief of tuberculosis of the testicle. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 juin.)

Jaffé (M.). Zur Symptomatologie der Rückenmarkstumoren. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — La symptomatologie des tumeurs de la moelle épinière.

Janssen (P.). Zur Lehre von der Dupuytrenschen Fingercontractur, mit besonderer Berücksichtigung der operativen Beseitigung und der pathologischen Anatomie des Leidens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.)

Jenckel (A.). Beitrag zur Kenntnis der Knochensarkome des Oberschenkels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Les ostéosarcomes du fémur.

Kappeler (O.). Meine Erfahrungen über Magenresection wegen Carcinom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Résection de l'estomac pour cancer.

Stöltzing (W.). Trommelschlegelfinger mit Atrophie der Endphalangen. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 avril.) — Doigts en baguettes de tambour avec atrophie des phalangettes.

Vulpius (O.). Zur Kenntnis der intramuskulären Knochenbildung nach Trauma. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 3.) — Formations osseuses intramusculaires, consécutives aux traumatismes.

Wassermann (M.). Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei einigen chirurgischen Erkrankungen, insbesondere bei Appendicitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 avril et 6 mai.) — Les leucocytes dans quelques affections chirurgicales et, en particulier, dans l'appendicite.

Weiss et **Frœlich**. De la luxation congénitale de l'omoplate (à l'occasion d'un cas personnel). (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.)

Wolff (J.). Ueber ostale Sehnenplastik. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mai.) — Fixation directe des tendons aux os.

OPHTALMOLOGIE

Holth (S.). Kineskopi; en ny metode til bestemmelse af öiets refraktion. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.)

Savage (G. C.). Ophthalmic myology : A systematic treatise on the ocular muscles. In-8°, 589 p. Nashville.

Theobald (S.). Observations upon recent methods of treating corneal ulcers, with especial reference to the use of carbolic acid as a not infrequent substitute for the actual cautery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Veasey (C. A.). Primary syphilitic optic neuritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Welt (Mlle L.). Thrombose der Arteria centralis retinae, unter dem Bilde der sogenannten Embolie verlaufend; mit anatomischer Untersuchung. (*Arch. f. Augenheilk.*, XLI, 4.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bland-Sutton (J.). The diseases of women. 3e éd. In-8°, 527 p. avec fig. Londres. — Les maladies des femmes.

Chaleix-Vivie (M.). Un cas de chancre syphilitique du vagin chez une femme enceinte; dystocie cervicale; grandes incisions du col; sutures ultérieures. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, juin.)

Coen (G.). Le cisti del paraovario e la loro torsione sul peduncolo. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, mars.)

Dudley (E. C.). A new method of treating the broad ligament stumps in vaginal hysterectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 juin.) — Un nouveau procédé de traitement des pédicules des ligaments larges dans l'hystérectomie vaginale.

Gigli (L.). Sinfisiotomia classica e taglio lateralizzato del pube. (*Clinica moderna*, 25 juin.)

Ingerslev (E.). Den puerperale mortalitet i Provinsbyerne og Köbenhavn for tidsrummet 1860-1899. (*Ugeskrift for Læger*, 29 août et 5 sept.)

Moulonguet (A.). Grossesse gémellaire extra et intra-utérine. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

Pluyette (E.). Thérapeutique des fibromyomes utérins. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

PÉDIATRIE

Ausset (E.). Sur quatre cas d'infantilisme par hypothyroïdie secondaire. (*Echo méd. du Nord*, 15 juin.)

Björkstén (M.). Ein Fall von congenitaler Dilatation des Colon bei einem Kinde. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 6.)

Geissler (G.). Ueber varicöse Erweiterung der Hirnsinus bei einem Kind mit congenitalem Defekte im Herzventrikelseptum. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 6.) — Dilatation variqueuse des sinus crâniens chez un enfant atteint d'une malformation congénitale de la cloison interventriculaire.

Guida (T.). La malattia di Riga o produzione sottolinguale; etiologia e patogenesi; profilassi. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, mars-avril et mai-juin.)

Morse (J. L.). The renal complications of the acute diarrheas of infancy. (*Med. News*, 7 juin.)

Ogston (A.). A new principle of curing clubfoot in severe cases in children a few years old. (*Brit. Med. Journ.*, 21 juin.) — Un nouveau point dans le traitement des cas graves de pied bot chez les jeunes enfants.

Szontagh (F. von). Beiträge zur Kenntnis der scarlatinösen Gelenkentzündungen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LV, 6.) — Contribution à l'étude des arthrites scarlatineuses.

Zangger. On the treatment of incipient bronchopneumonia in infants. (*Lancet*, 28 juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Galatti (D.). Das Intubationsgeschwür und seine Folgen. In-8°, 128 p. avec fig. Vienne. — L'ulcère consécutif au tubage du larynx et ses suites.

Lack (H.). Treatment of chronic suppuration in the frontal sinus. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.)

Lartigau (A. J.) et **Nicoll** (M.). A study of hyperplasia of the pharyngeal lymphoid tissue (adenoids), with especial reference to primary tuberculosis of the pharyngeal tonsil. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Theisen (C. F.). A case of intratracheal colloid struma; operation; recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Trifiletti (A.). Sulla contrattura delle corde vocali in taluni casi di « posizione mediana delle stesse ». (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 janv.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Alba Carreras (J.). Importancia médico-legal de las heridas incisas en ciertas regiones de la cabeza. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.) — Importance médico-légale de certaines plaies traumatiques de la tête apparemment guéries.

Audibert (V.). Hyperleucocytose et résistance des globules blancs aux colorants dans un empoisonnement par le bichromate de potasse. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

Barraja (A.). Intoxications occasionnées par des produits employés dans l'économie domestique. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

Crépin. Un cas d'intoxication arsenicale par la bière anglaise. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

Masini (M. U.). Sulla resistenza e sul comportamento della sostanza colloide tiroidea di fronte ai processi putrefattivi. (*Policlinico*, partie méd., IX, 7.)

Pfister (H.). Strafrechtlich-psychiatrische Gutachten als Beiträge zur gerichtlichen Psychiatrie. In-8°, 379 p. Stuttgart. — Les expertises psychiatriques dans leurs rapports avec le droit pénal.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Blondel (P.). A propos des albuminuriques et des diabétiques; les bons effets du régime végétarien. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

Gauthier (G.). Les médications thyroïdiennes. In-8°, 227 p.

Goldsborough (B. W.). A contribution to the treatment of pneumonia with antipneumococcic serum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 juin.)

Hare (H. A.). A new method of treating the morphine and alcohol habits. (*Med. News*, 7 juin.)

Howitz (F.). Om behandling af cancer med frysning. In-8°, 40 p. Copenhague. — La réfrigération par les pulvérisations de chlorure d'éthyle comme moyen de traitement des cancers.

Ingals (E. F.). On the immunization treatment of hay fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 juin.) — Immunisation à l'égard de la fièvre de foin.

Keay (J. H.). The medical treatment of gall stones. In-8°, 126 p. avec fig. Londres. — Traitement des calculs biliaires.

King (A. F.). The fluorescence of quinine and other remedies in the cure of malarial fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Manicatide (Elena). Seroterapia in tusea convulsiva. (*Spitalul*, 1er avril.)

Ortner (N.). Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten. 3e éd. In-8°, 946 p. Berlin. — Leçons de thérapeutique médicale.

Osborne (O. T.). Therapeutic uses of the organic extracts. (*Med. News*, 12 juillet.)

Penzoldt (F.) et **Stintzing** (R.). Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 3e éd. T. Ier. In-8°, 674 p. avec fig. Iéna. — Traité de thérapeutique médicale.

Possetto (G.). Rassegna dei nuovi medicamenti chimici. 4e éd. In-16, 253 p. Turin.

Reale (E.). Influenza delle alte dosi di alcalini nel diabete mellito. (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, juillet.)

Reich (N.). Die Abortivbehandlung der Tuberculose mittels überhitzter trockener Luft. (*Pest. med.-chir. Presse*, 22 et 29 juin.) — Traitement abortif de la tuberculose par l'air sec surchauffé.

Serafini (A.). Ueber die endovenösen Injektionen von Aetzsublimat; einige Betrachtungen und einige Experimente. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 avril.)

Thrush (M. C.). An investigation of Solanum carolinense, with reference to its special value in the treatment of epilepsy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 mai.)

White (W. H.). Materia medica, pharmacy, pharmacology, therapeutics. 7e éd. In-12, 676 p. Londres.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Albert-Weil (E.). Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic. In-16, 335 p. avec fig.

Bordier (H.). Effets de la galvanofaradisation rythmée sur la nutrition et le développement du muscle de l'homme. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Cohn (T.). Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. 2e éd. In-8°, 166 p. avec fig. et planches. Berlin.

Dessauer (F.). Ueber eine neue Erfindung auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 4 juin.) — Un perfectionnement de la technique de la radiographie.

Leredde. Mode d'action des agents physiques faisant partie du domaine de l'électricité médicale dans le traitement des lupus. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Marie (T.). Quelques remarques pratiques sur l'emploi de l'arc électrique en photothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Turner (D.). A manual of practical medical electricity : The Röntgen rays and Finsen light. 3e éd. In-8°, 416 p. Londres.

BACTÉRIOLOGIE

Abbott (A. C.) et **Gildersleeve** (N.). The etiological significance of the acid-resisting group of bacteria, and the evidence in favor of their botanical relation to bacillus tuberculosis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.) — Le rôle étiologique des bactéries résistant à l'action décolorante des acides et leurs rapports avec le bacille de la tuberculose.

Buxton (B. H.). A comparative study of the bacilli intermediate between B. coli communis and B. typhosus. (*Journ. of Med. Research*, juin.)

Cacace (E.). Sulle variazioni morfologiche del bacillo della peste in rapporto ad agenti chimici. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei medici e natural.*, XII, 2.)

Frost (W. D.). A laboratory guide in elementary bacteriology. 2e éd. In-8°, 355 p. avec fig. Madison.

Hiss (Ph. H.). New and simple media for the differentiation of the colonies of typhoid, colon, and allied bacilli. (*Journ. of Med. Research*, juin.)

Jacobi (J.). Ueber das Erscheinen von Typhusbacillen im Urin. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 5-6.)

Kayser (H.). Die Einwirkung des Traubenzuckers auf verschiedene Lebensäusserungen des Staphylococcus pyogenes (Virulenz, Hämolysin u. s. w.). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.) — L'influence exercée par le sucre de raisin sur les diverses manifestations vitales du staphylocoque pyogène (virulence, hémolysine, etc.).

Lemos (J.). Sobre el cocobacilo de la bronconeumonia. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Michaelis (L.). Ueber Degenerationsformen von Pneumokokken in pleuritischen Exsudaten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 mai.)

Morax (V.) et **Marie** (A.). Action de la chaleur sèche sur les spores et la toxine tétanique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Neumann (R. O.). Bakteriologische Untersuchungen gesunder und kranker Nasen, mit besonderer Berücksichtigung des Pseudodiphtheriebacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 1.) — Recherches bactériologiques sur les fosses nasales à l'état sain et malade, surtout au point de vue du bacille pseudodiphtérique.

Sorgente (P.). Ricerche cliniche e sperimentali sopra un caso di meningite cerebro-spinale in un bambino di 40 giorni; contributo alla biologia del meningococco. (*Policlinico*, partie méd., IX, 7, 8 et 9.)

Williams (Anna W.). Persistence of varieties of the bacillus diphtheriæ and of diphtheria-like bacilli. (*Journ. of Med. Research*, juin.)

22e ANNÉE. — N° 45. Vingt centimes le numéro. 5 NOVEMBRE 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE D'APRÈS LES TRAVAUX DE LA CONFÉRENCE DE BERLIN, par M. le docteur L. Cheinisse.............. 365

BULLETIN. — L'insuffisance de la docimasie pulmonaire hydrostatique dans les cas où il existe des germes dans la cavité utérine.............................. 366

DOUZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE (tenu à Rome du 28 au 31 octobre 1902). — La thérapeutique intraveineuse 367
Le sérum névrotoxique...................... 368
Secousses rythmiques de la tête dans l'hypertension artérielle 368
L'action physiologique des ferments et des antiferments du sérum sanguin.......... 368
L'introduction d'oxygène dans l'intestin contre la péritonite tuberculeuse 369

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de chirurgie.* — Traitement de l'appendicite.............. 369
Néphrotomie pour calcul rénal, avec suture immédiate du rein, sans drainage 369
Société médicale des hôpitaux. — Sur le tabes hérédo-syphilitique...................... 369
Le traitement du tétanos par la méthode de Baccelli.............................. 369
Méningite cérébro-spinale traitée avec succès par les ponctions lombaires 370
Société de biologie. — Bactériologie des cholécystites.............................. 370
Sur un cas de morve humaine 370
Monoplégies diphtériques expérimentales.. 370

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Sur l'excès de travail biologique imposé à l'organisme des nourrissons par l'allaitement artificiel.................. 370
Lettres d'Autriche. — Des perceptions visuelles subjectives chez le sujet normal......... 371
Lymphosarcomatose des ganglions du médiastin.................................. 371
Rétrécissements intestinaux multiples d'origine tuberculeuse 371
Polymyosite aiguë consécutive à la coqueluche..................................... 371

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications anglaises.* — Le signe de Kernig unilatéral comme symptôme d'une lésion cérébrale en foyer 371
Sarcome du mésentère; résection de trois mètres d'intestin grêle; guérison......... 371
Une opération pour cystocèle 371

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement ambulatoire des ulcères variqueux par la « botte élastique »................................ 372
Un nouveau procédé de traitement de la mort apparente du nouveau-né............ 372
Les injections épidurales de sérum artificiel dans le traitement de la névropathie urinaire.................................... 372
Un procédé pour faire des sutures séparées avec un même fil et une aiguille ordinaire 372
Les insufflations d'ozone contre l'otite moyenne chronique sèche 372
L'usage interne de l'acide phénique dans le traitement de la grippe chez les enfants.. 372

HYGIÈNE SCOLAIRE. — Instruction ministérielle concernant la prophylaxie de la tuberculose dans les écoles en France.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide phénique à l'intérieur contre la grippe infantile 372³
— — en injections contre le tétanos 369³
Allaitement artificiel et excès de travail biologique qu'il impose au nourrisson........ 370²
Appendicite................................ 369¹
Calculs rénaux............................. 369²
Cancer de l'estomac avec épanchement chyliforme 370¹
Cholécystites et leur bactériologie.......... 370¹
Coqueluche et polymyosite.................. 371²
Cystocèle.................................. 371³
Docimasie pulmonaire hydrostatique......... 366³
Ferments et antiferments du sérum sanguin. 368³
Gripppe infantile........................... 372³
Hypertension artérielle et secousses rythmiques de la tête 368³
Injections intraveineuses.................... 367¹
— épidurales de sérum artificiel contre la névropathie urinaire.................. 372²
Lésions cérébrales en foyer et signe de Kernig unilatéral 371³
Lymphosarcomatose des ganglions du médiastin.................................... 371¹
Méningite cérébro-spinale 370¹
Monoplégies diphtériques expérimentales... 370²
Mort apparente du nouveau-né.............. 372²
Morve humaine 370¹
Néphrotomie sans drainage pour calcul rénal 369²
Névropathie urinaire 372²
Otite moyenne chronique sèche............. 372³
Oxygène dans l'intestin contre la péritonite tuberculeuse 369¹
Ozone en insufflations contre l'otite moyenne chronique sèche 372³
Perceptions visuelles subjectives chez le sujet normal................................ 371¹
Péritonite tuberculeuse..................... 369¹
Petit pectoral et son absence............... 370¹
Polymyosite aiguë consécutive à la coqueluche.. 371²
Ponctions lombaires contre la méningite cérébro-spinale 370¹
Résection étendue de l'intestin............. 371³
Rétrécissements de l'intestin, d'origine tuberculeuse.................................. 371²
Sarcome du mésentère et résection étendue de l'intestin............................. 371³
Secousses rythmiques de la tête dans l'hypertension artérielle.................... 368³
Sérum névrotoxique......................... 368³
Signe de Kernig unilatéral et lésions cérébrales en foyer 371³
Sutures à points séparés et leur technique.. 372³
Tabes hérédo-syphilitique................... 369²
Tétanos.................................... 369³
Traitement de la cystocèle.................. 369³
— de la grippe infantile........... 372³
— de la méningite cérébro-spinale . 370¹
— de la mort apparente du nouveau-né.............................. 372²
— de la névropathie urinaire....... 372²
— de la péritonite tuberculeuse.... 369¹
— de l'appendicite................ 369¹
— de l'otite moyenne chronique sèche............................... 372³
— des calculs rénaux.............. 369²
— des ulcères variqueux.......... 372¹
— du tétanos..................... 369³
Tuberculose de l'intestin avec rétrécissements multiples 371²
— et sa prévention............... 365¹
Ulcères variqueux.......................... 372¹

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Friedrich Kraus, professeur à la Faculté de médecine de Gratz, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. K. Gerhardt, décédé.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Hentze est nommé privatdocent d'odontologie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur J. H. Rille, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine d'Innsbruck, est nommé professeur de dermatologie et de syphiligraphie, en remplacement de M. Riehl.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Constantin Pavlinov, professeur extraordinaire de clinique thérapeutique, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Otto Grosser (*anatomie*); Roland Grassberger (*hygiène*).

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur Burkhardt est nommé privatdocent de chirurgie.

College of Physicians and Surgeons de Baltimore. — M. le docteur Harry Friedenwald est nommé professeur d'ophtalmologie et d'otologie, en remplacement de M. Aaron Friedenwald, décédé.

College of Physicians and Surgeons de New-York. — M. le docteur Walter B. James est nommé professeur de médecine, en remplacement de M. Delafield, démissionnaire.

Laval University de Montréal. — M. le docteur T. Parizeau est nommé professeur de pathologie externe.

HYGIÈNE SCOLAIRE

Instruction ministérielle concernant la prophylaxie de la tuberculose dans les écoles en France.

La commission instituée, au ministère de l'instruction publique de France, en vue d'étudier les mesures à prendre pour éviter la contagion de la tuberculose dans les établissements publics d'enseignement, a émis les vœux suivants :

a) Que des instructions concernant la prophylaxie de la tuberculose dans les écoles soient portées à la connaissance de toutes les autorités préposées par les lois et règlements à la direction, à l'inspection, à la surveillance de tous les établissements d'instruction, à quelque ordre qu'ils appartiennent;

b) Qu'une affiche indiquant les notions élémentaires sur la préservation contre la tuberculose dans les écoles soit envoyée à tous les chefs d'établissement d'instruction publique et posée, par leurs soins, dans les classes, études et lieux de réunion; que la même affiche soit également mise à la disposition de tous les directeurs d'établissements privés ou libres.

Le ministre a adopté ces vœux et a pris, en conséquence, les dispositions que voici :

1° Dans tous les internats primaires ou secondaires, chaque élève aura une fiche sanitaire contenant les indications suivantes : le poids corporel, la taille et le périmètre thoracique. Ces indications devront être consignées, tous les trois mois, à date fixe.

Ces fiches seront tenues au courant et conservées par le médecin de l'établissement;

2° Une affiche contenant des prescriptions relatives à l'hygiène individuelle et à la salubrité des locaux scolaires devra être apposée dans les classes, études et lieux de réunion de tous les établissements publics d'enseignement;

3° Des mesures, proposées par la Commission, seront appliquées à tous les établissements scolaires publics; elles se trouvent énumérées et développées dans l'instruction ministérielle que nous publions ci-dessous.

La prophylaxie de la tuberculose dans les écoles comporte un ensemble de mesures ayant pour but :

1° Les unes, d'assurer à l'organisme, par la salubrité du milieu et par une bonne hygiène individuelle, la force qui lui permettra de résister aux atteintes, toujours possibles, du bacille de la tuberculose;

2° Les autres, d'éviter les risques de contamination, non seulement par l'observation rigoureuse des règles de la salubrité domestique, et de l'hygiène individuelle, mais encore par l'éloignement des malades atteints de lésions contagieuses de tuberculose.

L'étude de ces mesures prophylactiques doit donc envisager tour à tour le milieu scolaire et le personnel des écoles.

LE MILIEU SCOLAIRE

EXTERNATS. — La plupart des mesures préconisées par la Commission ont été déjà appliquées à Paris et dans quelques grandes villes : il n'est donc pas impossible de les appliquer ailleurs et d'en adapter les dispositions essentielles aux écoles les plus modestes.

Elles s'adressent à tous les établissements d'enseignement, à quelque ordre qu'ils appartiennent.

Construction : Tous les bâtiments scolaires doivent recevoir en abondance l'air et la lumière. Il ne doit y avoir dans le voisinage des écoles aucun établissement susceptible de leur être nuisible.

Il importe au plus haut point que le *sol* des locaux scolaires (bois, carrelages, etc...) puisse être lavé fréquemment à grande eau, sans nuire à sa solidité, et que l'écoulement de l'eau soit facilité par une pente suffisante : l'eau de lavage se rendra directement à l'égout ou, par des caniveaux, dans les ruisseaux de la route.

Les matériaux utilisés pour la construction du sol doivent donc avoir pour qualités essentielles d'être lisses, imperméables et résistants : lisses, afin que les poussières ne puissent ni adhérer à leur surface, ni pénétrer, ni séjourner dans leurs interstices; imperméables, afin que le lavage puisse en être fait à de fréquents intervalles; résistants, afin que le lavage et le brossage ne puissent les détériorer.

Dans les écoles nouvelles, on devra, dès la construction, employer, pour la structure du sol, des matériaux réunissant ces trois qualités essentielles.

Dans les écoles anciennes, on devra remplacer les planchers usés par ces mêmes matériaux (1).

Pour éviter, s'il y a lieu, le refroidissement, on pourra placer sous les pieds des élèves, des *planches mobiles*, faciles à soulever, quel qu'en soit d'ailleurs le système, et dont le nettoyage sera facile à faire et à contrôler.

Les *murs* doivent, eux aussi, pouvoir être lavés fréquemment à grande eau : la peinture à l'huile se prête aisément à ce lavage, et peut être, à peu de frais, refaite à de fréquents intervalles.

Aménagement; mobilier scolaire : Il est essentiel que *sièges* et *tables* puissent être facilement lavés dans leur totalité et dans leurs parties.

On évitera donc, autant que possible, l'usage des pupitres auxquels on devra préférer les tables simples. Au cas où les pupitres seraient indispensables, on adoptera ceux dont la forme facilite le nettoyage. Sièges, tables et pupitres seront supportés par des pieds de fonte, sans ornements ni moulures.

Les *amphithéâtres* doivent être construits de telle façon que les dessous ne puissent rien recevoir et puissent aisément être nettoyés; ils seront supportés par des colonnes en fonte simples et faciles à laver.

Toute salle d'école sera, dès la construction, munie d'un *poste d'eau* qui desservira à la fois un lavabo et un crachoir. Dans ce dernier seront mises des solutions désinfectantes (2) qui devront y séjourner dans l'intervalle des lavages. On pourra ainsi, sans inconvénient, en évacuer le contenu dans les égouts, et, grâce au poste d'eau qui le desservira, en effectuer le lavage une fois par jour.

Ardoises, crayons et porte-plumes : Les écoliers ont l'habitude de porter à leur bouche leurs crayons et leurs porte-plumes, de laver leurs ardoises avec de la salive, ou même d'y passer directement la langue. On doit sévèrement leur interdire ces pratiques, toujours malpropres et parfois dangereuses.

Ardoises, crayons et porte-plumes doivent, en tous cas, toujours être individuels et personnels à chaque élève.

Les *livres* ayant appartenu à des tuberculeux seront soumis à une désinfection efficace (3), ainsi que cela doit se faire pour les livres ayant appartenu à des élèves atteints de maladies transmissibles.

Dans les *écoles maternelles*, la même éponge ou le même linge ne pourront jamais servir à plusieurs élèves.

Entretien : L'aération devra se faire en toutes saisons par la large ouverture des portes et des fenêtres, durant l'intervalle des heures de classe.

Jamais on ne devra balayer à sec; le balayage à sec est inefficace et dangereux : inefficace, parce qu'il déplace les poussières mais ne les enlève pas; dangereux, parce qu'il soulève et répand dans l'atmosphère les poussières fréquemment chargées de germes morbides et, en particulier, de bacilles de la tuberculose. *Le balayage à sec doit donc être formellement interdit.*

On lui substituera, dans tous les cas, le balayage quotidien pratiqué avec la *sciure de bois humide* qui empêche les poussières de se soulever et de se disséminer (4), ou bien le nettoyage au moyen d'une toile humide (5).

(1) On peut utiliser, pour la structure du sol, par exemple : le grès-cérame, les carreaux, les pavés de verre ou de bois hermétiquement jointoyés.

(2) On peut employer comme solutions désinfectantes, par exemple : le lysol, l'eau de javelle, la solution phéniquée à 5 %, l'eau formolée à 2 %. Toutes ces solutions devront être mises hors de la portée des élèves. Celles qui sont incolores devront être teintées en bleu.

(3) Cette désinfection peut se faire, par exemple, par le séjour des livres ouverts en éventail, pendant vingt-quatre heures, dans une caisse close, en présence de formol.

(4) On sème, sur la surface à nettoyer, la sciure de bois imbibée d'eau, puis on balaie, en poussant devant soi, sans la soulever, la sciure humide à laquelle adhère la poussière. Après chaque balayage, la sciure, avec la poussière et les impuretés qu'elle aura ramassées, sera détruite par le feu.

(5) On peut se servir soit de serpillières humides, c'est-à-dire de toile à laver, soit encore du *faubert*, sorte de balai fait avec de vieux cordages et dont on se sert, dans la marine, pour laver et nettoyer les navires.

Chaque semaine, on devra, en outre, nettoyer, laver et brosser le sol.

Chaque année, à Pâques et aux grandes vacances, les murailles devront être lavées.

Lorsqu'une salle d'école est utilisée pour les cours d'adultes, on exigera des auditeurs le respect des règles de l'hygiène, et, en particulier, on leur interdira de cracher à terre.

Il est désirable que l'école ne serve pas aux réunions publiques; lorsqu'il sera impossible d'éviter ce grave inconvénient, on devra, après toute réunion et avant la rentrée des élèves, faire laver à grande eau et brosser le sol, par les soins de la municipalité et aux frais de la commune.

INTERNATS. — *Classes et études :* Les mesures générales de salubrité domestique ci-dessus prescrites pour les externats s'appliquent également à la salubrité et à l'hygiène des classes et des études dans les internats.

Dans les *études*, on devra périodiquement et fréquemment procéder au lavage extérieur des armoires à livres. Chaque année, aux vacances, on en fera le lavage intérieur, ou bien on en refera les peintures.

Aucun *livre* provenant d'un élève tuberculeux ou même simplement suspect ne pourra être donné à un autre élève, sans avoir été préalablement soumis à une désinfection efficace, pratiquée dans les conditions précédemment prescrites.

Une pratique recommandable serait de soumettre chaque année, pendant les vacances et durant un certain nombre de jours, les dépôts de livres à la désinfection par le formol.

Réfectoires : Sol et *murailles* doivent pouvoir être facilement et fréquemment lavés. Le sol doit toujours être carrelé : on mettra sous les pieds des élèves une planche mobile qui, chaque jour, pendant le lavage du sol ou son nettoyage au faubert, sera déplacée et lavée.

Il ne doit pas y avoir, dans le réfectoire, de réservoir *ouvert* d'eau potable. Tout réservoir doit être couvert de façon à ce que les poussières ne puissent pas y tomber.

Les couverts, après chaque repas, seront lavés à l'eau bouillante.

On ne devra jamais donner aux élèves de *lait* qui n'ait été préalablement soumis à l'ébullition.

A chaque réfectoire devra être annexé un *lavabo*, aménagé dans une salle spéciale, et où les élèves devront se laver les mains avant de se mettre à table.

Dortoirs : On ne doit réunir, dans un *dortoir commun*, que les tout jeunes enfants, qu'il est ainsi plus aisé de surveiller d'une façon constante. Encore le lavabo doit-il être distinct du dortoir et doit-il être chauffé.

On doit, au contraire, éviter de réunir dans un dortoir commun les élèves âgés de douze à treize ans; passé cet âge, *chaque élève doit avoir sa chambre* et chaque chambre doit avoir son lavabo permettant les soins plus complets et plus intimes de la toilette.

La nécessité de ces chambres individuelles s'impose plus particulièrement dans les écoles normales, et surtout dans les écoles normales de jeunes filles.

A défaut de cette organisation, il faut au moins aménager le lavabo de telle façon que les élèves puissent s'isoler pour faire leur toilette intime.

On doit rigoureusement exiger des élèves et contrôler l'exécution minutieuse des *soins de la toilette* dont l'importance est capitale pour la conservation de la santé. Non seulement on doit veiller avec soin à ce que la figure, les dents, les mains et les pieds soient maintenus en état constant de propreté, mais encore la *toilette intime* doit être soigneusement faite chaque jour dans les internats, et en particulier dans les internats de jeunes filles.

L'usage fréquent des *bains* et surtout des *bains-douches* doit être particulièrement recommandé.

Dortoirs communs pour les tout jeunes enfants, ou chambres individuelles pour les enfants plus âgés et pour les adolescents, auront un sol en plancher non ciré que l'on nettoiera au moyen du faubert, ou que l'on balayera en se servant de la sciure humide. Les murs seront peints à l'huile, de façon à pouvoir être lavés. On proscrira l'époussetage des murs et du mobilier.

On ne mettra pas de tapis de passage; mais

chaque lit pourra être pourvu d'une descente. Il n'y aura pas de rideaux de lit, et on mettra aux fenêtres des rideaux qui pourront être facilement et fréquemment lavés.

Privés : Les privés doivent être construits, aménagés et entretenus de façon telle que les élèves puissent en faire usage commodément, décemment, sans répugnance. Lorsqu'ils sont malpropres, les élèves répugnent à s'y rendre, ce qui favorise les désordres fonctionnels de l'intestin et de l'estomac, cause fréquente de l'affaiblissement de l'organisme.

Le bon aménagement et l'entretien minutieux des privés sont donc des facteurs importants de la conservation de la santé; aussi ne doit-on négliger rien de ce qui peut assurer leur parfaite salubrité.

LE PERSONNEL SCOLAIRE

LES MAITRES. — Nul ne doit pouvoir être admis comme maître dans un établissement d'enseignement, de quelque ordre qu'il soit, s'il n'a préalablement subi un examen médical.

Cet examen médical doit avoir pour sanction l'élimination de tous les candidats chez lesquels il aura révélé l'existence de lésions tuberculeuses des poumons.

Il importe donc de soumettre les candidats à la visite médicale avant qu'ils aient acquis aucun droit.

Lorsque la tuberculose apparaîtra chez un maître, il conviendra de le mettre en inactivité avec traitement soumis à la retenue, pendant le temps nécessaire à sa guérison.

Il ne pourra être admis à reprendre ses fonctions qu'après un examen médical.

Cet examen médical doit être imposé à toute personne suspecte de tuberculose, et l'on doit également imposer aux malades toute mesure prophylactique jugée nécessaire à la préservation de son entourage (usage du crachoir individuel; mise en congé...).

La fréquence de la tuberculose chez les jeunes filles des écoles normales et chez les professeurs-femmes nécessite une application particulièrement rigoureuse des règles précédentes.

LES SERVITEURS. — Les règles précédentes s'appliquent au personnel des serviteurs. Nul ne doit être admis comme serviteur dans un établissement d'enseignement s'il n'a été soumis à un examen médical à l'entrée. Cet examen médical doit être renouvelé chaque fois qu'un serviteur sera suspect de tuberculose.

Tout serviteur tuberculeux doit être rigoureusement éliminé du service des établissements d'enseignement.

LES ÉLÈVES. — La tuberculose pulmonaire ouverte, contagieuse, est relativement rare chez l'enfant. On peut donc aisément prendre des mesures à l'égard des écoliers atteints de telles lésions.

Aucun enfant atteint de lésions tuberculeuses ouvertes contagieuses (lésions suppurées ouvertes des os ou des ganglions, lésions pulmonaires ouvertes avec toux et expectorations chargées de bacilles) ne doit être admis à l'école.

Dans les écoles primaires, l'instituteur signalera les suspects à l'inspecteur primaire qui fera procéder à leur examen médical.

Dans les internats, chaque élève doit avoir une *fiche sanitaire individuelle* portant indication trimestrielle du poids, de la taille et du périmètre thoracique.

Lorsque les données de cet examen indiqueront un développement défectueux de l'enfant, il y aura lieu de faire procéder à son examen médical et d'avertir sa famille.

On consignera sur cette fiche sanitaire toutes les indispositions dont l'élève sera atteint.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

CHIRURGIE

Moynihan. Hour-glass stomach. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.) — L'estomac en sablier.

Nicoll (J. H.). Spina bifida; its operative treatment amongst out-patients. (*Brit. Med. Journ.*, 21 juin.)

Nitzsche (E.). Magenblutung bei Appendicitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Gastrorrhagie dans l'appendicite.

Palleroni (G.). I varî metodi anestesici e loro indicazioni. In-8°, 275 p. Naples.

Payr (E.). Ueber Darmdivertikel und durch sie erzeugte seltene Krankheitsbilder. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Les diverticules de l'intestin et les états morbides rares provoqués par leur présence.

Peugniez. De la résection du foie. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

Rehn. Ueber die Behandlung infectiös eitriger Processe im Peritoneum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Traitement des péritonites purulentes.

Rotgans (J.). Gastro-enterostomia ypsiliformis antecolica anterior. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 juin.)

Sahli. Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.)

Schaldemose (V.). Et tilfælde af bronchialglandeltuberkulose med perforation til bronchus, helbredet ved tracheotomi. (*Hospitalstidende*, 28 mai.)

Schrader. Zur Kenntnis pulsierender Plexusgeschwülste in der Fossa supraclavicularis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Contribution à l'étude des tumeurs pulsatiles du creux sus-claviculaire.

Seidelin (H.). Et tilfælde af malign tumor i glandula thyreoidea med undersögelse af hypophysis cerebri. (*Hospitalstidende*, 14 mai.)

Smith (E. N.). Some practical points in the treatment of congenital torticollis. (*Lancet*, 28 juin.)

Sneguireff (W.). Ueber einen Fall von Hydronephrocystoneostomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.)

Stimson (L. A.). Combined transverse and longitudinal incision in median laparotomy, with the object of preventing ventral hernia. (*Med. Record*, 28 juin.)

Tansini (I.). Die Splenectomie und die Talma'sche Operation bei der Banti'schen Krankheit. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bandler (S. W.). On the etiology, histology and usual course of ectopic gestation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév., mars, mai, juin et juillet.)

Blau (A.). Beiträge zur Klinik und operativen Behandlung der Ovarialtumoren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Busse (O.). Ueber die Bildung der Haematocelen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Sur la formation des hématocèles.

Cleveland (C.). The Alexander operation. (*Amer. Gynecol.*, juillet.)

Davenport (F. H.). Retrodisplacements of the uterus; non-operative treatment. (*Amer. Gynecol.*, juillet.)

Delagénière (H.). De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle; 2 observations. (*Arch. provinc. de chir.*, mai.)

Hennig (C.). Die Myxome der Ovarien. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 juillet.)

Krönig. Gleichzeitiges Vorkommen von Uterus- und Magencarcinom; abdominelle Totalexstirpation des Uterus, Gastrectomie mit Gastrojejunostomose. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Coexistence d'un cancer de l'utérus avec un cancer de l'estomac.

Libow (B.). Beitrag zur Lehre von den intrauterinen Injectionen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2, 5, 9 et 12 juillet.)

Mangin. Traitement des fibromes utérins. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Podciechowski (A.). Nowy sposob ratowania noworodkow urodzonych w smierci pozornej. (*Kronika lekarska*, 1er juin.) — Un nouveau procédé de traitement de la mort apparente du nouveau-né.

Praguer Fróes (Francisca). Cypho-escoliose e gravidez. (*Gaz. med. de Bahia*, mai.)

Rommel (R.). Spontane Ruptur der Scheide mit colossalem Darmvorfall. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Rupture spontanée du vagin avec prolapsus énorme de l'intestin.

Schultz (Mme M.). Hygiène génitale de la femme. In-18, 351 p. avec fig.

Vineberg (H. N.). A new method of operating for obstinate cases of rectovaginal fistulæ. (*Med. Record*, 7 juin.)

Volterrani (G.). Colpo-perineoplastica. (*Clinica moderna*, 4 juin.)

Williams (J. G.). Dysmenorrhea. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 juin.)

Wychgel (G. J.). Onderzoekingen over het pigment der huid, en de urine gedurende de zwangerschap. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 sept.) — Recherches sur le pigment de la peau et des urines au cours de la grossesse.

HYGIÈNE

Burgerstein (L.) et **Netolitzky** (A.). Handbuch der Schulhygiene. 2e éd. In-8°, 997 p. avec fig. Iéna. — Traité d'hygiène scolaire.

Desgrez (A.) et **Balthazard** (V.). Nouvelle méthode de régénération de l'air confiné à l'aide du bioxyde de sodium; application à l'homme et aux animaux. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Lewis (C. J.) et **Balfour** (A.). Public health and preventive medicine. In-8°, 680 p. avec fig. Londres.

Newsholme (A.). Hygiene : A manual of personal and public health. 2e éd. In-8°, 356 p. avec fig. Londres.

Ruffer (M. A.) et **Zachariades Bey** (C.). On some results obtained by disinfection and isolation against cholera. (*Brit. Med. Journ.*, 12 juillet.)

Schneidemühl (G.). Die animalischen Nahrungsmittel; ein Handbuch zu ihrer Untersuchung und Beurteilung. Fasc. 4 et 5. In-8°, p. 577 à 1011, avec fig. Vienne. — Les aliments d'origine animale.

Tirado (A. O.). Estudio demográfico sanitario del departamento de Ovalle (Chile) en el decenio de 1890 á 1899. In-8°, 38 p. Ovalle.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Comba (D.). Di una cura sistematica della tossiemia nelle malattie infettive acute mediante il bicloruro di mercurio; note preventive. (*Morgagni*, août.)

Herz (M.). Lehrbuch der Heilgymnastik. In-8°, 638 p. avec fig. Vienne. — Traité de gymnastique médicale.

Hofmann (J.). Ueber die Anwendung des Kampfers bei Morphium-Entziehung. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — L'emploi du camphre dans le traitement de la morphinomanie.

Jousset (P.). Constitution de la thérapeutique. In-8°, 73 p.

Kose (O.). O lécbe arteriosklerosy. (*Casopis lékaru ceskych*, 19 et 26 juillet.) — Traitement de l'artériosclérose.

Lemanski. L'art pratique de formuler. 2e éd. In-8°, 288 p.

Liebreich (O.). Ueber Inhalationstherapie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 24 juillet.)

Margoniner et **Hirsch**. Die subcutane Gelatineinjection und ihre Gefahren. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Les injections souscutanées de gélatine et leurs dangers.

Palombi (E.). Sulle possibili ed importanti applicazioni dell'ossigeno e dell'acqua ossigenata nella cura delle malattie da infezione. In-8°, 5 p. Macerata.

Pflüger. Partielle Gangrän nach Injection einer öligen Lösung von Hydrargyrum bijodatum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 3.) — Gangrène partielle consécutive à l'injection d'une solution huileuse de biiodure de mercure.

Piccinini (P.). Farmacoterapia con formulario. In-8°, 382 p. Milan. U. Hoepli.

Reed (B.). The place of drugs in the treatment of stomach troubles. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 juin.)

Torri (O.). La dieta lattea nei diabetici. (*Clinica moderna*, 30 juillet.)

Tripier (R.). Guérison de la méningite tuberculeuse à sa période prodromique, par l'emploi répété des vésicatoires sur le cuir chevelu. (*Province méd.*, 19 juillet.)

Wood (W.). Tables of organic materia medica. In-4°, 215 p. Edimbourg.

22e ANNÉE. — N° 46. Vingt centimes le numéro. 12 NOVEMBRE 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Travaux originaux. — La splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang, par MM. les docteurs P. Emile-Weil et A. Clerc 373

Douzième congrès de la Société italienne de médecine interne (tenu à Rome du 28 au 31 octobre 1902). — Pathogénie des phénomènes toxémiques dans les néphrites.. 375
Acétonurie et échanges hydrocarbonés chez les pellagreux 376
Le « triangle paravertébral opposé » dans la pleurésie séreuse 376
Y a-t-il des névrites d'origine périphérique? 376
Valeur sémiologique des « cellules des vices cardiaques » 376
Un symptôme peu connu de l'anévrysme de l'aorte thoracique 376
Le signe d'Oliver-Cardarelli dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte 376
Valeur sémiologique des secousses rythmiques de la tête 376
La ponction lombaire dans les méningites.. 377
Les indications médicales de l'avortement.. 377
Propriétés hémolytiques du sérum sanguin et pathogénie de quelques maladies du sang 377
Identité des paralysies cérébrale et spinale infantiles 377
L'ésérine contre l'atonie intestinale 377
Du volume et de la position du cœur dans les diverses formes de tuberculose pulmonaire 377
L'action protectrice de l'épiploon 377
Pouvoir antitoxique et agglutinant du sérum de cheval normal ou immunisé contre la tuberculose 377
Sur l'agglutination du bacille tuberculeux.. 377
Absence du bacille de Koch dans le vaccin provenant de génisses tuberculeuses..... 377

Sociétés savantes : *Société de chirurgie.* — Traitement de l'appendicite 378
Société médicale des hôpitaux. — Lymphocythémie aleucémique 378
Pneumococcie et infection ourlienne 378
Persistance d'une parésie brachiale après la guérison d'une méningite pneumococcique 378
Eosinophilie et parasitisme vermineux chez l'homme 378
Abolition de la perception stéréognostique avec légers troubles des sensibilités élémentaires chez un tuberculeux non paralytique 379
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Phagédénisme syphilitique chronique diffus 379
Accidents imputables à l'iodure de potassium dans les manifestations oculaires de la syphilis 379
Vitiligo et syphilis 379
Phénomènes nerveux et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la maladie de Dühring 379
Achromie consécutive à l'usage d'une pommade tartrique 379

Etranger : *Société de médecine interne de Berlin.* — Sur l'hypertrophie du cœur dans les néphrites 379

Notes thérapeutiques. — L'huile d'olive dans le traitement de l'ulcère de l'estomac... 380
Les lavages sous pression de l'urèthre dans les affections autres que la blennorrhagie 380
Traitement des brûlures étendues par l'excision associée à des injections de sérum artificiel 380
Le blanc d'œuf contre l'hémophilie 380

Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abolition de la perception stéréognostique chez un tuberculeux .... 379[1]
Acétonurie et échanges hydrocarbonés chez les pellagreux .... 376[1]
Achromie consécutive à l'usage d'une pommade tartrique .... 379[3]
Agglutination du bacille tuberculeux .... 377[3]
Anévrysme de la crosse de l'aorte .... 376[3]
Anévrysmes de l'aorte thoracique .... 376[3]
Appendicite .... 378[1]
Atonie intestinale .... 377[2]
Auscultation trachéo-laryngée dans l'anévrysme de l'aorte thoracique .... 376[3]
Avortement et ses indications médicales .... 377[1]
Bacille tuberculeux et son agglutination .... 377[3]
Blanc d'œuf contre l'hémophilie .... 380[3]
Brûlures .... 380[3]
Cellules des vices cardiaques .... 376[3]
Cœur et son volume dans la tuberculose pulmonaire .... 377[2]
Eosinophilie et parasitisme vermineux .... 378[3]
Epiploon et son action protectrice .... 377[3]
Esérine contre l'atonie intestinale .... 377[2]
Eventration du diaphragme .... 380[1]
Excision associée à des injections de sérum contre les brûlures .... 380[3]
Hémophilie .... 380[3]
Huile d'olive contre l'ulcère de l'estomac .... 380[1]
Hypertrophie du cœur dans les néphrites ... 379[3]
Iodure de potassium et manifestations oculaires de la syphilis .... 379[2]
Lavages sous pression de l'urèthre .... 380[2]
Lymphocythémie aleucémique .... 378[2]
Maladie de Dühring avec phénomènes médullaires .... 379[3]
Manifestations oculaires de la syphilis et iodure de potassium .... 379[2]
Méningite pneumococcique .... 378[3]
— tuberculeuse chez une hystérique. 379[1]
Méningites .... 377[1]
Néphrites et hypertrophie du cœur .... 379[3]
— et phénomènes toxémiques .... 375[1]
Névrites d'origine périphérique .... 376[2]
Oreillons et pneumococcie .... 378[2]
Paralysies cérébrale et spinale infantiles .... 377[2]
Parasitisme vermineux et éosinophilie .... 378[3]
Parésie brachiale consécutive à une méningite pneumococcique .... 378[3]
Pellagre et acétonurie .... 376[1]
Phagédénisme syphilitique chronique diffus. 379[1]
Phénomènes toxémiques dans les néphrites. 375[1]
Pleurésie séreuse et triangle paravertébral opposé .... 376[2]
Pneumococcie et oreillons .... 378[2]
Ponction lombaire dans les méningites .... 377[1]
Rage et présence du virus dans une cicatrice cutanée .... 378[1]
Rhumatisme articulaire chez un nourrisson. 378[1]
Secousses rythmiques de la tête .... 376[3]
Sérum artificiel en injections contre les brûlures .... 380[3]
— de cheval normal ou immunisé contre la tuberculose .... 377[3]
— sanguin et ses propriétés hémolytiques 377[2]
Signe d'Oliver-Cardarelli .... 376[3]
Splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang .... 373[1]
Syphilis et vitiligo .... 379[2]
Traitement de l'appendicite .... 378[1]
— de la splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang .... 373[1]
— de l'atonie intestinale .... 377[2]
— de l'hémophilie .... 380[3]
— de l'ulcère de l'estomac .... 380[1]
— des brûlures .... 380[3]
— des méningites .... 377[1]
— du phagédénisme syphilitique chronique .... 379[1]
Triangle paravertébral opposé dans la pleurésie séreuse .... 376[2]
Tuberculose méningée et abolition de la perception stéréognostique .... 379[1]
— pulmonaire et volume du cœur. 377[2]
Ulcère de l'estomac .... 380[1]
Vaccin provenant de génisses tuberculeuses. 377[3]
Vitiligo et syphilis .... 379[2]

VARIA

Le mouvement de la population en France pendant l'année 1901.

D'après le rapport sur le mouvement de la population de la France en 1901, la balance des naissances et des décès se solde par un excédent de 72,398 naissances, alors que l'année précédente avait fourni un excédent de 25,988 décès (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. CCI). Ce résultat est dû à une augmentation de la natalité et surtout à une notable diminution de la mortalité : il y a eu, en 1901, 29,977 naissances de plus qu'en 1900 (857,274 au lieu de 827,297) et 68,409 décès en moins (784,876 contre 853,285). Ajoutons que dans la presque totalité des départements français la natalité a été plus considérable qu'en 1900, et la mortalité plus faible.

En 1901, l'accroissement proportionnel de la population ressortit à un taux sensiblement plus élevé que durant la période décennale 1891-1900 : l'excédent des naissances représente 0.19 % du chiffre de la population légale, tandis que l'accroissement annuel moyen, calculé pour la période décennale 1891-1900, ne dépassait pas 0.06 %.

L'année 1901 marque ainsi une amélioration par rapport aux trois années précédentes : 1900, qui avait donné un excédent de décès, 1899 et 1898, qui avaient fourni des excédents de naissances notablement plus faibles. Cependant, la situation du pays, au point de vue de l'accroissement de sa population indigène, reste toujours peu satisfaisante ; en effet, malgré l'excédent notable de naissances observé en 1901, l'excédent calculé sur la période triennale 1899-1901 représente seulement 0.07 pour 100 habitants, au lieu de 0.13 pendant la période quinquennale précédente.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE LYON

Alaux (L.). Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de la dextrocardie sans hétérotaxie.

Armand (M.). Nécessité de créer des hôpitaux réservés aux aliénés curables et aux délirants.

Baurrier (A.). De la valeur séméiologique de l'hypertrophie du cœur dans le rétrécissement mitral.

Béraud (M.). Essai sur la psychologie du tuberculeux.

Bordereau (J.). Les cellules géantes existent-elles dans les diverses lésions de la syphilis?

Bordet (G.). Nanisme rachitique tardif.

Bridier (H.-A.). Essai sur l'anatomie pathologique des démences.

Brunet (P.). Coxa valga.

Bumat (G.). Contribution à l'étude des paralysies oculaires d'origine toxique: paralysie d'origine saturnine et alcoolique.

Casteret. Contribution à l'étude des ostéomes musculaires.

Charbonneau (R.). Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du fémur.

Cristiani (L.). La défiguration.

Delestan (L.). Contribution à l'étude de la pathogénie des gangrènes typhiques et de leur traitement.

Delmas (E.). La neurasthénie syndrome cérébelleux.

Drizard (J.). Des grossesses multiples.

Dumon (F.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich.

Dury (L.). Prostatectomie par voie trans-ano-rectale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

Duvau (J.). Pronostic éloigné des différentes formes cliniques de l'actinomycose humaine; statistique de 225 cas.

Eyssério (F.). Traitement de la tuberculose pulmonaire par le cacodylate de strychnine à hautes doses.

Flach (E.). La kola est-elle un médicament d'épargne?

Garcin (J.). Contribution à l'étude des kystes du canal thyro-lingual.

Gimbert (H.). Cancer du corps du pancréas à forme aortique pseudo-anévrysmale.

Godeau (M.-J.-F.). La hernie au point de vue médico-légal dans les accidents du travail.

Groz (P.). Des procidences du cordon dans la poche des eaux.

Guénot (I.). Les médicaments sulfonés.

Guetschel (J.). La guérison de la tuberculose; sa possibilité, ses facteurs.

Haméon (Ch.). De l'épuration des eaux d'égout.

Henriot (J.). De l'actinomycose des organes génitaux.

Kermabon (R. de). De la gangrène gazeuse bénigne; forme atténuée et curable de la septicémie gangreneuse.

Laroyenne (L.). Essai sur la séméiologie du Douglas chez la femme.

Locard (E.). La médecine judiciaire en France au XVIIe siècle.

Long (F.). De la mort rapide par cardiopathies latentes chez les jeunes gens.

Louis (J.). Etude clinique sur les adhérences pleurales.

Mailfert (R.). Contribution à l'étude des congestions et inflammations broncho-pulmonaires aiguës dans la malaria.

Maisonneuve (J.). Du cancer ligneux de la glande thyroïde.

Mandoul (M.). Recherches expérimentales sur la calorimétrie humaine dans ses rapports avec la surface du corps.

Mazade (D.). Traitement de la rétroversion utérine par le raccourcissement des ligaments ronds noués au-devant des muscles droits.

Michard (R.). Le sein hystérique.

Moulin (J.). Anus contre nature établi au moyen de la pince entérotribe de Siraud.

Noirot (A.). Les troubles génitaux dans la morphinomanie.

Perge (J.). Contribution à l'étude des rétrécissements de l'urèthre d'origine tuberculeuse.

Perrin (F.-H.). La cholécystogastrostomie dans l'occlusion supposée complète et irrémédiable du cholédoque.

Pinchon (P.). Ostéomyélite du cubitus.

Potet (M.). Etude sur les bactéries dites acidophiles: les «paratuberculibacilles».

Poulet (G.). De l'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle.

Pouly (R.). Rapport de la tuberculose avec le rhumatisme chronique déformant.

Poutet (Ch.). La franklinisation hertzienne.

Prallet (F.). La dépopulation en France; ses remèdes.

Queyrot (J.). Etude sur la coloration et la culture du bacille de Ducrey.

Rebierre (P.). Etude sur les calculs uréthraux autochthones chez l'homme.

Rehm (M.-C.). La fièvre dans l'entérocolite pseudo-membraneuse.

Reverdy (G.). Contribution à l'étude de l'hôpital modèle.

Reymond (G.). Du drainage de la cavité utérine; ses applications en gynécologie et obstétrique.

Rosenthal (M.). De l'hypertrophie de l'amygdale linguale (quatrième amygdale).

Rouyer (J.-H.). Les loges de concierge au point de vue de l'hygiène publique et privée.

Saint-Vincent de Parois (A. de). Du dépeçage criminel.

Schwæbel (E.). Le poids et l'aptitude physique militaire.

Siore (A.). Le lymphosarcome chez les enfants.

Stitelet (Ch.). Des ruptures traumatiques de la tunique vaginale dans les hydrocèles.

Szejko (Mlle J.). Influence de l'éducation sur le développement de la neurasthénie.

Trébeneau (C.). Fréquence du rhumatisme articulaire tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et dans les tuberculoses locales.

Ugel (H.). De l'abaissement des bras, et, en particulier, du bras antérieur, dans l'extraction du fœtus par les pieds.

Vigne (P.). Traitement des sciatiques par les injections gazeuses.

Weigert (E.). Les tuberculines; expérimentation, diagnostic, thérapeutique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Akutsu. Beiträge zur Histologie der Samenblasen, nebst Bemerkungen über Lipochrome. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.) — Contribution à l'histologie des vésicules séminales.

Bardeleben (K. von). Handbuch der Anatomie des Menschen. Fasc. 8. In-8°, 170 p. avec fig. Iéna. G. Fischer.

Bielschowsky. Die Silberimprägnation der Axencylinder. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — L'imprégnation des cylindres-axes par des sels d'argent.

Crispino (M.). Contributo alla istologia delle formazioni annesse alla glandola tiroide. (*Policlinico*, partie méd., IX, 7.)

Cunningham (D. J.). Text-book of anatomy. In-8°, 1342 p. avec fig. Londres.

Heinz (R.). Der Uebergang der embryonalen kernhaltigen roten Blutkörperchen in kernlose Erythrocyten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.) — La transformation des globules rouges nucléés embryonnaires en érythrocytes sans noyau.

Meinertz (J.). Beiträge zur vergleichenden Morphologie der farblosen Blutzellen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.) — Morphologie comparée des globules sanguins incolores.

Zuckerkandl (E.). Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 4. Heft: Becken. In-8°, p. 413 à 593, avec fig. Vienne. — Atlas d'anatomie topographique. Fasc. 4: le bassin.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Adami (J. G.). On the classification of tumours. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

Arloing (S.). De l'influence exercée par certains médicaments réputés antituberculeux sur la résistance de l'organisme à la tuberculisation expérimentale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Disselhorst. Die Frage nach der Identität der Menschen- und Tiertuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 juillet.) — Sur l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale.

Ford (W.). Beitrag zur Lehre von den Hämagglutininen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 2.)

Joos (A.). Untersuchungen über den Mechanismus der Agglutination; 2. Teil. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 2.)

Ledoux-Lebard. Action du sérum sanguin sur les paramécies. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Marx (E.). Ueber die Tetanusgift-neutralisirende Eigenschaft des Gehirns. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 2.) — Sur la propriété antitétanique de la substance cérébrale.

Ostrianine (G.). Des propriétés bactéricides du sérum sanguin pendant la maladie (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 2.)

MÉDECINE

Achard (G.). Nouveaux procédés d'exploration. In-8°, 436 p. avec fig.

Bard (L.). Du rôle et de la valeur du choc en dôme dans l'insuffisance aortique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Bloch (R.). Beiträge zur Diagnose und Behandlung rheumatischer Affectionen; 1. Teil. (*Therap. Monatsh.*, juillet.)

Bouchard et **Brissaud**. Traité de médecine. 2e éd. T. VIII. In-8°, 591 p. avec fig.

Boye. Cystenleber und Cystennieren. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 19 juillet.) — Dégénérescence kystique du foie et des reins.

Carrière (G.). Sur un cas de « phlegmatia alba dolens » chez une chlorotique. (*Nord méd.*, 15 juillet.)

Chiari (H.). Ueber Morbus Bantii. (*Prag. med. Wochensch.*, 12 juin.)

Comandini (P.). Sopra un caso di echinococco primitivo del polmone destro. (*Gazz. degli Osped.*, 13 juillet.)

Courmont (J.) et **Montagard**. Sur la cytologie des méningites. (*Province méd.*, 5 juillet.)

Debove (G.-M.) et **Sallard** (A.). Précis de pathologie interne. In-18, 679 p.

Eckardt (Th.). Widal'sche Serumreaktion bei Weil'scher Krankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 juillet.)

Einhorn (M.). Notes on a few cases of Hodgkin's disease and lymphatic leukæmia. (*Med. Record*, 12 juillet.)

Frenkel (H.). Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques et chez les personnes saines (signe de Musset). (*Rev. de méd.*, juillet.)

Frigo (F.). Stenosi congenita ed aneurisma dell'arteria polmonale. (*Clinica medica italiana*, juin.)

Galli (G.). Intorno al potere funzionante del cuore. (*Policlinico*, partie méd., IX, 8.)

Hatch (J. L.). Hepatic gout and its treatment. (*Med. News*, 19 juillet.)

Hess (A.). Zur Kenntnis der Venenthrombose beim akuten Gelenkrheumatismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 juin.)

Huber (A.). Ueber Blutdruckbestimmungen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juillet.) — Sur la mensuration de la pression sanguine.

Koziczkowsky (E. von). Ueber die klinische Verwertbarkeit der Sahli'schen Methode zur Funktionsprüfung des Magens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 juin.) — Sur la valeur clinique de l'exploration fonctionnelle de l'estomac d'après le procédé de Sahli.

Marsh (H.). Clinical essays and lectures. In-8°, 316 p. Londres.

McCaskey (G. W.). The clinical association of cancer and tuberculosis, with report of a case. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bernard (R.) et **Casabianca** (D. de). Relation d'une épidémie de streptococcie (grippe streptococcique) au 52e régiment d'infanterie à Lyon en 1898. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Bertrand (L. E.). Quelques considérations sur le mécanisme de l'infection intestinale dans la dysenterie. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Bordas (F.). Fièvre jaune et moustiques; la destruction des *Stegomya fasciata* et la fièvre jaune. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Brandenburg (K.). Die Auswahl der Kranken für die Lungenheilstätten, und die frühzeitige Erkennung der Lungentuberkulose in der ärztlichen Praxis. (*Berlin. Klinik*, juillet.) — Le choix des malades pour les sanatoria et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire dans la pratique médicale.

Ernberg (H.). Om förhaallandet mellan difteri och angina phlegmonosa. (*Hygiea*, sept.)

Garrigue (L.). Maladies microbiennes; guérison de la tuberculose et du cancer; loi de défense des organismes vivants; mécanisme physico-chimique de la vie. In-18, 260 p. avec fig.

Henry (J. N.). Fecal impaction in typhoid fever, with report of cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

McCrae (Th.). A case of typhoid fever, with trichinosis and eosinophilia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Boeri. Contributo alla meccanica del tremore. (*Riforma med.*, 26, 28, 29, 30 et 31 juillet.)

Bonatti (B.) et **Marimo** (F.). La pupilla nelle malattie mentali. In-8o, 18 p. Parme.

Crocq (J.). La valeur clinique de la dissociation des réflexes tendineux et cutanés. (*Journ. de neurol.*, 20 juin.)

De Buck et **Debray**. Notes sur deux cas de spondylose (type de Bechterev et type de P. Marie). (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Dide (M.) et **Chenais** (L.). Sur le réflexe du fascia lata. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Fournier. Hémiplégie combinée du larynx et du voile du palais du même côté avec parésie concomitante du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Halipré (A.). Réflexes, voies réflexes, modifications pathologiques. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 juillet.)

Kéraval (P.) et **Caudron** (P.). Observation de folie syphilitique guérie. (*Écho méd. du Nord*, 20 juillet.)

Massalongo. Sulla miastenia. (*Clinica medica italiana*, mars.)

McCarthy (D. J.) et **Francine** (A. P.). Focal facial epilepsy, followed by temporary unilateral paralysis of the face and tongue. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 juin.) — Épilepsie faciale, suivie de paralysie unilatérale temporaire de la face et de la langue.

Röchling. Die Reizbarkeit gegen Gehörseindrücke bei Neurasthenie nebst praktischen Folgerungen für die Kurorte. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 5 juin.) — L'irritabilité des neurasthéniques à l'égard des impressions auditives.

Roxo (H.). Do pulso nos alienados. (*Brazil-medico*, 22 juillet.)

Singer (H. D.). The influence of age upon the incidence of optic neuritis in cases of intracranial tumour. (*Lancet*, 14 juin.)

Spratling (W. P.). The causes and manner of death in epilepsy. (*Med. News*, 28 juin.) — Les causes et les modes de la mort dans l'épilepsie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Afzelius (A.). Tvenne fall af erythema scarlatiniforme recidivans. (*Hygiea*, sept.)

Audry (Ch.). Ueber die Wandungen gonorrhoischer Abscesse des Penis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.) — L'anatomie pathologique des abcès blennorrhagiques de la verge.

Besnier (E.), **Brocq** (L.) et **Jacquet** (L.). La pratique dermatologique; traité de dermatologie appliquée. T. III. In-8o, 919 p. avec fig. et planches.

Bettmann. Ueber angeborenen Haarmangel. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 3.) — De l'alopécie congénitale.

Brejtman (M. J.). O prijičnych onemocnenich srdce. (*Casopis lékaru ceskych*, 26 juillet, 2, 9, 16, 23 et 30 août et 6 sept.) — Les affections syphilitiques du cœur.

Bruck (F.). Zur Therapie des flüchtigen Erythems der Nase. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 juillet.) — Traitement de l'érythème fugace du nez.

Delbanco (E.). Zur Pathologie des elastischen Gewebes. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.) — Pathologie du tissu élastique.

Gassmann (A.). Ueber die durch Primula obconica erzeugte Hautkrankheit, und über einen durch Primula sinensis verursachten Dermatitisfall. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — La dermatite provoquée par la *Primula obconica*; un cas de dermatite provoquée par la *Primula sinensis*.

Glogner (M.). Ueber Framboesia und ähnliche Erkrankungen in den Tropen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXVIII, 3.)

Magnus (V.). Et tilfælde af herpes zoster efterfulgt af muskelatrofie. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Un cas d'herpès zoster suivi d'atrophie musculaire.

Rolleston (H. D.) et **Mercer** (J. W.). An anomalous superficial dermatitis occurring during typhoid fever, and having some resemblance to psoriasis rupioides. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juin.)

Steiner (R.). Zur Balneotherapie der Acne vulgaris. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 19 juin.)

Tedeschi (E.). Una forma non comune di scleroderma. (*Gazz. degli Osped.*, 29 juin.)

Walker (N.). An introduction to dermatology. 2e éd. In-8o, 317 p. avec fig. Bristol.

Zeissl (M. von). Erkrankungen des Lymphapparates während der verschiedenen Phasen der Syphilis. (*Wien. med. Wochensch.*, 17, 24 et 31 mai.) — Affections de l'appareil lymphatique pendant les diverses périodes de la syphilis.

CHIRURGIE

Barjon (F.) et **Cade** (A.). Cytologie des hydrocèles; présence des spermatozoïdes dans les hydrocèles essentielles; pathogénie de ces hydrocèles. (*Province méd.*, 12 juillet.)

Battle (W. H.). Tumours of the upper jaw. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.) — Tumeurs de la mâchoire supérieure.

Beck (B. von). Weitere Erfahrungen über operative Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Traitement opératoire de la péritonite purulente diffuse.

Beckmann (P.). Pneumotomie wegen Fremdkörper. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Pneumotomie pour corps étrangers.

Bégouin. Appendicite et oxyures. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 juillet.)

Beltrami (G.). Sur quelques accidents dus à l'évolution de la dent de sagesse. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Bettmann. Zur Technik der Fusssohlenabdrücke. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 5 juillet.) — Sur la manière de prendre les empreintes de la plante du pied.

Boureau. Un cas d'hémorrhagie cérébrale survenue au cours d'une anesthésie chloroformique. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Braatz (E.). Heilung einer Kranken nach ihrer dritten Magenoperation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Trois opérations sur l'estomac, pratiquées chez une même malade et suivies de guérison.

Braun (H.). Ueber den angeborenen Verschluss des Dünndarms und seine operative Behandlung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Sur l'occlusion congénitale de l'intestin grêle et son traitement opératoire.

Cahier (L.). Contusions de l'abdomen et ruptures de l'intestin par coup de pied de cheval. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Carrel. La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères. (*Lyon méd.*, 8 juin.)

Cathcart (Ch. W.). Ligation of the lingual artery through the mouth in excising half of the tongue. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Ligature de l'artère linguale à travers la bouche dans l'extirpation de la moitié de la langue.

Codivilla (A.). Sul raddrizzamento forzato nel ginocchio valgo. (*Riv. di ortoped. e terap. fisica*, mai-juillet.)

Coen (G. C.). Contributo allo studio della tubercolosi primitiva della mammella. (*Gazz. degli Osped.*, 22 juillet.)

Dévé (F.). Des cholérrhagies internes consécutives à la rupture des kystes hydatiques du foie et plus spécialement de la cholérrhagie intra-péritonéale (cholépéritoine hydatique). (*Rev. de chir.*, juillet.)

Kehr (H.). Ueber den plastischen Verschluss von Defecten der Choledochuswand durch Netzstücke und durch Serosa-Muscularislappen aus Magen oder Gallenblase. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Occlusion des pertes de substance de la paroi du cholédoque par l'épiploon et par des lambeaux musculo-séreux empruntés à l'estomac ou à la vésicule biliaire.

Küster (E.). Ueber Bursitis subacromialis (Periarthritis humero-scapularis). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.)

Landerer (A.). Theorie und Praxis in der heutigen Wundbehandlung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 12 juin.) — Traitement des plaies.

Lange (Ch.). Meddelelse om behandling af medfödt hofteluxation ved ublodig reposition efter Lorenz's metode. (*Hospitalstidende*, 20 août.)

Leotta (N.). Contributo sperimentale alla chirurgia della rachide; estirpazione totale di una vertebra. (*Policlinico*, partie chir., IX, 7 et 8.)

Luke (Th. D.). What is pure chloroform? (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.)

Magnanini (N.). Deformaciones congénitas de los cuatro miembros; lesiones simétricas de las manos y de los pies. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Magruder (E. M.). Neurectomy for facial neuralgia. (*Med. News*, 21 juin.)

Meyer. Ueber die sogenannte Fussgeschwulst der Soldaten. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Les fractures des métatarsiens provoquées par la marche chez les soldats.

Mori (A.). Per la cura della cisti da echinococco del fegato (due casi trattati con la sutura immediata senza drenaggio). (*Riforma med.*, 25, 26 et 27 juin.)

Morquio (L.). Sobre quistes hidáticos del cerebro. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.)

Mygind (H.). Et tilfælde af pludselig kollaps med stansning af respirationen og cyanose (glotisspasme?) som fölge af adenotomi for adenoide vegetationer; trakeotomi; helbredelse. (*Hospitalstidende*, 30 avril.) — Un cas de collapsus subit avec arrêt de la respiration et cyanose (spasme de la glotte?) comme conséquence de l'opération des végétations adénoïdes; trachéotomie; guérison.

Neumann (A.). Ueber subcutane Darmrupturen nach Bauchcontusionen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Les ruptures sous-cutanées de l'intestin, consécutives aux contusions abdominales.

Van der Briele (G.). Ein Fall von isolirter Durchschneidung des Nervus sympathicus bei Stichverletzung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Un cas de section du grand sympathique par instrument piquant.

Van Moorsel (A. C.). Chirurgie der galwegen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 août.) — Chirurgie des voies biliaires.

Waldvogel. Ueber Nierenverletzungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Les lésions traumatiques des reins.

Weber (F.). Ueber die operative Behandlung veralteter Ellbogenluxationen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — Traitement opératoire des luxations anciennes du coude.

Wiggin (F. H.). Intestinal anastomosis; further remarks thereon. (*Med. News*, 14 juin.)

Winter (G. J.). Beiträge zur operativen Behandlung der Epilepsie; totale und beiderseitige Resection des Halssympathicus bei der essentiellen Epilepsie, nebst 9 eigenen Fällen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — 9 cas de résection totale et bilatérale du sympathique cervical pour épilepsie essentielle.

Wolff (H.). Ueber eine seltene Form seniler Verkalkung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 2.) — Sur une forme rare de calcification sénile.

Wyeth (J. A.). The merits of the various incisions for appendicitis. (*Med. Record*, 7 juin.)

UROLOGIE

André. Diagnostic et traitement de la cystite tuberculeuse. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.)

Bastin-Williams. Rétrécissement traumatique infranchissable; uréthrectomie et uréthrorrhaphie avec fistulisation sus-pubienne. (*Policlinique*, 1er juillet.)

Blumenthal (F.). Pathologie des Harnes am Krankenbett. In-8°, 448 p. avec fig. Vienne. — Urologie clinique.

Boufleur (A. I.). Transvesical cauterization as a substitute for the Bottini operation in the treatment of some forms of prostatic hypertrophy. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Delagénière (H.). De la prostatopexie subpérinéale ou luxation de la prostate hors de sa loge comme traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Arch. provinc. de chir.*, juin.)

Goldberg. Beitrag zur Aetiologie der Cystitis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.)

Ledderhose. Zur Behandlung der intraperitonealen Blasenzerreissung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVII, 4.) — Traitement des ruptures intrapéritonéales de la vessie.

Lobstein (E.). Beiträge zur operativen Behandlung der Blasengeschwülste. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Contribution au traitement opératoire des tumeurs de la vessie.

Lopriore (S.). Un caso rarissimo di ematuria. (*Gazz. degli Osped.*, 29 juin.)

Meyer (W.). The treatment of prostatic hypertrophy associated with stone in the bladder by means of litholapaxy and Bottini's operation at one sitting. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Traitement de l'hypertrophie de la prostate, associée à la lithiase vésicale, par la litholapaxie et l'opération de Bottini, pratiquées en une seule séance.

Rovsing (Th.). Prostatahypertrofiens behandling. (*Hospitalstidende*, 18 et 25 juin, 2 et 9 juillet.) — Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Schrön (F.). Ein Hilfsmittel bei schwierigem Katheterismus. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 12 juillet.) — Un moyen pour faciliter le cathétérisme.

Stein (A.). 110 Blasensteinoperationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — 110 opérations pour calculs de la vessie.

Vineberg (H. N.). Primary carcinoma of the urethra in women. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Cancer primitif de l'urèthre chez la femme.

OPHTALMOLOGIE

Aubaret. Orthoscope; orthoscopie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 juillet.)

Cabannes. Sur un cas de cysticerque sous-conjonctival. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er juin.)

Chaillous (J.). Des troubles pupillaires chez les malades atteints de dilatation aortique. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Cosse. Des opérations conservatrices de l'œil dans les glaucomes douloureux avec perte de la vision; un cas de glaucome hémorrhagique. (*Touraine méd.*, juillet.)

Fage. La névrite optique consécutive à la rougeole. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Königshöfer. Die funktionellen Neurosen des Auges; 1. Teil. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 juillet et 10 août.) — Les névroses fonctionnelles de l'œil.

Morax (V.). Recherches bactériologiques sur l'étiologie de la conjonctivite granuleuse. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Ohlemann (M.). Die neueren Augenheilmittel. In-8°, 171 p. Wiesbaden. — Les nouveaux médicaments utilisés en oculistique.

Rohmer. De l'extirpation du ganglion ciliaire. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Sidler-Huguenin. Ueber hereditärsyphilitische Augenhintergrunds-Veränderungen. In-8°, 256 p. avec planches. Hambourg. — Les altérations hérédo-syphilitiques du fond de l'œil.

Stood (W.). Künstliche Reifung des grauen Stars in geschlossener Kapsel nach Förster. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juin.) — La maturation artificielle de la cataracte dans la capsule intacte, d'après le procédé de Förster.

Terson (A.). Procédé pour l'incision cutanée du sac lacrymal. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Valude (E.). Sur l'extirpation du sac lacrymal. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Wecker (L. de). Le caractère différentiel des granulations et des inflammations de la conjonctive. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Dirmoser (E.). Die Vaginae- und Ventrifixationen des Uterus, ausgeführt in der Zeit vom Jahre 1893 bis Ende 1900. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Dützmann. Diagnose und Behandlung der Exsudate. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Fournier (C.). Importance des rétrodéviations et de l'hystéropexie vaginale en gynécologie. In-8°, 24 p. Amiens.

Isidori (T.). Lo stato attuale della questione sulla cura dei fibro-miomi dell'utero. (*Policlinico*, 5 juillet.)

Khautz (A. von). Eine seltene Form von Ovarial-Dermoid. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Une forme rare de kyste dermoïde de l'ovaire.

Kossowski (R.). Osm przypadków zakazen septycznych pologowych, leczonych metoda Fochier'a (abcès de fixation). (*Gaz. lekarska*, 5 juillet.) — 8 cas d'infections septiques puerpérales, traités d'après la méthode de Fochier.

Meyer (E. von). Ein Beitrag zur Exstirpation des primären Scheidencarcinoms mit Perforation des Mastdarms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Extirpation d'un cancer primaire du vagin avec perforation du rectum.

Morisani (O.). Manuale delle operazioni ostetriche. 4e éd. In-8°, 616 p. avec fig. Milan.

Noble (Ch. P.). The technique of amputation of the cervix uteri. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Oui (M.) et **Gontier de la Roche** (A.). Sur un cas de polype placentaire. (*Echo méd. du Nord*, 13 juillet.)

Peters (H.). Zur Lehre vom primären Chorionepitheliom der Scheide, nebst einem Falle von Recidiv nach Exstirpation des Scheidenknotens. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 juillet.) — Epithélioma primitif du vagin; un cas de récidive après extirpation du noyau vaginal.

Peterson (R.). A consideration of ovarian fibromata based on a study of 2 recent cases and 82 collected from the literature. (*Amer. Gynecol.*, juillet.)

Riether (G.). Clavicularfracturen Neugeborener bei spontaner Geburt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 juin.) — Fractures de la clavicule chez les nouveau-nés dans les accouchements spontanés.

Salles. Primipare âgée (46 ans); inertie utérine; forceps dans l'excavation; délivrance artificielle. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 juillet.)

Schäffer (O.). Ein Beitrag zur Aetiologie des wiederkehrenden Icterus graviditatis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Schulze-Vellinghausen (A.). Beitrag zur instrumentellen Perforation des Uterus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 juillet.)

PÉDIATRIE

Cattaneo (C.). A proposito di un caso di corea in lattante. (*Clinica moderna*, 23 juillet.)

Del Gaudio (E.). Contribuzione clinica alle dermatosi alimentari dei bambini. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, mai-juin.)

Filatow (N.). Klinische Vorlesungen über Kinderkrankheiten. (Trad. du russe par G. Türk, E. Rahr et L. Martinson.) Fasc. 2. In-8°, 235 p. avec fig. Vienne. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

Fusco (P.). Un caso anormalissimo di croup laringeo. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, mai-juin.)

Goodhart (J. F.) et **Still** (G. F.). Diseases of children. 7e éd. In-8°, 812 p. Londres. — Maladies des enfants.

Hendrix. Sur une forme spéciale d'éclampsie. (*Policlinique*, 15 juillet.)

Jemma (R.). Morbo di Barlow (scorbuto infantile). (*Pediatria*, juin.)

Karewski. Die Behandlung des Prolapsus ani der Kinder mit Paraffininjektionen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 12 juillet.)

Kirmisson (E.). Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence. In-8°, 652 p. avec fig.

McKee (J. H.). The treatment of the infantile diarrheas of the summer season. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 juillet.)

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 18. In-8°, p. 368 à 444. Vienne.

Nicolaï (C.). Een zeldzame vorm van morbus Barlowii. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 oct.)

Ostmann. Die Bedeutung der tuberkulösen Belastung für die Entstehung von Ohrenkrankheiten bei Kindern. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 juillet.) — La signification de la tare tuberculeuse pour la production des affections de l'oreille chez les enfants.

Pfaundler (M.). Ueber das Schwinden des Patellarsehnen-Reflexes als ein noch unbeachtetes Krankheitszeichen bei genuiner, kruppöser Pneumonie im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 juillet.) — La disparition du réflexe rotulien en tant que signe non encore décrit de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant.

Reimann (G.). Melanotisches Carcinom der Nebennieren bei einem drei Monate alten Säugling. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 juin.) — Cancer mélanique des capsules surrénales chez un nourrisson de trois mois.

Rissmann et **Pritzsche**. Ueber Säuglingsernährung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 3-4.) — Sur l'alimentation des nourrissons.

Siebert (F.). Ueber Juckausschläge im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 juillet.) — Des éruptions prurigineuses chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bonain (A.). Traité de l'intubation du larynx dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte. In-16, 272 p. avec fig.

Cisler (J.). Sluchové ustroji u pripadu akutni leukaemie. (*Sbornik klinicky*, III, 6.) — Complications auriculaires dans un cas de leucémie aiguë.

Gradle (H.). Diseases of nose, pharynx and ear. In-8°, 548 p. avec fig. Londres. — Maladies du nez, du pharynx et de l'oreille.

Möller (J.). Om rhinitis fibrinosa s. crouposa s. pseudomembranacea. (*Hospitalstidende*, 24 sept.)

Shambaugh (G. E.). Bony cysts of the middle turbinated body. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Kystes osseux du cornet moyen.

Sprecher (F.). Per la casuistica dei cosidetti fibro-condromi branchiali ereditari. (*Arch. ital. di otol., rinol. e laringol.*, XIII, 3.)

Texier (V.). Sur un cas de corps étranger du larynx; trachéotomie; suture immédiate; guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 juillet.)

Wittmaack. Ein Fall von otitischer Sinusthrombose. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 19 juillet.)

BACTÉRIOLOGIE

Bourak (Ch.). Recherches relatives à l'action de l'électricité sur les microbes (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 2.)

Busquet. Contribution à la recherche du bacille d'Eberth dans les eaux. (*Ann. d'hyg. publ.* juillet.)

Frank (G.). Ueber einen neuen Bacillus aus der Gruppe des Influenzabacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 2.)

Guilliermond (A.). Sur la présence des corpuscules métachromatiques dans les bactéries. (*Lyon méd.*, 13 juillet.)

Nicolle (M.) et **Remlinger** (P.). Traité de technique microbiologique. In-18, 1034 p. avec fig.

Petrone (G. A.). L'azione del fegato su diversi campioni di colibacillo e sulle loro tossine; l'azione *in vitro* del glicogene epatico su diversi batterii. (*Pediatria*, juin.)

Salomonsen (C. J.). Contributions from the University laboratory for medical bacteriology to celebrate the inauguration of the State Serum Institute in Copenhagen. In-8°, 277 p. avec fig. Copenhague.

Wirgin (G.). Zur Wirkung des Aethylalkohols auf Mikroorganismen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 2.)

22e ANNÉE. — N° 47. Vingt centimes le numéro. 19 NOVEMBRE 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Valeur et indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase vésiculaire, par M. le docteur F. Lejars 381

MÉDECINE PRATIQUE. — Un moyen pratique pour dépister la simulation de la blennorrhagie 387

La pression unilatérale sur le thorax comme moyen de faciliter le diagnostic des affections pulmonaires 387

Un procédé de recherche des pigments biliaires 387

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Le rythme vital 387

Un nouveau genre de tératopages, les Hypogastropages de type opérable 387

Sur l'existence de l'arsenic dans la série animale 387

Société de chirurgie. — Traitement de l'appendicite 387

Société médicale des hôpitaux. — Vomissements acétonémiques 388

Méningite aiguë récidivante terminée par la guérison 388

Crises gastriques du tabes compliquées d'œdème hémorrhagique aigu de la face. 388

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La médication salicylique dans le traitement de la pneumonie 388

L'acide lactique contre la dysenterie 388

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide lactique contre la dysenterie aiguë .... 388[3]
Appendicite .... 387[3]
Arsenic et sa présence dans la série animale 387[3]
Blennorrhagie et sa simulation .... 387[1]
Crises gastriques du tabes avec œdème hémorrhagique aigu de la face .... 388[3]
Dysenterie aiguë .... 388[3]
Hypogastropage .... 387[2]
Lithiase vésiculaire .... 381[1]
Médication salicylique contre la pneumonie. 388[3]
Méningite aiguë récidivante .... 388[2]
Œdème hémorrhagique aigu de la face et crises gastriques du tabes .... 388[3]
Pigments biliaires et leur recherche .... 387[2]
Pneumonie .... 388[3]
— et son diagnostic .... 387[1]
Pression unilatérale sur le thorax dans la pneumonie .... 387[1]
Rythme vital .... 387[2]
Tabes .... 388[3]
Traitement de la dysenterie aiguë .... 388[3]
— de la lithiase vésiculaire .... 381[1]
— de la pneumonie .... 388[3]
— de l'appendicite .... 387[3]
Valvule congénitale de l'urèthre .... 388[1]
Vomissements acétonémiques .... 388[1]

VARIA

Concours international pour l'étude de la nature de la substance vénéneuse du poisson et de ses antidotes.

Le Comité des pêcheries de la mer Caspienne, ému de ce que la consommation du poisson cru salé provoquait chaque année un certain nombre d'empoisonnements, avait fondé en 1886 un prix de 5,000 roubles (13,000 fr.) à décerner à l'auteur de la meilleure étude sur la substance vénéneuse du poisson.

Un premier concours fut ouvert en 1887 par l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg et fixé au 1er janvier 1894, mais le prix ne fut pas décerné. Depuis lors, en y comprenant les arrérages accumulés, le capital s'est élevé à la somme de 7,500 roubles, soit environ 20.000 fr. et l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg ouvre un nouveau concours sur le même sujet, en instituant trois prix :

Un premier prix de 5,000 roubles (13,000 fr.) sera attribué à l'auteur d'une œuvre complète, ayant envisagé la question au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de la chimie, de la bactériologie; l'auteur devra, en outre, présenter un échantillon de la substance vénéneuse, ainsi que les dessins et les préparations qui se rattachent à ses études.

Deux autres prix, l'un de 1,500 roubles (4,000 francs environ) et l'autre de 1,000 roubles (2,650 francs) seront décernés aux concurrents qui auront le mieux étudié une partie de la question d'après les données d'une des branches de la science : chimie, physiologie ou bactériologie.

Les questions posées sont les suivantes :

a) Déterminer par des recherches précises la nature de la substance vénéneuse du poisson;

b) Etudier l'action de ce poison sur les divers organes du corps animal (système nerveux central, cœur, circulation du sang, appareil digestif);

c) Donner un tableau précis des modifications pathologiques déterminées par ce poison dans les diverses parties de l'organisme, chez les animaux et chez l'homme;

d) Fournir une description des signes distinctifs du poisson vénéneux et du poisson normal;

e) Signaler le moyen de prévenir chez le poisson la formation de la substance vénéneuse;

f) Indiquer les antidotes, et, en général, les remèdes propres à combattre les empoisonnements de ce genre.

Les mémoires et ouvrages présentés au concours peuvent être manuscrits ou imprimés; ils devront être écrits dans une des cinq langues ci-dessous indiquées : latin, français, allemand, anglais, russe; les travaux devront être adressés, au plus tard, le 1er octobre 1903, au ministère de l'agriculture et des domaines, à Saint-Pétersbourg, qui les transmettra à une commission composée de deux membres nommés par l'Académie des sciences, de deux membres de l'Académie militaire de médecine, de deux membres de la Société de protection de la santé publique, d'un délégué du ministère de l'agriculture et des domaines. Cette commission, présidée par le président du Conseil de médecine du ministère de l'intérieur, dressera un rapport, et c'est conformément aux conclusions de ce rapport, lesquelles seront déposées le 1er janvier 1904, que les prix seront décernés aux lauréats.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur H. Bertin-Sans, agrégé, est nommé professeur d'hygiène.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le docteur Labarrière, suppléant, est nommé professeur d'anatomie.

M. Hautefeuille, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Caen. — M. le docteur Gosselin, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Fayel-Deslongrais.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Cavalié, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé professeur d'anatomie.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Vincent, suppléant, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Cibert, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Gallois.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les docteurs Paul Jacob, Max Michaelis, Heinrich Rosin et Hermann Strauss, privatdocenten de médecine interne.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Richard Förster est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le teur A. Pilcz est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

University of Michigan d'Ann Arbor. — M. le docteur Willis est nommé professeur d'ophtalmologie, en remplacement de M. G. L. Noyes.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Marvaud, médecin inspecteur du service de santé de l'armée française, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Strapart, ancien professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Reims. — M. le professeur Eugen Hahn, chirurgien en chef de l'hôpital de Friedrichshain, à Berlin. — M. le docteur Ferdinand Fuhr, ancien professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur K. Burger, privatdocent de laryngologie et de rhinologie à la Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur A. Paci, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Giuseppe Crosti, privatdocent d'obstétrique à la Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Lennox Browne, chirurgien consultant de l'hôpital central pour les maladies de la gorge, du nez et des oreilles, à Londres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE LYON

Arnaoudoff (Th.). Contribution à l'étude des tuberculides cutanées et particulièrement de la forme acnitis.

Aubery (C.). Paralysie générale affection syphilitique vraie; traitement par les injections de calomel.

Audan (J.). Formes cérébrales du tabes sensitif.

Barrel (E.). De l'hémiatrophie faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur.

Beck (R.). Des troubles mentaux chez certains vagabonds.

Belbèze (R.). Le signe de la douleur provoquée et les réflexes thoraciques dans les affections pleuro-pulmonaires et particulièrement dans la tuberculose.

Bernasconi (F.). Sur la valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures du crâne et du rachis.

Boissat (J.). Sur certaines variétés de fractures isolées du rocher.

Bouchard (F.). Contribution à l'étude de l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde; 151 cas de dothiénentérie soumis à la médication combinée par le naphtol α et la quinine (méthode de Teissier).

Boutry (E.-C.). Les fistules cutanées de la vésicule biliaire.

Bovier-Lapierre (A.). Panophtalmie et méningite cérébro-spinale.

Campredon (H. de). Du palper-massage comme moyen de diagnostic en gynécologie.

Capitain (G.). Variation de la densité de l'acide phosphorique et des substances dissoutes dans les urines au cours des diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Carron (J.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples du foie.

Charvin (L.). De la variole chez les musulmans de l'Afrique du nord.

Compin (P.). Etude clinique des formes anormales de la maladie de Parkinson.

Cornu (E.). Contribution à l'étude des migraines et de leurs rapports avec les états épileptiques et délirants.

Deygas (H.). Contribution à l'étude des paralysies récurrentielles bilatérales complètes d'origine périphérique.

Dumolard (L.). Contribution à l'étude de l'origine congénitale du rétrécissement mitral pur.

Durand (H.). Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la paroi abdominale.

Durand (J.). Contribution à l'étude des hémorrhagies méningées.

Farcy (L.). Du baume du Commandeur en chirurgie.

Flouret (G.). Du cancer aigu à marche infectieuse.

Fradier (M.). Simplification à la technique opératoire de la périnéorrhaphie tardive.

Garabedian (J.-A.). Etude sur la conjonctivite granuleuse.

Gauthier (C.-L.). Contribution à l'étude du traitement des arthrites suppurées du genou (en dehors de la tuberculose) et des abcès arthrifluents consécutifs; drainage du genou par le cul-de-sac sous-quadricipital; incision des abcès sans intervention sur l'articulation.

Giuliani (J.). De l'ostéomyélite tuberculeuse (formes aiguës et subaiguës).

Gonot (L.). De l'amputation et de la désarticulation des métatarsiens dans les ostéites tuberculeuses.

Gschwend (A.). Du défaut d'expansion de la région sous-claviculaire dans la pneumonie infantile.

Guillaumin (E.). Du traitement du tétanos chez l'homme et chez le cheval, avec recherches expérimentales sur la méthode de Baccelli.

Guisoni (L.). Etude critique des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique.

Jaubert (L.). Contribution à l'étude de la scoliose hystérique.

Jugnet (L.). Quelques cas de torticolis mental (étude clinique et traitement).

Jullien (J.-V.). L'industrie des gants; étude d'hygiène professionnelle et de médecine légale.

Lafond (M.). Sclérodermie et corps pituitaire.

Langlais (Ch.). De la périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac.

Maillon (C.). Contribution à l'étude clinique et physiologique de la lécithine.

Maraspini (H.). Contribution à l'étude des papillomes du nez.

Mariani (F.). Contribution à l'étude de la polyurie hystérique.

Maussire (P.). De la nécessité d'isoler les tuberculeux dans les asiles d'aliénés.

Mével (M.). Chirurgiens dijonnais au dix-huitième siècle (Maret, Hoin, Enaux, Leroux, Chaussier).

Micaud (L.). Etude du cancer de l'S iliaque et de son traitement.

Millot (V.). Contribution à l'étude de l'éventration consécutive à l'emploi du drainage « à la Mikulicz »; moyens d'y remédier.

Mitzora (C.). Contribution à l'étude du traitement de l'anévrysme du creux poplité artériel circonscrit par l'extirpation du sac.

Mournand (A.). De l'hermophényl et de son emploi pour le traitement de la syphilis.

Perrin (J.). Essai sur la valeur séméiologique du choc en dôme dans le diagnostic de l'insuffisance aortique.

Philippe (H.-J.). De la médication kératinisée (méthode d'Unna, modifiée) ou enrobage spécial de pilules médicamenteuses.

Pinatelle (L.). Applications de la gastro-entérostomie en dehors des sténoses anatomiques du pylore.

Piollet (P.). Traitement des luxations traumatiques anciennes de la hanche (indications de la méthode sanglante; résultats).

Reure (J.). De la compression pubio-manuelle comme traitement des hémorrhagies après la délivrance.

Roudaire (A.). Essai sur la pathogénie du délire chez les brightiques.

Stevenel (Ch.). Hernies abdominales et grossesse.

Thomas (P.). Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës.

Traversier (J.). Traitement de la chorée par les injections de cérébrine.

Vaissade (J.). De la névralgie faciale tuberculeuse.

Veillon (E.). Contribution à l'étude des gangrènes primitives multiples de la peau.

Veyrassat (A.). Des variations de résistance des hématies et de l'hémoglobine dans divers états pathologiques.

Viannay (Ch.). Essai sur la systématisation des nerfs périphériques; applications à l'étude des paralysies de quelques-uns de ces nerfs.

Villedieu (G.). Sciatique d'origine tuberculeuse.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bardeleben (K. von). Handbuch der Anatomie des Menschen. Fasc. 9. In-8°, 182 p. avec fig. Iéna. G. Fischer.

Hertwig (O.). Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Wirbeltiere. 7e éd. In-8°, 676 p. avec fig. Iéna. — Traité d'embryologie de l'homme et des vertébrés.

Himmel (J. M.). Die Plasmazellen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.)

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Anatomie und Physiologie (Jahrgang 1901). In-8°, 296 p. Berlin. — Revue annuelle des travaux d'anatomie et de physiologie (année 1901).

Parhon (C.) et **Goldstein**. Sur la localisation des centres moteurs du biceps crural, du demi-tendineux et du demi-membraneux dans la moelle épinière. (*Journ. de neurol.*, 5 juillet.)

Paschkis (R.). Zur Kenntnis der accessorischen Gänge am Penis (sogenannte paraurethrale Gänge). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 3.)

Piltz (J.). Ueber centrale Augenmuskelnervenbahnen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Les voies nerveuses centrales des muscles de l'œil.

Scaffidi (V.). Sulla questione della presenza di fibre efferenti nelle radici posteriori. (*Policlinico*, partie méd., IX, 8.)

Werner (R.). Experimentelle Epithelstudien: Ueber Wachstum, Regeneration, Amitosen- und Riesenzellen-Bildung des Epithels. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Barratt (J. W.). Cyst formation in the pineal gland. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

Beattie (J. M.). The cells of inflammatory exudations; an experimental research as to their function and destiny, and also as to the origin of the mono-nucleated cells. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

Cornil (V.) et **Ranvier** (L.). Manuel d'histologie pathologique. 3e éd. T. II. In-8°, 868 p. avec fig.

Cowan (J. M.). Fatty degeneration of the myocardium. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.) — Dégénérescence graisseuse du myocarde.

Laslett (E.). The pathology of post-diphtheritic paralysis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

Mariotti-Bianchi (G. B.). I centri nervosi in un caso di perniciosa comatosa, studiati col metodo Nissl. (*Policlinico*, 19 juillet.)

Monéry (A.). Contribution chimique à l'étude de la dégénérescence amyloïde. (*Lyon méd.*, 13 juillet.)

Steinhaus (F.). Ueber eine seltene Form von Amyloid- und Hyalin-Infiltration am Circulations- und Digestionsapparat. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 5-6.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Petrie (G. F.). An inquiry into the theory of the essential nature of bacteriolytic enzymes in the production of acquired immunity. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

Reach (F.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Stoffwechsels bei Gicht. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 juillet.) — Contribution à l'étude des échanges organiques dans la goutte.

Rivacono (D.). Sui rapporti fra l'isotonia del sangue e la resistenza dell'ossiemoglobina alle sostanze riducenti (solfuro di ammonio). (*Gazz. degli Osped.*, 27 juillet.)

Roosen-Runge (C.). Ueber die Bedeutung des Trauma in der Aetiologie der disseminirten Fettgewebsnekrose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 5-6.) — Sur la signification du traumatisme dans l'étiologie de la nécrose disséminée du tissu adipeux.

Sokolowski (A.). Czy i w jakim stopniu uraz moze byc przyczyna powstania sughot plucnych? (*Gaz. lekarska*, 12 juillet.) — Un traumatisme peut-il être la cause du développement de la tuberculose pulmonaire?

Wolff (A.). Ueber die Bedeutung der Lymphoidzelle bei der normalen Blutbildung und bei der Leukämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 5-6.) — Sur la signification des cellules lymphoïdes dans l'hématopoïèse normale et dans la leucémie.

MÉDECINE

Penzoldt (F.) et **Stintzing** (R.). Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 3e éd. T. II. In-8°, 706 p. avec fig. Iéna. — Manuel de thérapeutique des maladies internes.

Pollio (F.). Resoconto statistico di 6 infermi curati nel 1899 nell'Ospedale di Santa Maria della Pace di Napoli. In-8°, 32 p. Naples.

Riegler (E.). Eine neue gasometrische Bestimmungsmethode der Chlorwasserstoffsäure im Magensafte. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juin.) — Un nouveau procédé de dosage à l'état gazeux de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Rosenbaum (A.). Ueber Atonie des Magens und ihr Verhältnis zur motorischen Insuffizienz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juin.) — L'atonie gastrique dans ses rapports avec l'insuffisance motrice de l'estomac.

Satullo (S.). Della temperatura iperpiretica nella pneumonite acuto-appendicolare. (*Gazz. degli Osped.*, 6 juillet.)

Schrötter (H. von). Ueber Höhenkrankheit mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Luftballon. (*Wien. med. Wochensch.*, 5, 12 et 19 juillet.) — Le mal de montagne, surtout au point de vue aérostatique.

Shattuck (F. C.). Prognosis and treatment of tubercular peritonitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Stokvis (B. J.). Bijdrage tot de casuistiek der autotoxische enterogene cyanosen (methaemoglobinaemia (?) et enteritis parasitaria). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 oct.)

Supino (R.). La sensibilità dello stomaco dal punto di vista semeiotico. (*Riforma med.*, 24 et 25 juillet.)

Van Voornveld (H. J. A.). Bloedonderzoekingen in het hooggebergte. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 sept.) — Le sang dans les hautes altitudes.

Wall (R. C.) et **Walker** (E. A.). An explanation of the cause of inequality of pupils in cases of thoracic aneurysm. (*Lancet*, 12 juillet.)

Watkins (R. L.). Diagnosis by means of the blood. In-8°, 388 p. avec fig. Londres. — Diagnostic hématologique.

Wenckebach (K. F.). Nog eens de pulsus alternans. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 oct.)

West (S.). Diseases of organs of respiration. 2 vol. In-8°, 934 p. Londres.

Westphalen. Ueber das Ulcus rotundum ventriculi. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 14 et 21 juin.)

Wolf (H. J.). Malaria as a complicating factor in the diagnosis of appendicitis. (*Med. Record*, 12 juillet.)

Zebrowski (B.). Przyczynek do okreslania ilosciowego kwasu moczowego zapomoca miareczkowania. (*Gaz. lekarska*, 5 juillet.) — Contribution au dosage volumétrique de l'acide urique.

MALADIES INFECTIEUSES

Plehn (A.). Die Malaria der afrikanischen Negerbevölkerung, besonders mit Beziehung auf die Immunitätsfrage. In-8°, 51 p. avec fig. Iéna.

Schabad (J.). Diphtherie und der Diphtheriebacillus bei Scharlach (Beitrag zur Frage von der Combination des Scharlachs mit Diphtherie). (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 3-4.) — Contribution à l'étude de l'association de la scarlatine et de la diphtérie.

Seemann (G.). Zur Roseolenuntersuchung auf Typhusbacillen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 mai.) — Recherche du bacille d'Eberth dans les taches rosées.

Sobernheim (G.). Ueber ein neues Verfahren der Schutzimpfung gegen Milzbrand. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 juin.) — Sur un nouveau procédé d'immunisation à l'égard du charbon.

Sohn (W.). Zur Prophylaxe des septischen Scharlachs. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 26 avril.)

Tavel, Krumbein et **Glücksmann**. Ueber Pestschutzmaassregeln (Pestvaccins, Pestserum und Pestuntersuchungskasten). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 2.) — Les moyens de défense contre la peste (vaccins, sérum et laboratoire portatif).

Zanuttini (E. et P.). Brevi considerazioni sopra un fenomeno poco frequente nel decorso della meningite tubercolare. (*Morgagni*, mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Konwerski. Semiotyka i metodyka badania odruchow. In-8°, 48 p. Varsovie. — Sur l'examen des réflexes.

Köster (G.). Ein zweiter Beitrag zur Lehre von der Facialislähmung, zugleich ein Beitrag zur Physiologie des Geschmackes, der Schweiss-, Speichel- und Thränenabsonderung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 3-4 et 5-6.) — Contribution à l'étude de la paralysie faciale et de la physiologie du goût, ainsi que des sécrétions sudorale, salivaire et lacrymale.

Kron (H.). Ueber hysterische Blindheit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 juillet.) — De la cécité hystérique.

Mann (L.). Zur Symptomatologie der beginnenden Tabes unter specieller Berücksichtigung der Augensymptome. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 5 et 9 juillet.) — La symptomatologie du tabes au début, notamment les symptômes oculaires.

Mannini (C.). Coree, policlonie, tic e malattia dei tic. (*Riforma med.*, 14, 15 et 16 juillet.)

Mendel (E.). Leitfaden der Psychiatrie. In-8°, 250 p. Stuttgart. — Compendium de psychiatrie.

Reuss (A. R. von). Das Gesichtsfeld bei functionellen Nervenleiden. In-8°, 119 p. avec fig. Leipzig. — Le champ visuel dans les maladies fonctionnelles du système nerveux.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Demay de Certant (M.). Sur la pathogénie de l'érythème noueux. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 juillet.)

De Sanctis (L.). La cosiddetta linfangioite venerea dell'asta. (*Riforma med.*, 2, 3, 4 et 5 juillet.)

Dreyer. Primula obconica als Krankheitsursache. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 avril.) — La *Primula obconica* en tant qu'agent pathogène.

Klotz (H. G.). Die Behandlung der acuten und subacuten Gonorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 3.) — Traitement de la blennorrhagie antérieure aiguë et subaiguë par des injections rétrogrades de solutions argentiques concentrées.

Magnan. Dermatoses de l'oreille externe. (*Touraine méd.*, juillet.)

Matzenauer (R.). Noma und Nosocomialgangrän. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 3.)

CHIRURGIE

Courtin (J.) et **Brugeille** (E.). Rhinoplastie sur un appareil prothétique permanent. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 juillet.)

Curcio (A.). Rendiconto statistico di alcune operazioni di chirurgia ortopedica. (*Riv. di ortoped. e terap. fisica*, mai-juillet.)

Dowd (Ch. N.). Gangrenous intussusception in a child four years old; intestinal resection; recovery. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Intussusception gangreneuse chez un enfant de quatre ans; entérectomie; guérison.

Dubar (L.) et **Potel** (G.). Les lipomes intramusculaires. (*Echo méd. du Nord*, 13 juillet.)

Fracassini (L.). Contributo clinico ad un processo speciale di sutura tendinea. (*Clinica moderna*, 9 juillet.)

Fuchsig (E.). Die typischen Rissfracturen des Fersenbeines. (*Wien. med. Presse*, 15 et 22 juin.) — Fractures du calcanéum par arrachement.

Gayet (G.). De la reposition sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductibles de la hanche (en particulier dans les luxations pathologiques). (*Rev. de chir.*, juillet et août.)

Gehle (H.). Zur Kasuistik der chronischen Coecumtuberkulose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Gibson (C. L.). Illustrative errors and difficulties in the diagnosis of affections of the biliary system. (*Med. News*, 19 juillet.)

Giordano (E.). I risultati della laparotomia nei traumi del fegato. (*Clinica chirurgica*, avril, mai et juin.)

Haynes (I. S.). Hydatid cysts of the kidney. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Kystes hydatiques du rein.

Heaton (G.). 5 cases of perforated gastric ulcer treated by abdominal section and suture, with remarks on the treatment and prognosis of these cases. (*Brit. Med. Journ.*, 12 juillet.)

Herczel (E. von). Beitrag zur totalen Exstirpation des carcinomatösen Magens. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Extirpation totale de l'estomac atteint de cancer.

Herrick (J. B.). Pneumococcic arthritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Heuck (G.). Zur Behandlung der Verätzungen der Speiseröhre und des Magens mit Gastroentero- und Jejunostomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Traitement des brûlures de l'œsophage et de l'estomac par la gastroentérostomie et la jéjunostomie.

Hildebrand (O.). Tuberculose und Scrophulose. In-8°, CLVIII-292 p. Stuttgart.

Hotchkiss (L. W.). Motor aphasia due to a small cortical hæmorrhage in the region of Broca's convolution; trephining; recovery. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Jonnesco (T.) et **Floresco** (N.). Phénomènes observés après la résection du nerf sympathique cervical chez l'homme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Jordan. Ueber Thoraxresektionen bei Empyemfisteln und ihre Endresultate. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Jüngst. Ein geheilter Fall von Unterbindung der Arteria subclavia sinistra am Aortenbogen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Un cas guéri de ligature de l'artère sous-clavière gauche au niveau de la crosse de l'aorte.

Kaijser (F.). Naagra ord om operationer af nafvelbraack. (*Hygiea*, sept.) — A propos des opérations pour hernie ombilicale.

Kaposi (H.). Ueber einen Fall von Anurie mit Icterus. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Korteweg (T. A.). Foreign bodies in the lungs. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Corps étrangers du poumon.

Kozlovsky. Kyslicnik vodicity a dulezitost jeho pro praxi chirurgickou. (*Sbornik klinicky*, III, 6.) — La valeur de l'eau oxygénée dans la pratique chirurgicale.

Krüche (A.). Chirurgie. 2. Teil : Specielle Chirurgie. 11e éd. In-8°, 408 p. avec fig. Leipzig.

Lépine (J.). Commotion cérébrale; blessure du cerveau par coup de feu. (*Lyon méd.*, 1er juin.)

Lindt (W.). Einige Fälle von Kiefercysten. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 juillet.) — Quelques cas de kystes des maxillaires.

Marwedel (G.). Wanderniere und Gallenstein. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Rein flottant et cholélithiase.

Matanowitsch. Die Dauerresultate der Bassini'schen Radikaloperation bei Leistenbrüchen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Les résultats éloignés de la cure radicale des hernies inguinales d'après le procédé de Bassini.

Mermann (F.). Zur Frage der Heilbarkeit der tuberkulösen Meningitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Sur la curabilité de la méningite tuberculeuse.

Metnitz (J. R. von). Lehrbuch der Zahnheilkunde. 3e éd. In-8°, 451 p. avec fig. Vienne. — Traité de l'art dentaire.

Mynter (H.). Subacromial dislocation from muscular spasm. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Nehrkorn (A.). Histologische und experimentelle Beiträge zur Frage der Schnittführung und Nahtmethode bei Laparotomien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Recherches histologiques et expérimentales sur le mode d'incision et de suture dans les laparotomies.

Schmidt (G. B.). Ueber die Radikaloperation der Spina bifida. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Simon (O.). Zwei Fälle seltener maligner Vulvatumoren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Deux cas de tumeurs malignes rares de la vulve.

Stroganov (V.). Pathogénie et traitement de l'éclampsie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 juin, 6, 13 et 27 juillet.)

Thiemich (M.). Ueber die Storch'sche Reaction der Frauenmilch. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Sur la réaction de Storch du lait de femme.

Van der Hoeven (P. T.). Junge menschliche Eier. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Ovules humains au début de leur développement.

Walker (E.). Infection of an ovarian cyst by the typhoid bacillus. (*Amer. Practitioner and News*, 1er juin.)

Würth von Würthenau. Die Dauerresultate der vaginalen Uterusexstirpationen an der chirurgischen Klinik in Heidelberg (1878-1900). (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Zangemeister (W.). Ueber primäres Tubencarcinom. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Zimmermann (V.). Die intrauterine Ballonbehandlung in der Geburtshülfe. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

22e ANNÉE. — N° 48. Vingt centimes le numéro. 26 NOVEMBRE 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Clinique médicale. — M. le professeur Teissier : L'aortite abdominale.......... 389
Sociétés savantes : *Société de chirurgie.* — Traitement de l'appendicite.......... 392
Périnéorrhaphie avec réunion des releveurs de l'anus.......... 392
Société médicale des hôpitaux. — Lymphocytose rachidienne dans le zona.......... 392
Ictère chronique acholurique congénital... 392
Paralysie faciale au cours de la syphilis secondaire.......... 392
Arthrites blennorrhagiques.......... 393
Phlébite au cours de la syphilis secondaire. 393
Société de biologie. — Sur l'état des réflexes dans le diabète, au point de vue du diagnostic différentiel du pseudo-tabes diabétique.......... 393
Le sang dans la paralysie générale.......... 393
Sur la présence de granulations oxyneutrophiles dans les cellules nerveuses.......... 393
Effets de l'inoculation aux singes de produits varioliques.......... 393
Sur le mécanisme de production des souffles extracardiaques de l'homme.......... 393
Séroréaction dans l'infection pyocyanique chez l'homme.......... 393
De l'action du suc hépatique contre le prurit et l'urticaire post-sérothérapique.......... 394
Présence du bacille de Koch dans l'urine des tuberculeux, en l'absence de lésion rénale spécifique.......... 394
Variations de l'uréogénie sous l'influence de la glycosurie alimentaire provoquée.. 394
Paralysies diphtériques expérimentales.... 394
Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Le sérum antistreptococcique contre la scarlatine.......... 394
Les anévrysmes artério-veineux d'origine traumatique.......... 394
Hernie diaphragmatique vraie.......... 394
Sur la dystopie congénitale du rein.......... 394
Sur un sérum antimorphinique.......... 394
Lettres d'Autriche. — Sur les différences existant entre le crétinisme endémique et le crétinisme sporadique.......... 394
Résection du foie pour gomme syphilitique 395
Abcès de l'encéphale, d'origine otique.... 395
Atrophie familiale du nerf optique.......... 395
La constipation idiopathique d'origine spasmodique.......... 395
Traitement de l'ulcère gastrique par la thiosinamine.......... 395
Blessure du péricarde par arme à feu.......... 395
Littérature médicale : *Publications espagnoles.* — Chirurgie de l'appareil circulatoire : l'anastomose artério-veineuse.......... 395
Notes thérapeutiques. — Le massage au moyen du bain de mercure dans la pratique chirurgicale.......... 396
Le soufre dans le traitement de la dysenterie.......... 396
La valeur de l'urée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.......... 396
Un procédé d'incision et de suture abdominales pour éviter les hernies post-laparotomiques.......... 396
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès de l'encéphale d'origine otique...... 395[1]
Anastomose artério-veineuse.......... 395[3]
Anévrysmes artério-veineux d'origine traumatique.......... 394[2]
Aortite abdominale.......... 389[1]
Appendicite.......... 392[1]
Arthrites blennorrhagiques.......... 393[1]
Atrophie familiale du nerf optique.......... 395[2]
Bacille de Koch et sa présence dans l'urine des tuberculeux.......... 394[1]
Bain de mercure comme moyen de massage. 396[1]
Blessure du péricarde par arme à feu...... 395[3]
Capsules surrénales et leurs réactions...... 394[2]
Constipation idiopathique d'origine spasmodique.......... 395[2]
Crétinisme endémique et sporadique.......... 394[3]
Diabète et état des réflexes.......... 393[1]
Dysenterie.......... 396[2]
Dystopie congénitale du rein.......... 394[3]
Gomme syphilitique du foie.......... 395[1]
Granulations oxyneutrophiles des cellules nerveuses.......... 393[2]
Hernie diaphragmatique.......... 394[3]
Ictère chronique acholurique congénital..... 392[3]
Laparotomie et sa technique.......... 396[3]
Liquides et leur séjour dans l'estomac...... 394[2]
Lymphocytose rachidienne dans le zona...... 392[2]
Massage au moyen du bain de mercure..... 396[1]
Paralysie faciale au cours de la syphilis secondaire.......... 392[3]
— générale.......... 393[2]
Paralysies diphtériques expérimentales..... 394[1]
Périnéorrhaphie et sa technique.......... 392[2]
Phlébite au cours de la syphilis secondaire.. 393[1]
Pseudo-tabes diabétique et état des réflexes. 393[1]
Sang dans la paralysie générale.......... 393[2]
Scarlatine.......... 394[2]
Séroréaction dans l'infection pyocyanique chez l'homme.......... 393[3]
Sérum antimorphinique.......... 394[3]
— antistreptococcique contre la scarlatine.......... 394[2]
Souffles extracardiaques et mécanisme de leur production.......... 393[3]
Soufre contre la dysenterie.......... 396[2]
Suc hépatique contre le prurit et l'urticaire post-sérothérapique.......... 394[1]
Syphilis secondaire et paralysie faciale...... 392[3]
— — et phlébite.......... 393[1]
Thiosinamine contre l'ulcère gastrique...... 395[3]
Traitement de la dysenterie.......... 396[2]
— de l'appendicite.......... 392[1]
— de la scarlatine.......... 394[2]
— de la tuberculose pulmonaire.......... 396[3]
— de l'ulcère gastrique.......... 395[3]
Tuberculose pulmonaire.......... 396[3]
Ulcère de l'estomac.......... 395[3]
Urée contre la tuberculose pulmonaire...... 396[3]
Uréogénie et ses variations sous l'influence de la glycosurie alimentaire provoquée... 394[1]
Variole et son inoculation au singe.......... 393[3]
Zona et lymphocytose rachidienne.......... 392[2]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Paul Poirier, agrégé, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Farabeuf.

Ecole de médecine d'Alger. — Sont institués suppléants, pour une période de neuf ans : MM. les docteurs Scherb (*médecine*) ; Cange (*chirurgie*).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Adolf Passow, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Heidelberg, est nommé professeur extraordinaire d'otologie.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Hans Liniger est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Viktor Hinsberg, privatdocent à la Faculté de médecine de Königsberg, est nommé professeur extraordinaire d'otologie et de laryngologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur M. Pfaundler, privatdocent de pédiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur O. Frese est nommé privatdocent de laryngologie et de rhinologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur W. Kümmel, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Breslau, est nommé professeur extraordinaire d'otologie.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur E. von Düring, professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople, est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Th. Rein est nommé professeur extraordinaire de médecine opératoire et d'anatomie topographique.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Salvatore Santomauro est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Julius Zappert est nommé privatdocent de pédiatrie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur L. Landois, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur M. Carmona y Valle, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Mexico. — M. le docteur W. M. Vertrees, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale au Nashville Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

PHYSIOLOGIE

Bonnet (R.). Weitere Mitteilungen über Embryotrophe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 juillet.) — Nouvelles recherches sur la nutrition de l'embryon.

Bouin (P.). Les deux glandes à sécrétion interne de l'ovaire : la glande interstitielle et le corps jaune. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.)

Chanoz (M.) et **Lesieur** (Ch.). Contribution à l'étude cryoscopique des urines des sujets normaux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Cohn (R.). Zur Frage des Glykokollvorrats im tierischen Organismus. (*Prag. med. Wochensch.*, 5 et 12 juin.)

Hamburger (H.-J.) et **Hekma** (E.). Sur le suc intestinal de l'homme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Labbé (M.). Le sang (physiologie générale). In-16, 96 p.

Majewski (F.) et **Zebrowski** (B.). Przyczynek do skladu chemicznego zólci u czlowieka. (*Gaz. lekarska*, 5 juillet.) — Sur la composition chimique de la bile humaine.

Messedaglia (L.) et **Coletti** (N.). Ricerche sul punto crioscopico della bile. (*Morgagni*, mai.)

Motta Coco (A.). Sul movimento vibratile degli epitelii ciliati. In-4°, 14 p. Catane.

Scheffer (W.). Ueber eine mikroskopische Erscheinung am ermüdeten Muskel. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juin.) — Une constatation microscopique sur un muscle fatigué.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Cantacuzène (J.). Recherches sur le mode de résorption des cellules hépatiques injectées dans l'organisme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Carrara (M.). Siero precipitante specifico per il sangue ottenuto mediante iniezioni di nucleoproteidi. (*Riv. critica di clinica medica*, 13 sept.)

Cristiani (H. et Mme A.). Recherches sur les capsules surrénales. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Descos (A.) et **Barthélemy** (H.). Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets préventifs et curatifs du sérum antitétanique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Fibiger (J.) et **Jensen** (C. O.). Overförelse af mennesketuberkulose til kvæget. (*Hospitalstidende*, 10 sept.) — Inoculation de la tuberculose humaine au veau.

Nicolas (J.) et **Descos** (A.). Passage des bacilles tuberculeux après ingestion dans les chylifères et le canal thoracique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Albrecht (E.). Ueber physiologische Funktionen von Tumoren. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 et 15 juillet.)

Ascoli (G.) et **Figari** (F.). Ueber Nephrolysine. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 juin et 7 juillet.)

Biedl (A.). Theoretisches über das Wesen und die Behandlung des Fiebers. (*Wien. med. Wochensch.*, 2, 9 et 16 août.) — Considérations théoriques sur la nature et le traitement de la fièvre.

Brieger (L.). Ueber die Darstellung einer spezifisch wirkenden Substanz aus Typhusbakterien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 juillet.) — Sur la préparation aux dépens des bacilles typhoïdiques d'une substance à action spécifique.

Centanni (E.). Sulle stomosine : la vaccinazione in vitro. (*Riforma med.*, 17 et 18 juillet, 8, 9 et 11 août.)

Decastello (A. von) et **Sturli** (A.). Ueber die Isoagglutinine im Serum gesunder und kranker Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er juillet.)

Ehrlich (P.) et **Marshall** (H. T.). Ueber die complementophilen Gruppen der Amboceptoren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 juin.)

Freund (E.). Leistungen und Bestrebungen in der Stoffwechselpathologie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er et 8 mai.) — Les progrès de la pathologie des échanges intra-organiques.

Fürst (L.). Ueber Hämoglobinverlust und Hämoglobinersatz. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 21 août.) — Pertes et régénération d'hémoglobine.

MÉDECINE

Agéron. Diagnostisch-therapeutische Bemerkungen zum Magengeschwür. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 juillet.) — Considérations sur le diagnostic et le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Bickel (A.). Zur Lehre von der elektrischen Leitfähigkeit des menschlichen Blutserums bei Urämie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 juillet.) — Sur la conductibilité électrique du sérum sanguin dans l'urémie.

Binetti (G.). Contributo alla patogenesi dei rumori anemici. (*Gazz. degli Osped.*, 27 juillet.)

Borgherini (A.). Il meccanismo della insufficienza valvolare aortica in casi di aneurisma dell'aorta ascendente. (*Morgagni*, mai.)

Brouardel (P.) et **Gilbert** (A.). Traité de médecine et de thérapeutique. T. X : maladies des nerfs périphériques; névroses; maladies des muscles. In-8°, 872 p. avec fig.

Bruining (J.). Zur Frage der alimentären Glykosurie bei Leberkranken. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 juin.) — De la glycosurie alimentaire dans les affections du foie.

Bulletin de la Société de médecine de Rouen. 2e série. T. XV (année 1901). In-8°, 82 p. avec fig. Rouen.

Campanella (G.). L'ipocloruria nelle malattie acute e croniche. (*Gazz. degli Osped.*, 10 août.)

Claude (H.) et **Mauté** (A.). La chlorurie alimentaire expérimentale dans les néphrites. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Clément (E.). Contribution à la pathogénie des souffles musicaux. (*Lyon méd.*, 3 août.)

Corral y Maestro (L.). Prontuario de clínica propedéutica. In-8°, 504 p. avec fig. Valladolid. Andrés Martin Sanchez.

Cova (A.) et **Bono** (G.). Sopra un caso di diabete pancreatico associato a nefrite cronica. (*Gazz. degli Osped.*, 20 juillet.)

Debussières. Tableaux synoptiques de médecine d'urgence. In-8°, 184 p.

De Dominicis. Diabete floridizinico e permeabilità renale. (*Gazz. degli Osped.*, 6 juillet.)

Dorendorf. Ueber ein bisher wenig beachtetes Aneurysmensymptom. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 juillet.) — Sur un symptôme encore peu connu des anévrysmes.

Duplant (F.). Pyo-pneumothorax enkysté. (*Lyon méd.*, 17 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Antonacopoulo (A. N.). Sérothérapie et vaccination antipesteuses. In-8°, 47 p. Constantinople.

Bendix (E.) et **Bickel** (A.). Zur Aetiologie der Angina typhosa. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 juin.)

Boeg (A.). Et epidemiologisk bidrag til lungeftisens ætiologi. In-8°, 165 p. Copenhague. — L'étiologie de la tuberculose pulmonaire.

Cappuccio (D.). A proposito di due casi di phlegmasia alba dolens in corso di tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 13 juillet.)

Cerf (L.). De la sérothérapie préventive de la diphtérie. (*Anjou méd.*, oct.)

Coudray (P.). Le cancer étudié particulièrement comme maladie infectieuse ; rôle des ganglions lymphatiques dans l'infection cancéreuse. In-8°, 24 p. Clermont.

De Jong (D. A.). De éénheid der zoogdiertuberculose. Verslag van vergelijkende onderzoekingen naar de werking van tuberkelbacillen, afkomstig van het rund en van den mensch, bij runderen en bij andere dieren, aan den minister van waterstaat, handel en nijverheid. In-4°, 129 p. avec 10 planches. Leyde. — L'unicité de la tuberculose des mammifères : expériences comparatives sur l'action pathogène, pour les animaux, des bacilles tuberculeux provenant du bœuf et de l'homme. (Rapport adressé au ministre des eaux, du commerce et de l'industrie des Pays-Bas.)

Delfino (J. C.). Las diversas especies de hemosporideos palúdicos en la República argentina. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Della Torre (C. E.) et **Gargáno** (C.). Alcune osservazioni sopra gli individui assoggettati alla cura Pasteur. (*Riv. critica di clinica medica*, 2 août.)

Galliot (A.). Dysenterie aiguë et chronique (étiologie; bactériologie; anatomie pathologique). In-16, 167 p.

Gebhardt (F. von) et **Torday** (A. von). Ueber die Serumdiagnose der Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Auerbach (S.). Zur Behandlung der functionellen Neurosen bei Mitgliedern von Krankenkassen. (*Berlin. Klinik*, août.)

Baudouin (F.). Hystérie saturnine. (*Touraine méd.*, août.)

Bernheim. De l'élément psychique dans l'hémianesthésie hystérique. (*Rev. de méd.*, août.)

Bielsky (A.) et **Kaplan** (Y.). Un cas rare de paralysie alterne traumatique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 13-14.)

Brissaud (E.) et **Bruandet.** De l'exagération des réflexes tendineux dans les névrites périphériques. (*Journ. de neurol.*, 5 août.)

Corsini (F.). Epilessia in malarico. (*Gazz. degli Osped.*, 3 août.)

Cruchet (R.). Des tics en général. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 31 août.)

Ferrarini (C.) et **Paoli** (G.). Sindrome paralitica generale per cisticercosi del cervello. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 2-3.)

Fisher (H. M.). Traumatic Pott's disease, followed by spastic paraplegia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Hartenberg (P.). Les formes pathologiques de la rougeur émotive. (*Rev. de méd.*, août.)

Herzog. Ein Fall von gonorrhoischer Rückenmarkserkrankung mit seltener Lokalisation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 juillet.) — Un cas de lésion blennorrhagique de la moelle épinière, à localisation rare.

Higier (H.). Wspolruchy swoiste w obrebie porazonego zwieracza (*m. orbicularis palpebrarum*) i dzwigacza powieki gornej (*m. levator palpebrae superioris*). (*Gaz. lekarska*, 16 août.) — Mouvements conjugués particuliers de l'orbiculaire des paupières et du muscle élévateur de la paupière supérieure.

Holst (P. F.). Om lokal asfyxi og symmetrisk gangræn (Raynaud's sygdom). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.)

Infeld (M.). Ein Fall von Balkenblutung, nebst einem Beitrag zur Auffassung hysterischer Erscheinungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 juin.) — Un cas d'hémorrhagie du corps calleux; contribution à l'interprétation des phénomènes hystériques.

Kéraval (P.). Automutilation d'un délirant religieux. (*Echo méd. du Nord*, 31 août.)

Löwenfeld (L.). Ueber Narkolepsie. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 juin.)

Spiller (W. G.). Two cases of partial internal hydrocephalus from closure of the interventricular passages, with remarks on bilateral contractures caused by an unilateral cerebral lesion. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc*, juillet.)

Stegmann. Ueber Encephalitis haemorrhagica acuta. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 juillet.)

Steinert (H.). Ueber den Intentionskrampf der Sprache, die sogenannte Aphthongie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 juillet.)

Svenson (F.). Om katatoni. (*Hygiea*, août et sept.)

Toutychkine (P.). Le rôle de la sélection à rebours dans le processus de la dégénérescence familiale neuro-psychique (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 3.)

Treupel (G.). Ueber multiple Sklerose in klinischer Beziehung und ihre differentielle Diagnose. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mai.)

Vanysek (R.). O pomèru jazyka pri obrne nervu licniho. (*Sbornik klinicky*, III, 6.) — La position de la langue dans la paralysie faciale.

Vitek (V.). Chorea hysterica arythmica. (*Sbornik klinicky*, III, 6.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bernhardt (R.). Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes, odrebna postac t. zw. sarcomatosis cutis. (*Gaz. lekarska*, 26 juillet et 2 août.)

Boinet et **Ehlers**. Spedalskhed paa den franske Riviera. (*Ugeskrift for Læger*, 12, 19 et 26 sept., 3 et 10 oct.) — La lèpre dans le Midi de la France.

Brito Foresti (J.). Un caso de urticaria pigmentaria (enfermedad de Nettleship). (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Cedercreutz (A.). Beiträge zur Kenntnis des Stickstoffwechsels in der Frühperiode der Syphilis, nebst Untersuchungen über die Einwirkung therapeutischer Quecksilber- und Jodkaligaben auf den Stoffwechsel des Menschen. In-8°, 57 p. Breslau. — Les échanges organiques au début de la syphilis; influence du mercure et de l'iodure de potassium sur les échanges organiques.

Passtoors (Th.). Een op psoriasis gelijkende huidziekte. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 sept.) — Une nouvelle forme de dermatose ressemblant au psoriasis.

Secchi (T.). Osservazioni istologiche su un caso di acne bromica. In-8°, 20 p. Cagliari.

Shukowsky (W.). Angeborener syphilitischer Pemphigus ohne Affection der Fussohlen und Handteller. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 3-4.) — Pemphigus congénital syphilitique sans lésions de la paume des mains et de la plante des pieds.

Valentine (F. C.). The morning drop; its treatment. (*Med. News*, 19 juillet.) — La goutte militaire et son traitement.

Wechselmann (W.). Ueber die durch Primelgift hervorgerufene Entzündung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.) — Sur l'inflammation provoquée par les primulacées.

Zeissl (M. von). Lehrbuch der venerischen Krankheiten (Tripper, venerisches Geschwür, Syphilis). In-8°, 532 p. avec fig. Stuttgart. — Traité des maladies vénériennes.

PARASITOLOGIE

Becker. Ueber die durch Trichocephalus dispar verursachten Krankheitszustände. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 juin.)

Drake (A. K.). Trichinosis. (*Journ. of Med. Research*, juin.)

Lignières (J.). Contribution à l'étude de la trypanosomose des équidés sud-américains connue sous le nom de « Mal de cadera » (Trypanosoma Elmassiani). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Oliver (J. H.). Profilaxia de la enfermedad hidatidica. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Vuillemin (P.). L'espèce et la détermination des parasites. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.)

Willson (R. N.). Botriocephalus latus; report of a case of double infection, with a discussion of the causation of primary and secondary pernicious anæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

CHIRURGIE

Baracz (R. von). O przepuklinach ledzwiowych i brzusznych bocznych (laparocele). (*Gaz. lekarska*, 2, 9 et 16 août.)

Batsch. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Wanderniere. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 juin.) — Contribution au diagnostic et au traitement du rein mobile.

Beck (C.). On the treatment of fracture of the anatomical neck of the humerus by the aid of the Röntgen rays. (*New York Med. Journ.*, 5 avril.)

Bernabeo (G.). Lezioni di patologia e terapia chirurgica generale e speciale dettate nell'Ospedale clinico Gesù e Maria di Napoli. In-8°, 872 p. avec fig. Naples.

Bichat (H.). De l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Boccasso (G. B.). Chirurgia dello stomaco. In-8°, 112 p. Turin.

Campana (R.). Alcune proprietà di morfologia e di etiologia a proposito di un fibroma perianale. (*Riforma med.*, 10 juillet.)

Carini (F.). Sull'operazione di Talma. (*Gazz. degli Osped.*, 24 août.)

Carless (A.). Gastrostomy. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Carrel. Un procédé rapide de résection costale. (*Lyon méd.*, 10 août.)

Crämer (F.). Zur Diagnose des Dickdarmkarzinoms. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juin.) — Diagnostic du cancer du gros intestin.

Cumston (Ch. G.). Some of the difficulties and errors in the diagnosis of appendicitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Curcio (A.). Dei sovraelevamenti della scapola. (*Riv. di ortoped. e terap. fisica*, mai-juillet.)

Dalla Rosa (C.). La chirurgia delle vie biliari. In-8°, 190 p. Venise.

Druebert (J.). La dérivation des urines par l'intestin. In-8°, 44 p. avec fig. Le Mans.

Niemack (J.). Intestinal polyposis and carcinoma. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Oraison. Cryptorchidie double avec atrophie considérable de la verge. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, juillet.)

Petersen (W.). Ueber Heilungsvorgänge im Carcinom; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Carcinom-Riesenzellen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Picqué (R.). La hanche bote ou coxa vara des adolescents. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Riedel. Die Erhaltung der Vena femoralis bis zum letzten Akt der Exarticulatio femoris nach Rose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 19 juillet.) — La conservation de la veine fémorale jusqu'au dernier temps de la désarticulation du fémur d'après le procédé de Rose.

Rindfleisch (W.). Ueber nahtlose Darmausschaltung (Invaginationsmethode). (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Exclusion de l'intestin sans suture.

Schiller (A.). Beiträge zur pathologischen Bedeutung der Darmparasiten, besonders für die Perityphlitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — La signification pathologique des parasites intestinaux, surtout pour la pérityphlite.

Schönwerth (A.). Ueber subkutane Milzrupturen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juin.) — Les ruptures sous-cutanées de la rate.

Simon (O.). Beitrag zur Kenntnis der intrathoracischen Strumen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Slomann (H. C.). Tuberkulose og trauma. (*Bibliotek for Læger*, oct.)

Starck (H.). Ueber multiple cartilaginäre Exostosen und deren klinische Bedeutung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Steinthal (C.). Erfahrungen über Gastroenterostomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Steudel. Zur Behandlung und Operation der Muskelbrüche. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Traitement des hernies musculaires.

Taddei (D.) et **Delaini** (F.). Ricerche sperimentali sulle iniezioni interstiziali di vaselina, di paraffina e di agar. (*Riforma med.*, 21, 22 et 23 juillet.)

Thomas (J. L.). Removal of one-third of the stomach with three and a-half inches of duodenum for cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 12 juillet.) — Extirpation d'un tiers de l'estomac et d'une portion du duodénum pour cancer.

Tilton (B. T.). The operative treatment of diseases of the pancreas. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Verdier. Observations de fracture de la rotule. (*Gaz. méd. de Nantes*, 5 et 12 juillet.)

Vivenza (F.). Resoconto chirurgico dell'Ospedale Morelli Bugna in Villafranca Veronese. In-8°, 60 p. Mantoue.

Völcker (F.). Behandlung der Frakturen mit primärer Knochennaht. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Traitement des fractures par la suture osseuse immédiate.

Ware (M. W.). The rôle of the bacillus proteus vulgaris in surgery. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Waterman (J. H.). Tendon transplantation; its history, indications and technic. (*Med. News*, 12 juillet.)

Wilms. Tragfähiger Amputationsstumpf; Bedeckung mit der Achillessehne. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 5 juillet.) — Utilisation du tendon d'Achille pour la confection du moignon d'amputation de la jambe.

Würth von Würthenau. Die modernen Principien in der Behandlung der penetrierenden Bauchwunden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — L'état actuel du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Zanardi (U.). Sopra un caso di ranula congenita di grandi dimensioni. (*Gazz. degli Osped.*, 20 juillet.)

Zoledziowski (M.). Zwichnienie prawej kosci skokowej. (*Gaz. lekarska*, 12 juillet.) — Luxation de l'astragale droit.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bogdanik (J.). Ueber ectopische Schwangerschaft. (*Wien. med. Presse*, 13 juillet.) — De la grossesse extra-utérine.

Capaldi (A.). Le autointossicazioni gravidiche e la loro cura. In-8°, 124 p. Naples.

Del Monaco (C.). Distocia fetale per distensione della vescica. (*Gazz. degli Osped.*, 24 août.)

Dikshoorn. Een geval van evolutio spontanea. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 sept.)

Drejer. Mine erfaringer om födslen ved trangt bækken, specielt om den operative behandling af samme. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet et août.) — Les accouchements en cas de rétrécissement du bassin, surtout au point de vue de l'intervention opératoire.

Endelman (Z.). Beitrag zum geburtshilflichen Verfahren bei Komplikation der Schwangerschaft durch Mastdarmkrebs. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 août.) — Conduite à tenir pendant le travail en cas de complication de la grossesse par un cancer du rectum.

Gottschalk (S.). Ueber das Folliculoma malignum ovarii. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 juin.)

Grouzdev (V.). L'uréthroplastie d'après le procédé de M. S. Soubbotine dans la pratique gynécologique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 août.)

Hermes. Zur Verletzung der Scheide beim Coitus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 août.) — Lésions du vagin par coït.

Krivochéine (M.). De l'acétonurie dans les affections gynécologiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 juillet.)

Neugebauer (F.). Einige Worte über die Mutterhals-Scheidenfisteln der Portio vaginalis uteri (Fistulae cervico-vaginales laqueaticae). (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 août.)

GÉNÉRALITÉS

Bernardbeig. Les médecins et le Code civil (art. 909). In-8°, 47 p. Agen.

Bullrich (A.) et **Martinez** (A.-B.). Annuaire statistique de la ville de Buénos-Ayres (11e année, 1901). In-8°, 327 p. Buénos-Ayres.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique (1852-1902). In-8°, 168 p.

Guibal (P.). Guide du médecin praticien; aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. In-18, 676 p. avec fig.

Lamb (G.) et **Hanna** (W.). Standardisation of Calmette's anti-venomous serum with pure cobra venom : the deterioration of this serum through keeping in India. In-4°, 19 p. Calcutta.

Le Bêle (J.). L'hygiène de l'estomac et la cuisine, ou la capacité digestive suivant les individus, la nature des aliments et leur apprêt culinaire. In-18, 306 p.

Lemaistre (P.). Du sevrage chez le chien. (*Limousin méd.*, juillet.)

Proceedings of the Society for the study of inebriety for the year 1901-1902. In-8°, 58 p. Londres. — Compte rendu des travaux de la Société pour l'étude de l'alcoolisme en 1901-1902.

Régnault (J.). Médecine et pharmacie chez les Chinois et chez les Annamites. In-8°, 233 p. avec fig. Challamel.

Reynès (H.). Rapport et enquête générale sur l'admission dans les hôpitaux et hospices [de France] des malades payants et des victimes d'accidents du travail hospitalisées au tarif des indigents. In-8°, 64 p.

Richer (P.). Introduction à l'étude de la figure humaine. In-8°, 190 p.

Zangger (T.). Der Stand der Volksheilstättenbewegung in der Schweiz. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 14 juillet.) — L'état actuel de la question des sanatoria en Suisse.

22e ANNEE. — N° 49. Vingt centimes le numéro. 3 DÉCEMBRE 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans la néphrite chronique, par M. le professeur R. Lépine 397

MÉDECINE PRATIQUE. — Un nouveau réactif des pigments biliaires dans l'urine, par M. le docteur F. Baudouin 398

BULLETIN. — A propos de la mortalité comparée des armées française et allemande. 399

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Le gélo-diagnostic des selles dans la fièvre typhoïde 400

Société médicale des hôpitaux. — Paralysie ascendante aiguë; névrite radiculaire sans altération méningée; absence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien . 400
Les éliminations urinaires dans les néphrites scléreuses chroniques 400
Infection pneumococcique généralisée.... 400
Rhino-pharyngite typhoïdique à bacille d'Eberth 400
Méningite cérébro-spinale terminée par guérison 401

Société de biologie. — L'évolution des cellules sanguines comparée à l'évolution et à la différenciation des cellules épithéliales... 401
Production de l'inhibition cérébrale chez l'homme par les courants électriques 401
Immunisation par des mélanges de virus rabique et de sérum antirabique 401
Cultures liquides homogènes et mobilité des bacilles « acido-résistants » 401
De l'hyperglobulie dans le thyroïdisme expérimental 401

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Sur les lésions cérébrales tardives, consécutives aux traumatismes crâniens. 401
L'hypertrophie du cœur dans les néphrites. 402
Un cas de diabète sucré avec lipémie considérable 402

Académie de médecine de Belgique. — Les fibres inhibitrices du cœur appartiennent au nerf pneumogastrique 402
Contribution à l'étude de la névrose traumatique 402
Un cas d'hypertrophie des seins avec atypie des tubes glandulaires, chez une fillette de onze ans 403
Le saturnisme professionnel dans les marbreries 403
La cryoscopie des solides de l'organisme.... 403

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications anglaises.* — La fluorescence de la quinine et d'autres remèdes employés contre les fièvres paludéennes 403
Fracture de la base du cinquième métatarsien, de cause indirecte 403

Publications italiennes. — Sur la valeur séméiologique de l'épilepsie partielle 403
Adénocarcinome des glandes sudoripares.... 404

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement du lupus par le radium 404
Emploi des injections sous-cutanées de scopolamine et de morphine dans la pratique obstétricale 404
Cure radicale de l'hydrocèle par excision de la vaginale au thermocautère 404

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Adénocarcinome des glandes sudoripares.... 404[1]
Anesthésie générale au moyen des courants électriques .... 401[1]
Bacilles acido-résistants en cultures homogènes .... 401[2]
— de la lèpre dans le mucus nasal.... 401[3]
Cryoscopie des solides de l'organisme.... 403[1]
Diabète sucré avec lipémie considérable.... 402[2]
Eliminations urinaires dans les néphrites scléreuses chroniques .... 400[3]
Epilepsie partielle et sa valeur séméiologique .... 403[3]
Eventration du diaphragme .... 402[2]
Fièvre typhoïde .... 400[1]
— — et rhino-pharyngite .... 400[3]
Fracture de la base du cinquième métatarsien .... 403[2]
Gélo-diagnostic des selles dans la fièvre typhoïde .... 400[1]
Hydrocèle .... 404[3]
Hyperglobulie dans le thyroïdisme expérimental .... 401[3]
Hypertrophie des seins avec atypie des tubes glandulaires .... 403[1]
— du cœur dans les néphrites ... 402[1]
Infection pneumococcique généralisée .... 400[3]
Lésions cérébrales tardives, consécutives aux traumatismes crâniens .... 401[3]
Leucocytes et leur évolution .... 401[1]
Lupus .... 404[2]
Lymphocytose et altérations méningées.... 400[2]
Méningite cérébro-spinale guérie .... 401[1]
Mortalité comparée des armées française et allemande .... 399[1]
Néphrite chronique .... 397[1]
Néphrites scléreuses chroniques et éliminations urinaires .... 400[3]
Névrose traumatique .... 402[3]
Paralysie ascendante aiguë .... 400[2]
Pigments biliaires et technique de leur recherche .... 398[2]
Pneumogastrique et inhibition du cœur.... 402[2]
Quinine et sa fluorescence .... 403[2]
Radium contre le lupus .... 404[2]
Rage et son immunisation .... 401[2]
Rhino-pharyngite typhoïdique à bacilles d'Eberth .... 400[3]
Saturnisme chez les marbriers .... 403[1]
Scopolamine et morphine en injections sous-cutanées dans la pratique obstétricale .... 404[2]
Thyroïdisme expérimental et hyperglobulie . 401[3]
Traitement chirurgical de la néphrite chronique .... 397[1]
— de l'hydrocèle par excision de la vaginale au thermocautère.... 404[3]
— du lupus .... 404[2]

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Rudolf Wilhelm Finkelnburg est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur P. Pieniazek, professeur extraordinaire de laryngologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Halle. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Paul Braunschweig (*ophtalmologie*), Georg Sobernheim (*hygiène*).

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Raffaele Cimmino, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Richard Thomé est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur Tcherniakhovsky, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Oskar Störk est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Chicago Medical College. — M. le docteur Louis E. Schmidt est nommé professeur des maladies des organes génito-urinaires.

VARIA

Congrès international d'hygiène et de démographie en 1903.

Le onzième Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra à Bruxelles du 2 au 8 septembre 1903.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Francesco Occhini, professeur extraordinaire de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Ernst Mehnert, professeur extraordinaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Max Wilde, privatdocent d'hygiène à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur N. Feuer, professeur extraordinaire d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Budapest.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Askanazy (M.). Ueber die pathologisch-anatomische Wirkung der Hirncysticerken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 juin.) — Les altérations anatomo-pathologiques déterminées par la présence de cysticerques dans le cerveau.

Crowder (Th. R.). A case of hyperplastic tuberculosis of the vermiform appendix. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Giani (R.). Ciste dermoide e formazione eteroplastica di osso in un fibroma del sopracciglio. (*Clinica moderna*, 9 juillet.)

Hilbert (P.). Ein Fall von Perforationsperitonitis aus seltener Ursache (Durchbruch eines ulzerirten Divertikels der Flexura sigmoidea) und mit ungewöhnlichem Verlauf. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 juillet.) — Un cas de péritonite par perforation d'un diverticule ulcéré de l'S iliaque, à évolution insolite.

Hirschfeld (H.). Ueber myeloide Umwandlung der Milz und der Lymphdrüsen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 juillet.) — La transformation myéloïde de la rate et des ganglions lymphatiques.

Nösske (H.). Untersuchungen über die als Parasiten gedeuteten Zelleinschlüsse im Carcinom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 4.) — Recherches sur les inclusions cellulaires dans le cancer, prises pour des parasites.

Radasch (H. E.). Ectopia of the adrenal. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Schlagenhaufer (F.). Ueber das Vorkommen chorionepitheliom- und traubenmolenartiger Wucherungen in Teratomen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 mai et 5 juin.) — Sur la présence, dans les tératomes, de proliférations rappelant les épithéliomes du chorion et les môles hydatiformes.

Tarozzi. Malattia di Hirschsprung e megacolon idiopatico. (*Riforma med.*, 13 et 14 août.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Iovane (A.). Il potere coibente del fegato per l'alcool, studiato comparativamente negli animali molto giovani ed adulti. (*Pediatria*, juillet.)

Kraft (L.). Behandling af karbolsyreforgiftningen; eksperimentelle undersögelser. (*Nord. Tidsskrift for Terapi*, oct.) — L'empoisonnement expérimental par l'acide phénique; son traitement.

Monari (U.). Ricerche sperimentali su una deviazione del sangue portale. In-8°, 22 p. Bologne.

Nebelthau (E.). Experimenteller Beitrag zur Lehre von der Zuckerbildung im diabetischen Organismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 juin.) — Contribution expérimentale à l'étude de la formation du sucre dans l'organisme des diabétiques.

Tarassévitch (L.) et **Chtchastny** (S.). Sur les causes de la mort rapide des animaux immunisés à l'aide de sang hétérogène, survenant sous l'influence des injections intraveineuses consécutives du même sang (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 juillet.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Hüls. Zur Frage der Uebertragung der Rindertuberkulose auf den Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juin.) — A propos de la transmission de la tuberculose bovine à l'homme.

Klein (A.). Zur Frage der Antikörperbildung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 juillet.) — Sur la formation des anticorps.

Kucharzewski (H.). O wplywie jadów (toksyn) bloniczego i tezcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobine i ciezar gatunkowy krwi. (*Kronika lekarska*, 1er juillet.) — Influence des toxines diphtérique et tétanique sur la morphologie, sur l'hémoglobine et le poids spécifique du sang.

Morgenroth (J.). Ueber die Erzeugung hämolytischer Amboceptoren durch Seruminjektion; ein Beitrag zur Kenntnis der Receptoren. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 juin.)

Nicolle (Ch.) et **Trenel** (M.). Recherches sur le phénomène de l'agglutination : variabilité de l'aptitude agglutinative et de la fonction agglutinogène; leurs relations entre elles; leurs rapports avec la mobilité des microbes. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Power (D'Arcy). A further investigation into the causation of cancer. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

MÉDECINE

Eggebrecht (E.). Febris recurrens. In-8°, 229 p. avec fig. Vienne.

Eichler (W.). Przypadek odmy podskórnej (*emphysema subcutaneum*) u osobnika z gruzlica pluc. (*Kronika lekarska*, 15 juillet.) — Emphysème sous-cutané chez un phtisique.

Ekgren (E.). Das Verhalten der Leukocyten im menschlichen Blute unter dem Einfluss der Massage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 juillet.) — L'influence du massage sur les leucocytes du sang humain.

Espine (d'). L'anévrysme de l'aorte ascendante à diverticule antéro-latéral gauche et les tracés sphygmographiques de l'aorte. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Ferrier. Des accidents qui résultent de l'enfouissement sous la neige. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Fussell (M.) et **Riesman** (D.). Spontaneous nontuberculous pneumothorax. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Galli (G.). Ueber die Leistungsfähigkeit des Herzens. (*Münch. med. Wochensch.*, 10, 17 et 24 juin.) — De la capacité fonctionnelle du cœur.

Gibson (G. A.). The nervous affections of the heart. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet et août.) — Les affections nerveuses du cœur.

Glässner (K.). Zur topischen Diagnostik der Magengeschwülste. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 juillet.) — Sur le diagnostic de localisation des néoplasmes de l'estomac.

Glénard (F.). Sur la pathogénie de la prétendue « maladie du rein mobile ». In-8°, 16 p.

Gobbi (G.). L'adenopatia tracheo-bronchiale e i raggi Röntgen. (*Policlinico*, 9 août.)

Goloubinine (L.). Symptomatologie des néoplasmes malins de la plèvre (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 13-14.)

Hampeln (P.). Ueber schwere Abdominalerscheinungen im Beginn einer Pneumonie oder Pleuritis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 5-6.) — Sur les phénomènes abdominaux graves au début de la pneumonie ou de la pleurésie.

Heller (R.). Ueber eine seltene Complication bei Leukämie. (*Wien. med. Presse*, 31 août.) — Une complication rare de la leucémie.

Hirsch (C.). Febris herpetica. In-8°, 34 p. avec fig. Vienne.

Jensen (J.). Om pneumokokperitonitis; kliniske og experimentelle undersögelser. In-8°, 198 p. Copenhague.

Kirikov (N.). Sur la digestion stomacale dans la maladie de Hanot (et chez les sujets bien portants) (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, août.)

Kollmann. Zur Pathogenese des akuten Gelenkrheumatismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er juillet.)

Korczynski (L. von). Zur Kenntnis des Stoffwechsels bei Osteomalacie. (*Wien. med. Presse*, 8, 15, 22 et 29 juin.) — Contribution à l'étude des échanges organiques dans l'ostéomalacie.

Kracheninnikov (I.). Kystes hydatiques des poumons (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

Lafond. Un cas de pleurésie hémorrhagique et purulente métapneumonique suivie de guérison. (*Loire méd.*, juillet.)

Landi (L.) et **Carreras** (G.). Contributo allo studio della sintesi dell'acido fenol-solforico nell'organismo. (*Policlinico*, partie méd., IX, 9.)

Lépine (J.). Cancer du pylore, avec adénite de Troisier aiguë, apparue à la suite de la gastro-entéro-anastomose; ascite lactescente non chyleuse. (*Lyon méd.*, 27 juillet.)

Leusser. Ueber Wanderherz. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er juillet.) — Cœur flottant.

Mariani (F.). Compendio di medicina interna e di terapia razionale. In-24, 731 p. avec fig. Milan.

MALADIES INFECTIEUSES

Gilblas (G.). Contributo alla epidemiologia e alla profilassi della malaria in alcune zone dell'Italia meridionale. (*Gazz. degli Osped.*, 31 août.)

Guérin (C.). La rage. (*Echo méd. du Nord*, 3 août.)

Hödlmoser (C.). Beitrag zur Klinik der nervösen Erscheinungen des Abdominaltyphus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 juin.) — Contribution à l'étude clinique des troubles nerveux dans la fièvre typhoïde.

Johnston (W. B.). Paratyphoid fever; report of 4 cases; analysis of all reported cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Krause (P.). Ueber einen Fall von Impftuberkulose eines Schlachthausarbeiters durch tuberkulöse Organe eines Rindes. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 juin.) — Un cas de tuberculose chez l'homme par inoculation de tuberculose bovine.

Liepelt (K.). Ulnarislähmung nach Typhus abdominalis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 juillet.) — Paralysie du nerf cubital, consécutive à la fièvre typhoïde.

Longcope (W. T.). Paracolon infection, together with the report of a fatal case, with autopsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

MacKaig (A.). Insects and cholera. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Kéraval (P.). Emotions mortelles. (*Echo méd. du Nord*, 27 juillet.)

Lambranzi (R.). Contributo allo studio della « frenosi maniaco-depressiva » e della « melancolia da involuzione ». (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 2-3.)

Levi (H.). Ueber Zehenreflexe. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mai.) — Sur les réflexes des orteils.

Marchand (L.) et **Leuridan** (Ch.). Paralysie générale juvénile. (*Echo méd. du Nord*, 27 juillet.)

Mongeri (L.). L'assistance des aliénés en Turquie. In-8°, 4 p. Anvers.

Mouraviev (V.) et **Toutourine** (V.). De l'étiologie des paralysies ascendantes aiguës (staphylococcémie) (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 13-14.)

Nothnagel. Zur meningealen Apoplexie. (*Wien. med. Presse*, 29 juin.)

Pässler. Ueber einige seltenere Fälle von Migräne. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er juillet.) — Quelques cas rares de migraine.

Piltz (J.). O paradoksalnem oddzialywaniu zrenic na swiatlo; niezwykly przypadek zwezania sie zrenic przy usuwaniu oswietlenia oka. (*Gaz. lekarska*, 16 et 23 août.) — Réaction paradoxale des pupilles à la lumière.

Rosenfeld (M.). Acute aufsteigende Lähmung bei Morbus Basedow. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 juin.) — Paralysie ascendante aiguë dans un cas de maladie de Basedow.

CHIRURGIE

Derocque (P.) et **Le Gargam**. A propos du chlorure d'éthyle. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 août.)

Dubar. Sur un cas de luxation du semi-lunaire. (*Echo méd. du Nord*, 20 juillet.)

Ferraresi (P.). Contributo alla cura del piede varo-equino. (*Policlinico*, 12 juillet.)

Finelli (A.). Le resezioni nei traumi articolari, con speciale riguardo alle lesioni del ginocchio e con l'esposizione di un nuovo processo di artrotomia. In-8°, 69 p. avec fig. Naples.

Fiori (T.). Macchia ecchimotica del dorso del piede da caduta sulla pianta dei piedi da luogo elevato. (*Gazz. degli Osped.*, 17 août.)

Folet (H.). Un cas de non-consolidation de fracture du fémur; cause possible de cette non-consolidation. (*Echo méd. du Nord*, 3 août.)

Gaetano (F.). Sul valore clinico della crioscopia. (*Gazz. degli Osped.*, 6 juillet.)

Gaudier et **Chevalier**. Deux cas de tumeurs thyroïdiennes de la base de la langue. (*Echo méd. du Nord*, 24 août.)

Ghedini (A.). Craniectomia doppia per ferita del cervello. (*Riforma med.*, 29 août.)

Golebiewski (E.). Atlas-manuel de médecine et de chirurgie des accidents. (Ed. française par P. Riche.) In-16, 496 p. avec fig. et planches en couleurs.

Heddaeus (J.). Erfahrungen über den Bruch- und den Luftröhrenschnitt. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 7 et 11 août.) — Considérations sur la herniotomie et la trachéotomie.

Hoffa (A.). Ueber die orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VI, 6.) — Traitement orthopédique de la paralysie spinale infantile.

Jüngst. Trauma und Appendicitis chronica. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.)

Karlow (A.). Om den medullära anestesien. (*Hygiea*, oct.)

Kéraval (P.). Mort subite étrange, mais expliquée: fracture du crâne; ramollissement ancien des deux lobes frontaux. (*Echo méd. du Nord*, 6 juillet.)

Kharitonov (L.). Le soufre comme succédané de l'iodoforme (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Kouzmine (P.). Un nouveau procédé de réfection de la cloison détruite du nez (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 15.)

Krogius (A.). Ueber die primären Sarkome des Sinus frontalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 4.)

Küster (E.). Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren. 2e partie. In-8°, p. 275 à 721, avec fig. et planches. Stuttgart. — La chirurgie des reins, des uretères et des capsules surrénales.

Lauenstein (C.). Zur Frage der Händedesinfektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 juillet.) — Sur la désinfection des mains.

Meijers (F. S.). Radiografisch onderzoek van platvoeten. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 août.) — Examen radiographique des pieds plats.

Meyer (E. von). Ein seltener Fall von akuter Entzündung des Wurmfortsatzes und dadurch bedingter Incarceration des Dünndarms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — Un cas rare d'appendicite aiguë avec étranglement de l'intestin grêle.

Morelli. Un caso di tubercolosi stenosante dell'ultima parte dell'ileo, curato colla enteroanastomosi. (*Gazz. degli Osped.*, 20 juillet.)

Natvig (R.). Undersögelser over asymmetrisk længdeforskjel af underextremiteterne hos den levende og forholdet til den statiske skoliose. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — Recherches sur les écarts asymétriques dans la longueur des extrémités inférieures et sur leurs rapports avec la scoliose statique.

Noccioli (G.). Un caso di ferita renale con ematuria secondaria grave; nefrectomia; guarigione. (*Clinica moderna*, 6 août.)

Nordentoft (S.). Et tilfælde af ensidig partiel nephritis chronica, behandlet med nephrotomi. (*Hospitalstidende*, 15 oct.)

Passover (A.). Induration chronique des corps caverneux (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Aubaret (E.). Emploi de l'orthoscope pour le diagnostic et la mensuration des amétropies par le procédé de l'ombre pupillaire; orthoskiascopie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 août.)

Büdinger (K.). Eine Methode des Ersatzes von Liddefecten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 juin.) — Un procédé de blépharoplastie.

Cirincione (G.). Sur la tumeur prélacrymale. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Dalén (A.). Ett fall af blepharochalasis. (*Hygiea*, oct.)

Falta (M.). Die Therapie des Regenbogenhautvorfalles bei Augenblennorrhoe. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 et 30 août.) — Traitement du décollement de la rétine dans la blennorrhée oculaire.

Fromaget (C.). Zona ophtalmique fronto-nasal. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, juillet.)

Gallemaerts. Les centres corticaux de la vision après l'énucléation ou l'atrophie du globe oculaire. (*Policlinique*, 1er août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Krönig. Zur Technik der abdominellen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Kurz (E.). Haematokele retrouterina infolge von Extrauterinschwangerschaft. (*Wien. med. Presse*, 20 et 27 juillet.)

Lafond-Grellety. Du curettage dans l'endométrite des personnes nerveuses. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 août.)

Linder (F.). Ueber «nasale Dysmenorrhoe». (*Münch. med. Wochensch.*, 3 juin.)

Michelazzi (A.). Sopra un tumore ovarico di genesi dal corpo luteo. (*Riforma med.*, 16 et 18 août.)

Ott (D. von). Die Beleuchtung der Bauchhöhle (Ventroskopie) als Methode bei vaginaler Köliotomie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 août.)

Oui (M.). Hémorrhagies précoces et avortement dans un cas d'insertion vicieuse du placenta. (*Echo méd. du Nord*, 17 août.)

Paciotti (A.) et **Sighinolfi** (G.). Eclampsia in gravidanza. (*Gazz. degli Osped.*, 24 août.)

Perondi (G.). Un caso di ernia dell'utero rudimentario. (*Clinica moderna*, 23 juillet.)

Prandi (A.). Di una metrorragia non comune. (*Gazz. degli Osped.*, 17 août.)

Ross (J. W.). Ectopic gestation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

PÉDIATRIE

Barth (K.). Ein Fall von Meningitis tuberculosa bei einem Kinde mit Ausgang in Heilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mai.) — Un cas de guérison de méningite tuberculeuse chez un enfant.

Bendix (B.). Lehrbuch der Kinderheilkunde. 3e éd. In-8°, 604 p. avec planches. Vienne. — Traité de pédiatrie.

Bézy (P.) et **Bibent** (V.). Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter. (Trad. du français par H. Brodtmann.) In-8°, 236 p. Berlin. — L'hystérie infantile et juvénile.

Carrière (G.). Sur un cas de névrite périphérique chez un enfant. (*Nord méd.*, 15 sept.)

Centeno (A. M.). Adenopatías tráqueo-brónquicas en la infancia; su influencia en la coqueluche febril. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Döllner (M.). Zur Therapie der Melaena neonatorum. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mai.)

D'Orlandi (P.). Contributo allo studio dell'organoterapia nell'anemia splenica infantile. (*Pediatria*, juillet.)

Gillet (H.). Albuminuries intermittentes (seconde enfance; adolescence). In-8°, 185 p.

Lussich (A.). Valor diagnóstico de la punción lumbar; dos observaciones interesantes. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Malinowski (F.). Pseudoparalysis luetica (maladie de Parrot). (*Gaz. lekarska*, 9 août.)

Meyer (A. H.). Undersögelser over mavesaftsekretionen hos börn i förste leveaar. (*Bibliotek for Læger*, juillet et oct.) — La sécrétion du suc gastrique dans la première année de la vie.

Morquio (L.). Bronco-pneumonía y septicemias en los recién nacidos. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Oettingen (W. von). Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses beim Säugling. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 juin, 7 et 14 juillet.) — Traitement du pied bot congénital chez le nourrisson.

Petrone (G. A.). Un caso di peritonite tubercolare simulante una cirrosi atrofica del fegato d'origine palustre. (*Pediatria*, juillet.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Abadie (J.). Bégaiement dysarthrique par lésion limitée de la capsule interne. (*La Parole*, juin.)

Bandelier. Spastische Mydriasis durch Fremdkörper im Ohr. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mai.) — Mydriase spasmodique déterminée par un corps étranger de l'oreille.

Bernard (J.). Laryngite spasmodique grave. (*Gaz. méd. de Picardie*, juillet.)

Chauveau (C.). Pathologie comparée du pharynx. In-8°, 196 p. avec fig.

Cozzolino (V.). Una sintetica casuistica d'otochirurgia e rinochirurgia con relative considerazioni di patologia e terapia. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, della gola e del naso*, XX, 6-7.)

Ferran (C.) et **Rosenthal**. Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale linguale. (*Lyon méd.*, 24 août.)

Gerber. Meine Operationsmethode der chronischen Kieferhöhlenempyeme. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 juillet.) — Mon procédé de traitement opératoire de l'empyème chronique du sinus maxillaire.

Lednev. L'iodoforme contre les otorrhées (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

M'Bride (P.). Some functional neuroses of the throat. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.) — Quelques névroses fonctionnelles de la gorge.

Rosenberg (A.). Nebennieren-Extrakt in der Rhino-Laryngologie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 juin.) — L'extrait surrénal en rhino-laryngologie.

Rubzow (I.). Ueber Complicationen der Otitis media suppurativa. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23 et 26 juillet.)

Sturmann. Zur Behandlung der Oberkieferhöhleneiterungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 juillet.) — Traitement des suppurations des sinus maxillaires.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bastero Lerga (J.). Procedimiento biológico para el reconocimiento médico-legal del orígen de las manchas de sangre. In-12, 80 p. Saragosse. — Procédé biologique pour reconnaître, en médecine légale, l'origine des taches de sang.

Bogdan. Un nouveau cas de mort subite par lésions chroniques du cœur; suspicion d'homicide. (*Arch. d'anthropol. crim.*, juillet.)

Hofmann (E. R. von). Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, mit gleichmässiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. 9e éd. par A. Kolisko. 2e partie. In-8°, p. 481 à 1079. Vienne. — Traité de médecine légale.

Marandon de Montyel. L'affaire Louis Paré. (*Arch. d'anthropol. crim.*, juin et juillet.)

Martin (G.). Empoisonnements par des gâteaux à la crème. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 juillet.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Astruc (A.). Thérapeutique; nouvelle méthode pour l'étudier et la retenir facilement. In-4°, 25 tableaux (avec introduction). A. Maloine.

Campanella (G.). Il trattamento della nefrolitiasi ossalica, urica e fosfatica. (*Gazz. degli Osped.*, 20 juillet.)

Conférence internationale pour l'unification de la formule des médicaments héroïques; Bruxelles, 1902. Procès-verbaux des séances. In-4°, 156 p. Bruxelles.

Cova et **Bono**. Sull'azione dei preparati di ferro nei casi di malaria latente. (*Gazz. degli Osped.*, 13 juillet.)

Ferrarini (G.). Dell'azione esercitata dall'estratto di capsule surrenali sopra l'avvelenamento da nicotina. (*Gazz. degli Osped.*, 27 juillet.)

Giertsen (P. E.). Hjertets behandling med medicinsk gymnastik og massage. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.) — Traitement des maladies du cœur par la gymnastique médicale et le massage.

Gram (Ch.). Klinisk-terapeutiske forelæsninger. In-8°, 363 p. Copenhague. — Leçons de clinique thérapeutique.

Grande (E.). Di un nuovo metodo di cura della parotite epidemica; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 10 août.)

Krause (P.). Ueber die Gefahr der Tetanusinfection bei subcutaner Anwendung der Gelatine zu therapeutischen Zwecken und ihre Vermeidung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 juillet.) — Le danger d'infection tétanique par l'emploi des injections sous-cutanées de gélatine et les moyens de l'éviter.

Leclerc et **Porteret**. Contribution à l'étude de la lécithine. (*Lyon méd.*, 27 juillet.)

Mariani (F.). Le iniezioni endovenose di ossigeno nell'uomo. (*Riforma med.*, 19 juillet.)



22e ANNÉE. — N° 50. Vingt centimes le numéro. 10 DÉCEMBRE 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur M. Jaboulay : Chirurgie des artères; ses applications à quelques lésions de l'artère fémorale.... 405
BULLETIN. — Comme quoi la loi allemande sur la prophylaxie des maladies épidémiques impose au médecin une responsabilité plus grande que ne le fait la loi française. 406
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Le cœur à l'état normal et au cours de la grossesse.... 407
Recherches physiologiques sur les effets de la sympathicectomie cervicale.... 407
Hémoglobinurie musculaire.... 407
Sur la formation des anticorps dans le sérum des animaux vaccinés.... 407
Sur les variations du phosphore minéral, conjugué et organique des tissus animaux 407
Société de chirurgie. — De l'orchite par effort. 407
Traitement de l'appendicite.... 408
Opération de Gritti.... 408
Société médicale des hôpitaux. — Diverticules œsophagiens avec vomissements électifs. 408
De la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques.... 408
Hémorrhagie de la protubérance annulaire sans syndrome de Millard-Gubler.... 408
Société de biologie. — Endothélialite graisseuse du foie déterminée par la cocaïne.... 408
De la propriété agglutinante, à l'égard du bacille d'Eberth, du sérum des animaux immunisés contre le colibacille et réciproquement.... 408
Réactions histologiques des capsules surrénales au surmenage musculaire.... 408
Modifications de l'équilibre leucocytaire dans le thyroïdisme expérimental.... 409
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Adénopathies épitrochléennes symétriques 409
Lichen plan de la langue.... 409
Cancer du sein avec généralisation nodulaire au niveau de la peau.... 409
Cancer arsenical.... 409
Contagiosité de la trichorrhexis nodosa.... 409
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Anévrysme du sinus aortique droit de Valsalva.... 409
Sur la dystopie congénitale du rein.... 410
Sur l' « homme à tête d'oiseau ».... 410
Société de médecine interne de Berlin. — Sur les lésions cérébrales tardives, consécutives aux traumatismes crâniens.... 410
Présence de blastomycètes dans le sang.... 410
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques et chez les personnes saines (signe de Musset).... 410
De l'incision dissimulée dans le fond du creux de l'aisselle pour l'extirpation de certaines tumeurs péri-axillaires, des tumeurs bénignes du sein en particulier.... 410
Un cas de tétanos céphalique avec paralysie faciale et oculaire; guérison.... 411
De la résistance des hématies dans l'anémie pernicieuse et dans les cancers gastriques 411
Publications allemandes. — Quelques essais de sérothérapie du cancer.... 411
De la résistance des cicatrices opératoires après la laparotomie.... 411
Un cas de guérison de méningite tuberculeuse.... 411
Une nouvelle intervention conservatrice sur le testicule.... 411
De l'utilisation pratique de l'autoplastie épiploïque.... 412
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Le sérum antistreptococcique comme moyen de traitement de certaines formes de chorée.... 412
Une méthode de cure radicale de la hernie crurale.... 412
Traitement de la cystite tuberculeuse par des lavages à l'eau salée et des pansements à l'huile iodoformée gaïacolée.... 412
Traitement de la tuberculose pulmonaire par des préparations calcaires associées à la tuberculine.... 412
Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement de l'infection charbonneuse.... 412
L'acide citrique dans le traitement de la fièvre typhoïde.... 412
VARIA. — L'étymologie du mot français « malade ».
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide citrique contre la fièvre typhoïde.... 412³
Adénopathies épitrochléennes symétriques.. 409¹
Anastomoses artério-veineuses.... 405¹
Anémie pernicieuse et résistance des hématies.... 411¹
Anévrysme du sinus aortique droit de Valsalva.... 409³
Anticorps et leur formation dans le sérum des animaux vaccinés.... 407³
Appendicite.... 408¹
Autoplastie épiploïque et sa technique.... 412¹
Bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques.... 408²
— — et son agglutination.... 408³
Blastomycètes dans le sang.... 410³
Bromhydrate neutre de quinine et sa toxicité. 409¹
Cancer.... 411²
— arsenical.... 409³
— du sein avec généralisation nodulaire au niveau de la peau.... 409²
Cancers gastriques et résistance des hématies.... 411¹
Chirurgie des artères.... 405¹
Chorée.... 412¹
Cocaïne et endothélialite graisseuse du foie. 408³
Cœur à l'état normal et dans la grossesse... 407²
Cystite tuberculeuse.... 412²
Diverticules œsophagiens avec vomissements électifs.... 408²
Dystopie congénitale du rein.... 410¹
Endothélialite graisseuse du foie.... 408³
Fièvre typhoïde.... 412³
— et présence du bacille d'Eberth dans le sang.... 408²
Foie et son volume.... 407³
Hématies et leur résistance dans l'anémie pernicieuse et les cancers gastriques.... 411¹
Hémoglobinurie musculaire.... 407²
Hémorrhagie protubérantielle sans syndrome de Millard-Gubler.... 408²
Hernie crurale.... 412²
Homme à tête d'oiseau.... 410¹
Incision dissimulée pour l'extirpation de tumeurs péri-axillaires.... 410³
Infection charbonneuse.... 412³
Laparotomie et résistance des cicatrices.... 411²
Lavages à l'eau salée contre la cystite tuberculeuse.... 412²
Lésions cérébrales tardives par traumatismes crâniens.... 410¹
Leucocytes dans le thyroïdisme expérimental 409¹
Lichen plan de la langue.... 409²
Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la zona.... 408³
Méningite tuberculeuse guérie.... 411³
Opération conservatrice sur le testicule.... 411³
— de Gritti.... 408¹
Orchite par effort.... 407³
Ouverture de la vessie au cours d'une cure radicale de hernie.... 408²
Phosphore des tissus animaux.... 407³
Préparations calcaires contre la tuberculose pulmonaire.... 412³
Prophylaxie des maladies infectieuses en Allemagne.... 406³
Sang des typhoïdiques.... 408²
Secousses rythmiques de la tête.... 410²
Sérothérapie du cancer.... 411²
Sérum antistreptococcique contre la chorée. 412¹
Sublimé en injections intraveineuses contre l'infection charbonneuse.... 412³
Surmenage musculaire et capsules surrénales.... 408³
Sympathicectomie cervicale et ses effets.... 407²
Tétanos céphalique avec paralysie faciale et oculaire.... 411¹
Traitement de la chorée.... 412¹
— de la cystite tuberculeuse.... 412²
— de la fièvre typhoïde.... 412³
— de la hernie crurale.... 412²
— de l'appendicite.... 408¹
— de la tuberculose pulmonaire.... 412³
— de l'infection charbonneuse.... 412³
Trichorrhexis nodosa et sa contagiosité.... 409³
Tuberculose pulmonaire.... 412³
Zona et liquide céphalo-rachidien.... 408³

NÉCROLOGIE

M. le docteur d'Heilly, ancien médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur K. Nicoladoni, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Alphonse Erlitzky, ancien privatdocent de psychiatrie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur John Lloyd, ancien professeur d'anatomie à Queen's College de Birmingham. — M. le docteur David Little, ancien lecteur d'ophtalmologie à Owens College de Manchester.

VARIA

L'étymologie du mot français « malade ».

Dans un article sur *La science étymologique et la langue française*, paru dans la dernière livraison de la *Revue des deux Mondes*, M. A. Thomas explique comme il suit l'étymologie du mot français *malade :*

« Au seizième siècle, on le faisait venir du grec μαλακός « mou » en admettant le changement de *k* en *d*. La phonétique nous apprend que le passage de *k* à *d* est sans exemple et elle nous débarrasse du premier coup de cette hypothèse, que l'on ne rendrait pas meilleure en faisant remarquer que les Romains avaient latinisé μαλακός sous la forme *malacus*, fréquemment employée par Plaute. Au dix-septième siècle, Saumaise supposa que le latin populaire avait formé un adjectif *malatus* « qui a du mal » sur le modèle de *fortunatus* « qui a de la fortune » et il tira le français *malade* de ce latin hypothétique *malatus*.

» Ménage se tint d'abord sur la réserve en faisant remarquer que de *malatus* le français aurait fait *malé*, comme de *fortunatus* il a fait *fortuné*; mais il finit par se convertir à l'idée de Saumaise. Or, un fait ignoré des étymologistes antérieurs au dix-neuvième siècle nous oblige à rejeter *malatus* aussi délibérément que *malacus* : en effet, dans le célèbre manuscrit de la bibliothèque de Clermont-Ferrand, qui nous a conservé le poème de la *Passion*, du dixième siècle, notre mot est écrit *malabde*, et l'étymologie doit rendre compte de la présence de ce *b*, qui a disparu dans la prononciation des siècles postérieurs. Diez a cru résoudre le problème en proposant le latin *male aptus* « mal disposé », et Littré, Scheler et Brachet se sont ralliés à sa manière de voir. Mais cette hypothèse se heurte à deux lois phonétiques solidement établies : dans le groupe latin *pt*, le *p* ne s'affaiblit jamais en *b*, et le *t* ne s'affaiblit jamais en *d*. De même que *septem* est devenu en ancien français *set* (écrit plus récemment *sept* par une restauration savante de l'orthographe latine), *aptus* aurait donné *at*, et le composé latin *male aptus* aurait abouti à *malat*, et non à *malabde*. La véritable étymologie n'a été trouvée qu'en 1874 par M. Cornu, aujourd'hui professeur à l'Université de Gratz : c'est *male habitus*. Le participe *habitus* est devenu successivement *abde*, *ade*, comme le substantif *cubitus* est devenu *cobde*, *code*, *coude*. Nous sommes enfin arrivés à la conquête de la vérité par une connaissance de plus en plus exacte des lois phonétiques. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE LILLE

Bachelet. Étude clinique des fractures de la région du coude.

Bertin. Contribution à l'étude de la paralysie générale observée dans les hôpitaux (étiologie et forme clinique).

Bleuzé. L'hystérectomie est-elle indiquée dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë?

Boulenger. La lécithine (réactions de l'organisme produites par son emploi).

Breton. Le syndrome infantilisme; sa nature dysthyroïdienne.

Bridoux. Pronostic et traitement des fractures de la rotule.

Bruneau. Contribution à l'étude de l'exubérance parotidienne.

Castelain. Contribution à l'étude de l'opération de Bottini.

Caudron. Le fond de l'œil des paralytiques généraux et ses lésions initiales.

Chevalier. Tumeurs linguales solides d'origine thyroïdienne.

Chuffart. Contribution à l'étude des fractures du carpe et de leur traitement.

Colle. Artères du testicule; démonstration d'une anastomose funiculo-spermatico-déférentielle; son rôle après la section totale du cordon.

Damiens. Contribution à l'étude de la botryomycose.

Deckmyn. Les plaies du diaphragme à gauche.

Dehay. Contribution à l'étude des lipomes intramusculaires.

Demoulin. Absence du caractère familial et étiologie infectieuse dans certains cas de maladie de Friedreich.

Denis. Des variations de la formule hémoleucocytaire consécutive à l'administration des salicylates de soude et de méthyle.

Deroy. Psychoses post-typhiques chez les enfants.

Drucbert. De l'exclusion de l'intestin.

Dubiquet. L'asphyxie des extrémités (symptôme d'insuffisance rénale).

Dupont. Des relations entre médecins et pharmaciens.

Durieux. Etude sur les angines aiguës à pneumocoques.

Eissendeck. Des fractures diaphysaires de l'avant-bras et de leur traitement.

Fauverghe. Contribution à l'étude de la perforation spontanée des pyosalpinx dans la vessie.

Gillet. Les pseudo-anévrysmes d'origine hystérique, et, en particulier, les pseudo-anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Guilbert. Contribution à l'étude de la coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral; coxa vara, hanche bote.

Hémery (G.-J.). Contribution à l'étude des luxations du semi-lunaire.

Hémery (O.-J.). Le carreau (tuberculose primitive des ganglions mésentériques).

Ivanoff. Hernie de la trompe de Fallope.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Comptes rendus de l'Association des anatomistes (4e session, Montpellier, 1902). In-8°, XXXII-281 p. avec fig. Nancy.

Dominici (H.). Le ganglion lymphatique. In-8°, 40 p. avec fig.

Ehrlich (P.) et **Weigert** (C.). Encyklopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbelehre. 1re partie. In-8°, 400 p. avec fig. Vienne.

Helly (K.). Wechselbeziehungen zwischen Bau und Function der Milz. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 août.) — Rapports entre la structure et les fonctions de la rate.

Herz (M.). Der Bau des Negerfusses. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 août.) — La structure du pied chez le nègre.

Käs (Th.). Neue Beobachtungen bei der Weigertfärbung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 juin.) — Nouvelles constatations faites à l'aide du procédé de coloration de Weigert.

Latham (V. A.). Résumé of the histology of the dental pulp. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 juillet.)

Lionti (G.). Su di un muscolo condro-costo-epitrocleare. (*Policlinico*, 23 août.)

Poirier (P.) et **Charpy** (A.). Traité d'anatomie humaine. T. II, 4e fasc. In-8°, p. 1075 à 1317, avec fig.

Soukhanoff (S.) et **Czarniecki** (F.). Sur l'aspect externe des prolongements protoplasmatiques des cellules nerveuses de la moelle épinière chez l'homme adulte (par la méthode Golgi-Ramón y Cajal). (*Journ. de neurol.*, 20 août.)

Unna (P.). Anwendungskreis und Resultate der neuen, von mir modifizirten Pappenheim'schen Färbungsmethode (Methylgrün + Pyronin-Methode). (*Deutsche Med.-Ztg.*, 28 août.) — Le champ d'application et les résultats de la méthode de coloration de Pappenheim, modifiée par Unna.

PHYSIOLOGIE

Bertrand (G.). Sur la recherche et sur l'existence de l'arsenic dans l'organisme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Carlier (E. W.). An analysis of human chyle. (*Brit. Med. Journ.*, 19 juillet.)

Chittenden (R. H.). Physiology of the pancreas. (*Med. News*, 9 août.)

Cloetta (M.). Zur Kenntnis der Salzsäuresekretion. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 août.) — Contribution à l'étude de la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

Reichert (E. T.). Cocaine as a thermogenic; its modes of action. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 août.)

Rey-Pailhade (J. de). Rôle du philothion dans les oxydations de l'organisme. In-8°, 25 p. Toulouse.

Schilling (F.). Die Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces. (*Wien. med. Presse*, 10, 17 et 24 août.) — La « digestibilité » des aliments d'après l'examen microscopique des fèces.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Arnold (J.). Ueber Plasmosomen und Granula der Nieren-Epithelien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 1.) — Plasmosomes et granulations de l'épithélium rénal.

Bielschowsky. Zur Histologie und Pathologie der Gehirngeschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.) — Histologie et pathologie des tumeurs cérébrales.

Erb (W.). Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Syphilis des centralen Nervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.)

Ghon (A.). Ueber die Meningitis bei der Influenzaerkrankung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 juin et 3 juillet.)

Harte (R. H.) et **Willson** (R. N.). Carcinoma limited to the appendix vermiformis; discussion of its origin and its relation to appendicitis. (*Med. News*, 2 août.)

Inouye (T.). Ueber das Verhalten des elastischen Gewebes bei Magen-Carcinom. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 2.) — L'état du tissu élastique dans le cancer de l'estomac.

Jessup (D. S.). Primary carcinoma of the vermiform appendix. (*Med. Record*, 23 août.)

Miodowski (F.). Beitrag zur Pathologie des primären und secundären Gallengangs-Carcinoms. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 1.) — Contribution à la pathologie du cancer primaire et secondaire du cholédoque.

Piersol (G. A.). Congenital perforations of the parietal bones. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, août-sept.)

Rosenberg (L.). Rückenmarksveränderungen in einem Falle alter Unterarmamputation. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — Altérations de la moelle épinière dans un cas d'amputation ancienne de l'avant-bras.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Abbott (A. C.) et **Bergey** (D. H.). The influence of alcoholic intoxication upon certain factors concerned in the phenomenon of hæmolysis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, août-sept.)

Almkvist (J.). Ueber die Emigrations-Fähigkeit der Lymphocyten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 1.) — Sur la diapédèse des lymphocytes.

Ascoli (M.). Zur Kenntnis der Präzipitinwirkung und der Eiweisskörper des Blutserums. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 août.) — Contribution à l'étude de l'action des précipitines et des albuminoïdes du sérum sanguin.

Bezzola (C.). Osservazioni sul potere isoaglutinante ed isolitico di sieri di sangue umani. (*Riforma med.*, 19 et 20 août.)

Dehio (K.). Sur le fonctionnement du cœur chez les vieillards (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, juillet.)

Goussev (G.). Contribution à la détermination quantitative des alexines dans les sérums humains (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 août.)

Kolb (K.). Die Verbreitung der bösartigen Neubildungen in Süddeutschland und Schlussfolgerungen über ihre Aetiologie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.) — L'extension des néoplasmes malins dans l'Allemagne du sud et leur étiologie.

Minkowski (O.). Ueber die Umwandlung der Purinkörper im Organismus; Bemerkungen zur Pathologie der Harnsäure. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 juillet.) — Remarques sur la pathologie de l'acide urique.

Schütze (A.). Ueber die spezifische Wirkung einer aus Typhusbakterien gewonnenen Substanz im tierischen Organismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 juillet.) — L'action spécifique d'une substance extraite des bacilles de la fièvre typhoïde.

Strauss (H.). Zur blutreinigenden Function der Nieren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 juin.) — Fonctions dépuratoires des reins.

Strube (G.). Beiträge zum Nachweis von Blut und Eiweiss auf biologischem Wege. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 juin.) — Contribution à la réaction biologique du sang et de l'albumine.

Umber (F.). Zur Chemie und Biologie der Eiweisskörper. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 juillet.) — Chimie et biologie des albuminoïdes.

Wechsberg (F.). Weitere Untersuchungen über die Wirkung bactericider Immunsera. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 juillet.) — Nouvelles recherches sur l'action des sérums bactéricides immunisants.

MÉDECINE

Lochbihler (J.). Zur Kenntnis gerinnungsalterirender Eiweisskörper im Harn bei Pneumonie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 2 août.) — Sur la présence, dans les urines des pneumoniques, d'albuminoïdes troublant la coagulation.

Londe (P.) et **Brécy** (M.). Aortite subaiguë avec poussée aiguë terminale. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 19 janv.)

Monnier (U.). Angine diphtéritique pure; pseudo-rhumatisme avec endo-péricardite diplococcique; mort. (*Gaz. méd. de Nantes*, 30 août.)

Nordentoft. Kryoskopien i den funktionelle nyrediagnostiks tjeneste. (*Hospitalstidende*, 1er oct.) — La cryoscopie comme moyen d'appréciation du fonctionnement des reins.

Oppenheim (A.). Das Verschwinden der Leberdämpfung bei Meteorismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 juillet.) — La disparition de la matité hépatique dans le météorisme.

Pugnat (A.) et **Revilliod** (H.). Etude critique des procédés cliniques d'appréciation de la perméabilité rénale. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Reckzeh (P.). Ueber perniciöse Anämieen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 et 28 juillet.)

Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire (année 1902). Fasc. 4. In-8°, 103 p. avec fig. Tours.

Richardson (H.). The relation of carbon to nitrogen in the urine, with a method for the estimation of carbon. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Robin (W.). Badania nad zachowywaniem sie czynnosci zoladka w róznych okresach syfilisu. (*Gaz. lekarska*, 26 juillet.) — Fonctionnement de l'estomac dans les diverses périodes de la syphilis.

Rothe. Ueber Osteomalacie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 6 août.)

Samter (E.). Die Erscheinungen des Diabetes mellitus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 18 août.) — La symptomatologie du diabète.

Samways (D. W.). The causation of the crescendo murmur of mitral stenosis. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Schlesinger (W.). Ueber einige ursächliche Bedingungen für das Zustandekommen der alimentären Glykosurie (e saccharo). (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 juillet.) — Sur quelques facteurs étiologiques de la glycosurie alimentaire.

Schmidt (R.). Zur Diagnostik des Niereninfarctes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 juin.) — Diagnostic de l'infarctus du rein.

Sepet (P.). Cyto et séro-diagnostic d'une méningite guérie. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Sicard (J.-A.). Le liquide céphalo-rachidien. In-16, 192 p.

Slosse (A.). Etude sur la chylurie. (*Policlinique*, 15 août.)

Soupault (M.). Les dilatations de l'estomac. In-16, 100 p.

Sticker (G.). Die Nachweisung des Broms im Harn und Speichel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 5-6.) — La recherche du brome dans l'urine et dans la salive.

Stockman (R.). On green and blue urine. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.) — De l'urine verte ou bleue.

Talma (S.). Intraglobulaire methaemoglobinaemie bij den mensch. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 oct.)

Teleky (H.). Pankreasdiabetes und Icterus gravis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 juillet.)

Thomalla. Heilung einer Meningitis tuberculosa. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 juin.) — Un cas de guérison de méningite tuberculeuse.

Türk (W.). Ueber Leucocytenzählung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 et 17 juillet.) — Sur la numération des leucocytes.

Zagato (F.). Epatoptosi. (*Gazz. degli Osped.*, 31 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Martirano (F.). Appunti sulla malaria del mezzogiorno d'Italia. (*Riforma med.*, 21 août.)

Mendez (J.). Le remède typhique dans la fièvre typhoïde. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Migliorato (A.). Contributo alla prova di Widal nella febbre tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 31 août.)

Morelli. Varie manifestazioni di un'epidemia tifosa. (*Gazz. degli Osped.*, 3 août.)

Ovazza (V.). L'isolamento nella pertosse. In-12, 15 p. Turin. — L'isolement dans la coqueluche.

Pallard (J.). Note sur une complication osseuse rare de la fièvre typhoïde : la spondylite typhique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Petraroja (L.). Terapia del vaiuolo. In-8°, 19 p. Naples.

Ruge (R.). Ein Beitrag zur Aetiologie des Schwarzwasserfiebers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 juillet.) — Contribution à l'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Schlayer (C. W.). Beitrag zur Kasuistik der Malaria und des Schwarzwasserfiebers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 juillet.) — Malaria et fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Tobeitz (A.). Zur Pathologie und Therapie des Scharlachs. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 3-4.) — Pathologie et traitement de la scarlatine.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Schuster (P.). Psychische Störungen bei Hirntumoren. In-8°, 368 p. Stuttgart. — Les troubles psychiques par tumeurs cérébrales.

Schweizer (K.). Ueber Luftkuren und Sommerfrischen für Nervöse und Nervenkranke. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 17 juillet.) — Cures d'air et stations d'été pour névropathes.

Seiffer (W.). Atlas und Grundriss der allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. In-8°, 379 p. avec fig. et planches en couleurs. Munich.

Steiner. Die spinalen Reflexe in der Hysterie. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 juillet.)

Stenitzer (R. von). Zur Klinik der freien, isolirten Cysticerken des 4. Ventrikels. (*Wien. med. Presse*, 27 juillet.)

Touche (R.). Contribution à l'étude des troubles du langage par lésion de ses centres d'arrêt (logorrhées de Pick). (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Toumilovitch (O.). De l'automatisme ambulatoire (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Traversier. Névrite périphérique par intoxication arsenicale (pseudo-tabes arsenical). (*Loire méd.*, août.)

Treupel (G.). Ueber multiple Sklerose in klinischer Beziehung und ihre differentielle Diagnose. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mai.)

Valle (L.). Topografia médulo-raquídea. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Voss (G. von). Zur Entstehung der Epilepsie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 26 juillet.) — Sur la pathogénie de l'épilepsie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Holländer (E.). Der Lupus erythematodes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 juillet.)

Jesionek. Die Modifikation der subkutanen Arseniktherapie nach Ziemssen-Speth. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 juillet.)

Jullien. A propos des injections mercurielles. (*Policlinique*, 1er juillet.)

Lianz (A.). Psoriasis atypique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 15.)

Martin (A.). Statistische Untersuchung über die Folgen infantiler Lues (acquirirter und hereditärer). (*Münch. med. Wochensch.*, 24 juin.) — Recherches statistiques sur les suites de la syphilis infantile (acquise ou héréditaire).

Moty. Prophylaxie des maladies vénériennes. (*Echo méd. du Nord*, 17 août.)

Neumann. Beiträge zur Lehre vom Syphilisrecidiv. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 et 19 juillet.)

Stelwagon (H. W.). Treatises on diseases of the skin. In-8°, 1116 p. Londres. — Traité des maladies de la peau.

Tchlenov (M.). De la syphilis extragénitale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 et 20 juillet.)

Teutsch (R.). Morale de l'instinct sexuel; prophylaxie vénérienne par les maisons de tolérance réformées. In-8°, 46 p. A. Coccoz.

Wiesner. Beitrag zur Kenntnis der Röntgendermatitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 juin.)

CHIRURGIE

Pelagatti (M.). La sarcomatosi cutanea; studio clinico ed istologico. In-8°, 111 p. Parme.

Plessi (D. R.). Ferita penetrante dell'addome guarita senza intervento. (*Gazz. degli Osped.*, 13 juillet.)

Poncet (A.). Actinomycose d'apparence néoplasique du maxillaire inférieur. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Riedel. Die minimale Narkose bei kleineren chirurgischen Eingriffen, speciell bei der Reposition von Radius- und Knöchelbrüchen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 juillet.) — Sur la narcose minimale en petite chirurgie, notamment dans la réduction des fractures du radius et de la cheville.

Riegner (R.). Ueber die Indikationen zur chirurgischen Behandlung ulzeröser Lungenprozesse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 juillet.) — Les indications du traitement chirurgical des processus ulcératifs des poumons.

Rinne. Zur operativen Behandlung der Perityphlitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 juillet.)

Rio (G.). Complicanze nel decorso di fratture complicate. (*Gazz. degli Osped.*, 31 août.)

Sakhansky (N.). Des phlegmons profonds du cou (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

San Martín y Satrústegui (A.). Cirugía del aparato circulatorio. (Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año de 1902 en la Real Academia de medicina de Madrid.) In-8°, 72 p. Madrid.

Schmieden (V.). Hygroma colli cysticum congenitum. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 4.)

Schramm (H.). Zur Behandlung der acuten Entzündung des Wurmfortsatzes. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 et 30 août.) — Traitement de l'appendicite aiguë.

Schwartz (R.). Su di una voluminosa cisti sierosa dell'epiploon gastro-epatico. (*Gazz. degli Osped.*, 6 juillet.)

Sironi (T.). Il raddrizzamento forzato per la cura del ginocchio valgo. In-8°, 52 p. Milan.

Thiem (C.). Ueber Gelenkrheumatismus nach stumpfen Verletzungen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 14 août.) — Rhumatisme articulaire consécutif aux contusions.

Tikhov (P.). Lésions du crâne par armes à feu (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 15.)

Urquiza (D.). Abceso cerebral de origen ótico; operación; curación. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Vasiliu (C.). Spitalul comunal Ploesci; dare de seama de operatiunile facute in anul 1901. In-12, 13 p. Ploesci.

Viannay (Ch.). Un cas d'angiome du vaste interne de la cuisse. (*Province méd.*, 30 août.)

Virdia (A.). Ferita d'arma da fuoco della colonna vertebrale e del rigonfiamento lombare; paraplegia istantanea; enucleazione del proiettile; guarigione completa. (*Riforma med.*, 25, 26, 27 et 28 août.)

Walz (K.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Nabelcysten. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 juin.) — Contribution à l'étude des kystes ombilicaux.

Weisswange. Ueber die Heilungsvorgänge bei der operativen Behandlung der Bauchfell- und Nierentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 juillet.) — Sur le processus de guérison de la tuberculose du péritoine et des reins, traitée chirurgicalement.

Wetzel. Ueber Verletzungen der Brust, speziell des Herzens. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 juillet.) — Les traumatismes de la poitrine et, en particulier, du cœur.

Wolter (O.). Ueber Myositis ossificans traumatica mit Bildung von Lymphcysten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 4.)

OPHTALMOLOGIE

Ginestous (E.). Sur un cas de paralysie post-diphtérique de l'accommodation et de la convergence. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Gonin. Nouvelles observations de scotome annulaire dans la dégénérescence pigmentaire de la rétine. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Jacqueau. Les troubles visuels d'origine hépatique. (*Lyon méd.*, 6 et 13 juillet.)

Morax (V.). Le diagnostic de la conjonctivite granuleuse. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Rabinovitch (G.). De la soi-disant blennorrhée du sac lacrymal chez les nouveau-nés (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 août.)

Rymovitch (F.). Le rôle du pneumocoque dans les affections de la conjonctive (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 août.)

Sourov. Contribution à l'étiologie de l'héméralopie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

Valenti (G.). Il campo visivo dei deficienti. (*Arch. di ottalmol.*, X, 5-6.)

Wecker (L. de). La guérison du décollement de la rétine par les injections sous-conjonctivales et intra-capsulaires de sel. (*Ann. d'oculist.*, août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Semmelink (H. B.). Baringsstoornis na ventrofixatie (en kolpoperineoplastiek), sectio cæsarea [avec postface par le prof. J. Veit]. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 13 sept.) — Dystocie par ventrofixation; opération césarienne.

Sippel (F.). Ueber die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter vom geburtshilflichen, gerichtlichmedizinischen und ethischen Standpunkt. In-8°, 223 p. Tubingue. — Le fœticide au point de vue obstétrical, médico-légal et déontologique.

Smith (W. S.). Pseudo-pregnancy; report of cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Fausses grossesses.

Staude (C.). Ueber Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus mittelst doppelseitiger Scheidenspaltung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Extirpation totale de l'utérus carcinomateux par incision vaginale double.

Stinson (J. C.). Thyroid extract in painful menstruation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Extrait thyroïdien contre la menstruation douloureuse.

Strassmann (P.). Die operative Entfernung der Eileiter-Schwangerschaft von der Scheide her. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16, 23 et 30 juin.) — Le traitement opératoire de la grossesse tubaire par la voie vaginale.

Veit (J.). Ueber Albuminurie in der Schwangerschaft. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 et 9 juin.) — Sur l'albuminurie de la grossesse.

Zangemeister (W.) et **Wagner** (M.). Ueber die Zahl der Leukocyten im Blute von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 juillet.) — Sur la numération des leucocytes du sang pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

TÉRATOLOGIE

Borobio et **Ramón y Cajal** (P.). Notable caso de tres inclusiones fetales. (*Clínica moderna de Zaragoza*, juin.)

Gallant (A. E.). An anencephalic, hemisoid monster. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Given (E. W.). Exencephalic (iniencephalic?) monster with bilateral harelip and cleft palate. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Monstre exencéphale (iniencéphale?) avec bec-de-lièvre bilatéral et fente du palais.

HYGIÈNE

Compte rendu des travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité et des conseils d'hygiène d'arrondissement du département d'Indre-et-Loire pendant l'année 1901. In-8°, 301 p. Tours.

Girard (Ch.) et **Bordas** (F.). Le lait et la mortalité infantile dans les principales villes de France. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Grotjahn (A.) et **Kriegel** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie 1. Band: Bericht über die Jahre 1900 und 1901. In-8°, 370 p. Iéna.

Petit (G.). Le tabagisme et son traitement. In-12, 46 p.

Report of the Minister of Agriculture for the Dominion of Canada for the year ended October 31st, 1901 [ce rapport contient les documents officiels relatifs à l'hygiène publique et aux quarantaines]. In-8°, LVII-173 p. Ottawa.

Roseda (E.). La nuova legislazione sanitaria italiana e gli alimenti. In-16, 567 p. Milan.

Schmid (F.). Répertoire des prescriptions d'hygiène scolaire en vigueur en Suisse au commencement de 1902. In 8°, 439 p. Berne.

Spillmann (L.). De l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine-Inférieure pendant l'année 1901. In-8°, 247 p. Rouen.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Minovici (S.). Ueber die neue Methode zur Unterscheidung des Blutes mittels Serum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 juin.) — Sur la nouvelle méthode de différenciation du sang à l'aide du sérum.

Nencki (L.) et **Wesolowski** (W.). Zatrucia pokarmami miesnymi. (*Gaz. lekarska*, 9 août.) — Intoxications alimentaires par des viandes.

Nisticó (V.). La plagiocefalia; ricerche antropologiche. (*Riforma med.*, 22 et 23 août.)

Raffaele (A.). Il suicidio in rapporto alla medicina legale. In-8°, 204 p. Naples.

Stich (K.). Zur Toxikologie des Phosphors. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 août.)

Stoenescu (N.). Considérations sur quelques cas de mort subite. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Thiis (K.). Et tilfælde af cyankaliumforgiftning. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — Un cas d'intoxication par le cyanure de potassium.

Ungar (E.). Zur Frage der Verwertbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 juillet.) — Valeur de la docimasie pulmonaire dans les cas où la cavité utérine contient des germes.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Mehlem (G.). Les principes du traitement diététique des maladies de l'estomac. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Mergoni (F.). Sopra una nuova cura della malaria colle inalazioni di acido fluoridrico. (*Policlinico*, 2 août.)

Migaï (F.). Traitement du charbon par les injections profondes d'une solution d'acide phénique à 5 % (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Niedner (O.). Die Blutstillung bei Hämoptoë. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 juin.)

Padoa (G.). L'alimentazione del diabetico; la dieta delle patate. (*Riv. critica di clinica medica*, 11 oct.)

Pagliano. Recherches sur la valeur du sérum de Trunecek. (*Marseille méd.*, 1er et 15 août.)

Peillon (A.). Injections sous-cutanées de sérum artificiel dans la neurasthénie et l'anémie. (*Lyon méd.*, 27 juillet.)

Piévnitzky (A.). Traitement des fièvres paludéennes pernicieuses par les injections sous-cutanées de quinine dissoute dans de grandes quantités de solution physiologique de chlorure de sodium (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Presta (A.) et **Tarruella** (J.). La levadura de cerveza en el tratamiento de las infecciones exantemáticas y las estrepto y estafilococcias; contribución clínica y experimental [2.ª memoria]. (*Rev. de med. y cirugía*, juin, juillet, août et sept.) — La levure de bière dans le traitement des fièvres éruptives et de l'érysipèle.

Pugliese (G.). I nuovi derivati della morfina usati in terapia. In-8°, 43 p. Turin.

Timachev (S.). Traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 13-14.)

Ungar (E.). Zur Phosphorbehandlung der Rachitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juin.)

Verger (H.). A propos d'un cas de métatarsalgie guérie par deux injections de chlorhydrate de cocaïne « loco dolenti ». (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 août.)

Vianello Cacchiole (M.). Dell'uso della piridina nella pertosse. (*Gazz. degli Osped.*, 10 août.)

Vigorita (V.). Azione fisiologica e meccanismo di azione dell'etere amilico nitroso (nitrito di amile). In-8°, 52 p. Portici.

Winstel. Dangers du sérum gélatiné. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Bergonié (J.). De l'électrodiagnostic sur le nerf mis à nu chez l'homme. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

Ferreira Pires. Do emprego das correntes de alta frequencia e grande tensão na lepra anesthesica. (*Brazil-medico*, 22 août.)

Oudin. Sur les accidents dus aux rayons X. (*Arch. d'électricité méd.*, sept.)

Pisani (B.) et **Blasi** (F.). La franklinizzazione nella cura dell'alopecia. (*Ann. di elettricità med. e terapia fisica*, avril.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Casciani (P.). Influenza delle acque minerali sulla eliminazione della bile. (*Riforma med.*, 11 juillet.)

Labat (A.). Climat et eaux minérales d'Allemagne. In-8°, 99 p.

Licata (G.). La cura dei cardiaci alle stazioni termali. (*Riforma med.*, 7, 8 et 9 juillet.)

Makaweew (I.). Ueber die Veränderung der Körpertemperatur und des Pulses unter dem Einflusse verschiedener Wannenbäder gleicher Temperatur und über den Einfluss des Materials, aus dem die Badewannen gebaut sind, auf die Abkühlung des Inhalts derselben. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23, 27 et 30 août.) — Des modifications de la température du corps et du pouls sous l'influence de divers bains de même température; influence de la nature de la baignoire sur le refroidissement du liquide.

Winternitz (W.). Pneumonie und Hydrotherapie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 juin.)

BACTÉRIOLOGIE

Bell (W. B.). The causal relation of cocci to rheumatism. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Bomstein (I.). Essais de transformation du bacille diphtérique non virulent et du bacille pseudo-diphtérique en bacilles diphtériques virulents (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, août.)

Bonome (A.). Sulla formazione dei tossoidi nelle colture di bacillo del tetano. (*Riforma med.*, 30 août.)

Finizio (G.). Contributo alla conoscenza della coagulazione del latte per il bacterium coli. (*Pediatria*, juillet.)

Heiberg (P.). Difteribacillens længde. (*Hospitalstidende*, 15 oct.)

Hewlett (R. T.). Manual of bacteriology. 2e éd. In-8°, 546 p. Londres.

Matzuschita (T.). Bacteriologische Diagnostik. In-8°, 692 p. Iéna.

Niessen (von). Der Masernbacillus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LX, 3.) — Le bacille de la rougeole.

Pfeiffer (R.) et **Friedberger** (E.). Ueber das Wesen der Bacterienvirulenz nach Untersuchungen an Choleravibrionen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 juin.)

22e ANNÉE. — N° 51. Vingt centimes le numéro. 17 DÉCEMBRE 1902.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Charrin : Le rôle des substances solubles dans la transmission des tares pathologiques des ascendants........ 413
BULLETIN. — Les nouvelles mesures prises en Espagne à l'égard des médecins étrangers exerçant ou désirant exercer sur le territoire espagnol........ 417
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Les maladies de la déminéralisation organique........ 417
Traitement de l'appendicite........ 418
Société de chirurgie. — Des microorganismes de l'air dans les salles d'hôpital........ 418
Traitement de l'appendicite........ 418
Société de biologie. — Congestion atrophique du foie........ 418
Eosinophilie dans la filariose humaine........ 418
Phénomènes d'urtication produits par le poison des actinies........ 418
Numération globulaire dans un cas de lipomatose symétrique........ 418
Effets des injections intrapéritonéales de glucose sur l'excrétion de l'urée chez le lapin........ 418
Modifications du sang consécutives à l'électrisation du sciatique chez le chien........ 418
Influence de la chaleur sur la durée de la division cellulaire........ 419
ETRANGER : *Lettres d'Autriche.* — Le plombage des os........ 419
Des injections prothétiques de paraffine........ 419
Injection d'huile dans la vésicule biliaire contre la cholélithiase........ 419
Un cas de rétrécissement de l'isthme de l'aorte........ 419
Réinfection syphilitique au bout de deux semaines........ 419
Un cas de maladie de Dercum........ 419
Traitement des hémorrhoïdes par des cautérisations à l'acide nitrique fumant........ 419
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — L'abolition du réflexe rotulien dans la pneumonie fibrineuse chez l'enfant........ 419
Contribution à l'étude des arthrites scarlatineuses........ 419
Sur une nouvelle espèce de sérum antidiphtérique........ 420
Sur un cas de hernie du cordon ombilical traitée avec succès par la résection du foie........ 420
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement du prurit par l'usage interne des acides........ 420
Le massage du cou dans le traitement de l'insomnie........ 420
L' « Equisetum arvense » comme hémostatique........ 420
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide nitrique fumant contre les hémorrhoïdes........ 419[3]
Acides à l'intérieur contre le prurit........ 420[3]
Actinies et leur poison........ 418[3]
Appendicite........ 418[1] 418[2]
Arthrites scarlatineuses........ 419[3]
Chaleur et son influence sur la durée de la division cellulaire........ 419[1]
Congestion atrophique du foie........ 418[3]
Equisetum arvense comme hémostatique........ 420[3]
Exercice de la médecine par les étrangers en Espagne........ 417[2]
Filariose humaine et éosinophilie........ 418[3]
Hémorrhoïdes........ 419[3]
Hernie du cordon ombilical........ 420[2]
Huile en injections dans la vésicule biliaire contre la cholélithiase........ 419[2]
Injections intrapéritonéales de glucose et excrétion de l'urée........ 418[3]
— prothétiques de paraffine........ 419[1]
Insomnie........ 420[3]
Lipomatose symétrique et numération globulaire........ 418[3]
Maladie de Dercum........ 419[2]
Maladies de la déminéralisation organique........ 417[3]
Massage du cou contre l'insomnie........ 420[3]
Médecins étrangers en Espagne........ 417[2]
Microorganismes de l'air dans les salles d'hôpital........ 418[2]
Nagana au Chari........ 418[1]
Plombage des os........ 419[1]
Pneumonie infantile et abolition du réflexe rotulien........ 419[3]
Prurit........ 420[3]
Réflexe rotulien et son abolition dans la pneumonie fibrineuse chez l'enfant........ 419[3]
Rétrécissement de l'isthme de l'aorte........ 419[2]
Salles d'hôpital et microorganismes de l'air........ 418[2]
Sang et ses modifications consécutives à l'électrisation du sciatique........ 418[3]
Sciatique et son électrisation........ 418[3]
Sérum antidiphtérique bactéricide........ 420[1]
Substances solubles et leur rôle dans la transmission des tares pathologiques des ascendants........ 413[1]
Syphilis et sa réinfection........ 419[2]
Tares pathologiques des ascendants et rôle des substances solubles dans leur transmission........ 413[1]
Traitement de la cholélithiase........ 419[2]
— de la hernie du cordon ombilical........ 420[2]
— de l'appendicite........ 418[1] 418[2]
— de l'insomnie........ 420[3]
— des hémorrhoïdes........ 419[3]
— du prurit........ 420[3]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Besançon. — M. Secrétant, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences physiques et naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine de Clermont. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 27 novembre 1902, la nomination de M. le docteur Cavalié, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, comme professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Clermont, est rapportée, sur la demande de M. Cavalié.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Guilbaud est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Morichau-Beauchant est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berne. — M. le docteur F. de Quervain (de la Chaux-de-Fonds) est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Paul Stolper est nommé privatdocent de médecine légale et de médecine et de chirurgie des accidents.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Jean Raczynski, privatdocent de pédiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

VARIA

La semaine dernière a eu lieu à Stockholm la distribution solennelle des prix fondés par Nobel. Le prix de médecine pour 1902 a été décerné à M. le docteur Ronald Ross, professeur des maladies des pays chauds et de parasitologie à University College de Liverpool, pour l'ensemble de ses travaux sur la transmission de la malaria par les moustiques.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Rudolf Massini, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur J. H. Struck, ancien directeur de l'Office sanitaire impérial allemand. — M. le docteur V. Sobieranski, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur W. Bernatzik, ancien professeur à l'Académie de médecine militaire de Vienne. — M. le docteur Ernst Bidder, ancien professeur de gynécologie à l'Institut clinique de la grande-duchesse Hélène Pavlovna à Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Manoel Victorino Peireira, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bahia, ancien vice-président de la République des Etats-Unis du Brésil. — M. le docteur Walter Reed, professeur de bactériologie et de pathologie à l'Ecole de médecine de la Columbian University de Washington.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Sawada (K.). Ueber Zerstörung und Neubildung des elastischen Gewebes in der Lunge bei verschiedenen Erkrankungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 2.) — Sur la destruction et la néoformation du tissu élastique dans le poumon au cours de diverses maladies.

Schickele (G.). Ueber die Herkunft der Cysten der weiblichen Adnexe, ihrer Anhangsgebilde und der Adenomyome des lateralen Tuben-Abschnittes. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 1 et 2.) — Sur l'origine des kystes des annexes de l'utérus et sur les adénomyomes du segment latéral des trompes de Fallope.

Schmorl (G.). Zur Frage der Genese der Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 et 26 août.)

Tarozzi (G.). Contributo alla conoscenza della endocardite tubercolare. (*Clinica moderna*, 20 août.)

Tedeschi (A.). Heterotopie grauer Hirnsubstanz bei einer epileptischen Idiotin. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 2.) — Hétérotopie de la substance grise chez une idiote épileptique.

Wlassow (K.). Ueber die Patho- und Histogenese des sogenannten « sarcome angioplastique ». (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 2.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Leclainche (E.) et **Vallée** (H.). Les accidents consécutifs aux vaccinations; leur pathogénie et leur prophylaxie. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Ledoux-Lebard. Action de la lumière sur la toxicité de l'éosine et de quelques autres substances pour les paramécies. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Leduc (S.). Etudes sur la fièvre. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 sept.)

Malvoz (E.). Contribution à l'étude des fixateurs du sérum normal de chien. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Mankovsky (A.). Contribution à l'étude des poisons cellulaires (cytotoxines) : de la thyréotoxine (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, juillet.)

Masini (M. U.). Valutazione dei precipitati non specifici dei sieri nelle soluzioni di sangue. (*Clinica moderna*, 27 août.)

Mercatelli (V.). Sulla vaccinazione antipestosa per via gastrica. (*Riforma med.*, 5 août.)

Morgenroth (J.) et **Sachs** (H.). Ueber die Completirbarkeit der Amboceptoren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 juillet.)

Müller (P. T.). Ueber die Erzeugung hämolytischer Amboceptoren durch Seruminjektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 août.)

Neumann (R. O.). Ueber den Einfluss des Borax auf den Stoffwechsel des Menschen. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XIX, 1.) — Influence du borax sur les échanges organiques chez l'homme.

MÉDECINE

Allen (W.) et **Russell** (J. W.). A case of rheumatic hyperpyrexia followed by symptoms resembling those of disseminated sclerosis. (*Lancet*, 19 juillet.)

Barjon (F.) et **Cade** (A.). Contribution à l'étude cytologique des pleurésies tuberculeuses. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Barnard (H. L.). The simulation of acute peritonitis by pleuro-pneumonic diseases. (*Lancet*, 2 août.)

Barr (J.). 3 cases of Banti's disease. (*Lancet*, 23 août.)

Brown (Th. R.). The changes of the leucocytes in disease as an aid to diagnosis and prognosis. (*Med. News*, 26 juillet.)

Carafoli (E.). Altri sei casi di febbre miliare fulminante. (*Gazz. degli Osped.*, 17 août.)

Censier. Quelques réflexions sur la pathogénie des phlébites. (*Rev. de méd.*, août.)

Chassel (L.). Ueber am Lebenden beobachtete retrograde Durchgängigkeit der Ileocöcalklappe. (*Wien. med. Presse*, 6 juillet.) — Un cas de perméabilité rétrograde de la valvule iléo-cæcale, observé pendant la vie.

Conner (L. A.). On the causes, variations and significance of the color of the feces. (*Med. News*, 30 août.)

Dickinson (W. L.). Hypoplasia of the aorta as a cause of aneurysm. (*Lancet*, 9 août.)

Faber (K.). Ortostatisk albuminuri. (*Hospitalstidende*, 5 nov.)

Ferrannini (L.). Glicosuria e levulosuria alimentare nelle malattie del fegato. (*Riforma med.*, 6 sept.)

Galli (P.). Ancora del potere assorbente della pleura malata. (*Clinica medica italiana*, août.)

Grünbaum (O.). A case of recovery from membranous gastritis. (*Lancet*, 2 août.) — Un cas de guérison de gastrite membraneuse.

Grunmach (E.) et **Wiedemann** (A.). Ueber die aktinoskopische Methode zur exakten Bestimmung der Herzgrenzen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 août.) — Sur la délimitation exacte du cœur à l'aide de la radioscopie.

MALADIES INFECTIEUSES

Bindi (F.). Osservazioni sul sangue di malarici recidivi a lungo periodo. (*Clinica moderna*, 13 août.)

Biss (H.). Purpura fulminans following scarlet fever. (*Lancet*, 2 août.)

Burgerhout (H.). Eenige beschouwingen naar aanleiding van de resultaten verkregen in het Nederlandsch Sanatorium te Davos, van November 1900 tot Juni 1902. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 oct.)

Carroll (J.). The treatment of yellow fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 juillet.) — Le traitement de la fièvre jaune.

Ferrari (A.). O pulso e a tensão arterial na febre amarella. (*Brazil-medico*, 22 oct.)

Fox (T. C.). The complications of vaccination. (*Brit. Med. Journ.*, 5 juillet.)

Galliot (A.). Dysenterie aiguë et chronique (symptomatologie; traitement; prophylaxie). 2e partie. In-16, 207 p.

Gazzarrini (A.). Contributo allo studio del paludismo senza malaria. (*Policlinico*, 16 août.)

Guarnieri (G.). Studi sulla struttura e sullo sviluppo dei parassiti della infezione vaccinica. (*Clinica moderna*, 20 août.)

Hancock (F. H.). Yellow fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 août.) — La fièvre jaune.

Hawthorn (E.). De la séro-réaction tuberculeuse par agglutination de cultures liquides homogènes du bacille de Koch. (*Marseille méd.*, 15 août, 1er sept. et 1er oct.)

Hünermann. Bakteriologische Befunde bei einer Typhusepidemie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.)

Isager (K.). Zum Auftreten der Tuberkulose auf dem Lande. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 1 et 2.) — La tuberculose à la campagne.

Kobert (R.). Ueber die Schwierigkeiten bei der Auswahl der Kranken für die Lungenheilstätten, und über den Modus der Aufnahme in dieselben. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 août.) — Sur les difficultés du choix des malades pour les sanatoria et sur le mode de leur admission dans ces établissements.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aikin (J. M.). Etiology and treatment of migraine. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 août.)

Aldrich (Ch. J.). A case of isolated neuritis complicating typhoid fever. (*Med. News*, 16 août.)

Alexander (H. de Maine). A few observations on the blood pressure in mental disease, with a note on the treatment of melancholia. (*Lancet*, 5 juillet.) — La pression sanguine dans les maladies mentales; note sur le traitement de la mélancolie.

Bellati (L.). Sulle vie di trasmissione della sensibilità tattile. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 30 sept.)

Bernhardt (M.). Ein ungewöhnlicher Fall von Facialiskrampf (Myokymie, beschränkt auf das Gebiet des linken Facialis). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — Un cas insolite de crampe faciale (myokymie limitée au domaine du facial gauche).

Bickel (A.). Der Babinski'sche Zehenreflex unter physiologischen und pathologischen Bedingungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.) — Le phénomène des orteils de Babinski à l'état normal et pathologique.

Brown (S.). Tetany. (*Med. News*, 5 juillet.)

Christiansen (V.). Ein Fall von Schussläsion durch die centralen optischen Bahnen. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 2.) — Un cas de lésion par arme à feu des voies optiques centrales.

Cohn (T.). Spinal-neuritische oder myopathische Muskelatrophie? (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 juin.)

Czyhlarz (E. von). Weitere Bemerkungen zur Frage der cerebralen Blasenstörungen, zugleich ein Beitrag zur Diagnostik der Balkengeschwülste. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 juillet.) — Remarques sur les troubles vésicaux d'origine cérébrale; contribution au diagnostic des tumeurs du corps calleux.

Diller (Th.). Multiple Neuritis in Verbindung mit Basedow'scher Krankheit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.)

Engel (H.). Ueber den Einfluss chronischer Lungentuberkulose auf Psyche und Nerven. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 et 26 août.)

Fürnrohr (W.). Ein Fall von Brown-Séquard-scher Halbseitenlähmung nach Stichverletzung des Rückenmarks. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.) — Un cas d'hémiparalysie de Brown-Séquard consécutive à une blessure de la moelle épinière par instrument piquant.

Gobbi (G.). Studio di un caso di mioclonia e epilessia con reperto anatomo-patologico di 31 tumori tubercolari dell'encefalo. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 oct.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Aucaigne. De la syphilis chez les Arabes. (*Lyon méd.*, 31 août.)

Beck (C.). The pathology of the tissue changes caused by the Röntgen rays, with special reference to the treatment of malignant growths. (*New York Med. Journ.*, 24 mai.)

Berliner (C.). Zur Differentialdiagnose der Syphilis und syphilisähnlicher Arzneiexantheme. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 août.) — Diagnostic différentiel entre la syphilis et les exanthèmes médicamenteux ressemblant à des éruptions syphilitiques.

Böhm (I.). Extragenitale Syphilisinfection an der Wangenschleimhaut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 1.) — Chancre syphilitique de la muqueuse de la joue.

Boinet et **Ehlers**. Un vieux foyer italien de lèpre dans les Alpes maritimes. (*Lepra*, III, 1 et 2.)

Bosellini (P. L.). Beitrag zum Studium des Glycogens in der Haut bei Hauterkrankungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 2-3.) — Contribution à l'étude du glycogène dans la peau chez les sujets atteints de dermatoses.

Chirico (E.). Il corpuscolo sanguigno e la fibra collogena, studiati nelle loro proprietà biochimiche in rapporto ad alcune dermosifilopatie (orticaria, rupia). (*Riforma med.*, 1er, 2 et 4 août.)

Düring (E. von). Studien über endemische und hereditäre Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 1 et 2-3.)

Fleger (P.). Beitrag zur Casuistik der Syringomyelie und über die bei dieser Krankheit vorkommenden Hautstörungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 et 21 août.) — Troubles cutanés survenant au cours de la syringomyélie.

Hadjimichalis (M.). De la lèpre. (*Grèce méd.*, 15 juin.)

Herxheimer (K.) et **Hartmann** (K.). Ueber Acrodermatitis chronica atrophicans. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 1 et 2-3.)

Heubel. Zur Aetiologie des Ekzems. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 août.)

Jamieson (W. A.) et **Welsh** (D. A.). Pemphigus vegetans. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

CHIRURGIE

Adrian (C.). Ueber einen bemerkenswerten Fall von Neurofibromatosis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 août.) — Un cas remarquable de neurofibromatose.

Bade (P.). Zur Frühdiagnose der angeborenen Subluxatio und Luxatio coxae. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 août.) — Diagnostic précoce de la subluxation et de la luxation congénitales de la hanche.

Cavicchia (F. S.). Intervento chirurgico in un caso di ileite ulcerativa perforante; guarigione. (*Giorn. med. del R° Esercito*, sept.)

Clark (J. G.). Etiology of post-operative femoral thrombo-phlebitis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet.)

Coffey (R. C.). Suture of the solid viscera. (*Med. News*, 30 août.)

Damianos (N.). Appendicitis bei Linkslagerung des Cöcums. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 août.) — L'appendicite dans les cas où le cæcum se trouve à gauche.

Daniel (P. L.). Some rare cases of sarcoma of the thyroid. (*Lancet*, 19 juillet.)

Downes (A. J.). Electro-thermic hemostasis in abdominal and pelvic surgery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 juillet.)

Edwards (F. S.). The diagnosis of diseases of the sigmoid flexure and rectum. (*Brit. Med. Journ.*, 19 juillet.)

Galewsky (E.) et **Hübener** (W.). Zur Behandlung der sogenannten « plastischen Induration » der Corpora cavernosa penis. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 août.)

Garrigues (L. F.). Some varieties of surgical tuberculosis, with special reference to a new method of treatment. (*Med. Record*, 23 août.)

Gérard-Marchant. Chirurgie du gros intestin, du rectum et de l'anus. In-18, 446 p. avec fig.

Grassmann (K.). Tödliche Blutung in die Bursa omentalis, unter dem Bilde des akuten Darmverschlusses verlaufend. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 août.) — Hémorrhagie mortelle dans l'arrière-cavité des épiploons, ayant simulé une occlusion aiguë de l'intestin.

Haberer (H.). Ueber einen seltenen Fall von Spätrecidive nach Carcinom. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 août.) — Sur un cas rare de récidive tardive du cancer.

Haglund (P.). Om skoliosbehandling. (*Hygiea*, nov.)

Jacoel. Manière de faire des sutures séparées avec un même fil et une aiguille de Hagedorn. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Joy (H. M.). A study of gastrorrhagia, with special consideration of hemorrhage due to ulcerative processes and their surgical treatment; report of cases. (*Med. News*, 16 août.)

Kienböck (R.). Zur radiographischen Anatomie und Klinik der syphilitischen Knochenerkrankungen an Extremitäten. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 6.) — Etudes radiographiques sur les affections syphilitiques des os des extrémités.

Krivochéine (M.). De la stérilisation du catgut par la chaleur sèche (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 août.)

Legueu (F.). Leçons de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu, 1901). In-8°, 458 p. avec fig.

Moullin (C. W. M.). Cases of gastrotomy for recent gastric ulcer. (*Lancet*, 5 juillet.)

Moynihan (B.). On pancreatic calculus, with notes of a case. (*Lancet*, 9 août.)

Newman (D.). Acute non-suppurative perinephritis. (*Brit. Med. Journ.*, 19 juillet.)

Norris (C. C.). Preliminary anæsthesia by nitrous oxide gas; report of 150 cases by this method compared with 150 cases of plain etherization. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet.)

UROLOGIE

Gosset et **Proust.** Le muscle recto-uréthral; son importance dans les opérations par voie périnéale, en particulier dans la prostatectomie. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Herescu (P.). Calculii regiunei prostatice. (*Spitalul*, 15 juin.)

Jaia (F.). Contributo allo studio della sutura immediata dell'uretra nelle rotture traumatiche. (*Morgagni*, juin.)

Kelly (H. A.). The advantages of the knee-chest posture in some operations upon the vesical end of the ureters. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 août.) — Les avantages de la position genu-pectorale pour quelques opérations sur l'extrémité vésicale des uretères.

Lydston (G. F.). Neuralgia of the bladder. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 août.) — Névralgie de la vessie.

Negretto (A.). Cura radicale dell'iscuria da ipertrofia prostatica, mediante la cauterizzazione della prostata dalla via rettale. (*Gazz. degli Osped.*, 10 août.)

Noble (Ch. P.) et **Babcock** (W.). Report of 3 rare operations upon the urinary organs. (*Amer. Gynecology*, juillet.)

Pezzoli (C.). Ueber die Reaction des Prostatasecretes bei chronischer Prostatitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 juillet.)

Posadas (J. Nin). Tratamiento de la hipertrofia de la próstata. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Ravasini (C.). Zur Casuistik der Fremdkörper der Harnblase und Harnröhre. (*Wien. med. Presse*, 3 et 10 août.) — Corps étrangers de la vessie et de l'urèthre.

Schmidt (L. E.). Ulcer of the bladder. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 juillet.) — L'ulcère de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Axenfeld (Th.). Die Prophylaxe der septischen Infektion des Auges, besonders seiner Berufsverletzungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 août.) — La prophylaxie de l'infection septique de l'œil, surtout au point de vue des traumatismes professionnels.

Chevallereau (A.). De la correction totale de la myopie. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Darier (A.). Leçons de thérapeutique oculaire basées sur les découvertes les plus récentes. In-8°, 398 p.

Hotz (F. C.). The misuse of glasses. (*Med. News*, 16 août.) — L'abus des lunettes.

Lindahl (C.). Fall af spontan intrakapsulär resorption af aldersstarr. (*Hygiea*, nov.) — Résorption intracapsulaire spontanée d'une cataracte sénile.

Loring (F. B.). The modern treatment of pterygium. (*Med. News*, 2 août.)

McReynolds (J. O.). The nature and treatment of pterygia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 août.)

Nicolaï (M.). La vision stéréoscopique. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Ray (J. M.). Penetrating injuries of the eye with or without the presence of a foreign body in the organ, and their treatment. (*Med. Record*, 26 juillet.) — Les plaies pénétrantes de l'œil avec ou sans corps étranger, et leur traitement.

Vacher et **Bailliart.** Influence de la correction totale de la myopie sur sa progression. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Valenti (G.). Il tracoma; studio critico e distribuzione geografica in Italia. (*Ann. di ottalmol.*, XXXI, 8 9.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Annales de la Société obstétricale de France. Compte rendu des séances de la 9e session. In-8°, 511 p. avec fig.

Bachmann (H.). Ueber einen Fall von konservativem Kaiserschnitt vor dem Geburtseintritt wegen eines im Becken festgewachsenen Ovarialdermoids samt Exstirpation desselben. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 août.) — Un cas d'opération césarienne conservatrice, avant le commencement du travail, pour kyste dermoïde de l'ovaire, solidement fixé au bassin; extirpation du kyste.

Bacon (C. S.). Report of two cases of temporary hypertrophy of glands of the skin of the axilla in puerperæ. (*Med. News*, 9 août.)

Bamberger. Ein Fall von Cervixkarzinom als Geburtshindernis am normalen Schwangerschaftsende. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 août.) — Cancer du col utérin mettant obstacle à l'accouchement.

Barette. Note sur un cas de kyste dermoïde de l'ovaire droit sur une fillette de 6 ans 1/2. (*Année méd. de Caen*, juin.)

Bovée (J. W.). The surgical treatment of the uterosacral ligaments through the vagina in retroversion of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 juillet.)

Cushing (E. W.). Operation for recurrence of cancer after hysterectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 juillet.)

Deshayes (H.). Du choix de la main dans la double manœuvre. (*Année méd. de Caen*, juin.)

Dudley (A. P.). A new operation for the relief of severe cases of recto-vaginal fistula. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 juillet.)

Flandrin. Les préparatifs de l'accouchement. In-8°, 19 p. avec fig. Grenoble.

Goelet (A. H.). The influence of prolapse of the kidney on the production of disease of the female pelvic organs. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 août.) — L'influence du prolapsus du rein sur la production des affections pelviennes.

Hagen-Torn (O.). Was ist intraabdomineller Druck? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 août.) — Qu'est-ce que la pression intra-abdominale?

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Boeke (J.). Een geval van coloboma lobuli auriculae. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 nov.)

Gleitsmann (J. W.). Subglottic sarcoma removed endolaryngeally with galvanocautery snare. (*Med. Record*, 5 juillet.)

Halsted (T. H.). The early diagnosis and treatment of acute mastoid inflammation. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 août.) — Diagnostic précoce et traitement de la mastoïdite aiguë.

Harmer (L.). Ueber Lymph- und Hämangiome des Kehlkopfes und entzündliche Vorgänge in denselben. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 et 19 juin.) — Lymphangiomes et hémangiomes du larynx et leurs phlegmasies.

Hayes (F. M.). Hypertrophic rhinitis and its sequelæ; some suggestions on diagnosis and treatment. (*Med. Record*, 16 août.)

Jarecky (H.). Ear complications of measles and their treatment. (*Med. Record*, 19 juillet.) — Les complications otitiques de la rougeole et leur traitement.

Oppenheimer (S.). The venous system of the temporal bone and its relation to the complications of mastoid disease. (*Med. Record*, 23 août.)

Renshaw (K.). The functions of the epiglottis. (*Brit. Med. Journ.*, 19 juillet.)

Swain (H. L.). Acute inflammation of the third or pharynx tonsil. (*Yale Med. Journ.*, août.)

Woakes (E.). A case of nasal vertigo simulating epilepsy. (*Lancet*, 16 août.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bayle (Ch.). Des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de jaune d'œuf dans le traitement de la tuberculose. (*Lyon méd.*, 14 sept.)

Cybulski (H.). Subkutane Injektionen von Arsenik bei der Therapie der Phthise. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 août.)

Focke. Was lehrt die medicinische Casuistik über die jahreszeitlichen Schwankungen in der Stärke der officinellen Digitalisblätter? (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 5-6.) — Sur les variations saisonnières de l'activité des feuilles de digitale.

Heim (P.). Die Chinin-Therapie des Keuchhustens. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 août.) — Traitement de la coqueluche par la quinine.

Keown (T. W.). Sodium glycocholate in diseases of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 août.) — Le glycocholate de soude dans les maladies du foie.

Kobert (R.). Ueber Ipecacuanha. (*Therap. Monatsh.*, août.)

Kock (A.). Ueber die therapeutische Anwendung der Kakodylverbindungen besonders bei Lungentuberkulose. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 1 et 2.) — L'emploi thérapeutique des dérivés cacodyliques, surtout dans la tuberculose pulmonaire.

22e ANNÉE. — N° 52. Vingt centimes le numéro. 24 DÉCEMBRE 1902.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MEDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

SOMMAIRE

Hygiène publique. — Consultations de nourrissons et Gouttes de Lait, par M. le docteur A.-L. Peyroux.................. 421
Sociétés savantes : *Société de chirurgie.* — Traitement de l'appendicite.............. 422
Traitement de la procidence vaginale...... 423
Ligature de la veine cave inférieure déchirée au cours d'une néphrectomie pour pyonéphrose calculeuse.......... 423
Ablation d'un cancer de la portion intrathoracique do l'œsophage.............. 423
Société médicale des hôpitaux. — Traitement des névralgies par les injections d'air atmosphérique.............. 423
Atrophie musculaire et névrite tuberculeuse 423
Méningite cérébro-spinale accompagnée de surdité temporaire et terminée par la guérison.............. 423
Ectasie de la portion ascendante de la crosse de l'aorte.............. 423
Adipose douloureuse à forme nodulaire.... 423
Gastrosucorrhée sans stase alimentaire et ulcérations pyloriques.............. 423
Société de biologie. — Le sang après la ligature du pédicule des reins.............. 424
Radioscopie gastrique appliquée à l'étude du séjour des liquides dans l'estomac.... 424
Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Interventions sans contact des doigts du chirurgien avec la plaie opératoire....... 424
Fistule uréthrale et cancer.............. 424
Embolies graisseuses, d'origine cadavérique, des capillaires pulmonaires.......... 424
Société de médecine interne de Berlin. — Apoplexie traumatique tardive.............. 424
Carcinose de la plèvre.............. 424
Résection secondaire de l'intestin.......... 424
Lettres d'Autriche. — Sur le mode d'action et l'emploi thérapeutique des composés sulfocyanés.............. 424
Résultats éloignés de l'extirpation du larynx pour cancer.............. 425
Absence de la rate.............. 425
Lettres d'Amérique. — Les rayons de Röntgen en thérapeutique.............. 425
Littérature médicale : *Publications françaises.* — L'anévrysme de l'aorte ascendante à diverticule antéro-latéral gauche et les tracés sphygmographiques de l'aorte........ 426
De la prostatopexie sub-périnéale ou luxation de la prostate hors de sa loge, comme traitement de l'hypertrophie de la prostate.............. 426
Bégaiement dysartrique par lésion limitée de la capsule interne.............. 426
Publications allemandes. — Sur l'asthme dyspeptique.............. 427
Emploi du magnésium pour le traitement des affections des vaisseaux sanguins.... 427
De la résection transversale de la trachée pour rétrécissement cicatriciel circulaire. 427
De la valeur de la cautérisation ignée dans la cavité péritonéale.............. 427
Publications italiennes. — Contribution expérimentale à l'anatomie et à la physiologie de l'anévrysme artério-veineux.......... 427
Traitement de la syphilis par les injections de cacodylate iodo-mercurique.......... 428
Notes thérapeutiques. — Traitement de la dysenterie par des suppositoires de glace. 428
Le bleu de méthylène dans le traitement de l'entérocolite muco-membraneuse.......... 428
Un moyen pour obtenir des préparations aqueuses de menthol.............. 428
Les indications des injections intraveineuses de sérum antidiphtérique.............. 428
Les lotions au babeurre comme moyen d'éviter les éruptions acnéiformes consécutives à l'usage des bromures......... 428
Nouvelles.
Correspondance. — A propos d'un procédé perfectionné de percussion.
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Adipose douloureuse à forme nodulaire.... 423^3
Agénésie de la rate.............. 425^1
Air atmosphérique en injection contre les névralgies.............. 423^2
Anévrysme artério-veineux.............. 427^3
— de l'aorte ascendante à diverticule antéro-latéral gauche.... 426^2
Apoplexie traumatique tardive.............. 424^3
Appendicite.............. 422^3
Asthme dyspeptique.............. 427^1
Atrophie musculaire et névrite tuberculeuse. 423^2
Babeurre en lotions contre les éruptions bromiques.............. 428^3
Bégaiement dysarthrique par lésion limitée de la capsule interne.............. 426^3
Bleu de méthylène contre l'entérocolite muco-membraneuse.............. 428^2
Cacodylate iodo-mercurique en injections contre la syphilis.............. 428^1
Cancer de l'œsophage intrathoracique...... 423^2
— et fistule uréthrale.............. 424^2
Cancers accessibles.............. 425^2
Carcinose de la plèvre.............. 424^3
Cautérisation ignée dans la cavité péritonéale 427^3
Consultations de nourrissons.............. 421^1
Diphtérie.............. 428^3
Dysenterie.............. 428^2
Ectasie de la portion ascendante de la crosse de l'aorte.............. 423^3
Embolies graisseuses, d'origine cadavérique, des capillaires pulmonaires.............. 424^2
Entérocolite muco-membraneuse.............. 428^2
Extirpation du larynx pour cancer.......... 425^1
Fistule uréthrale et cancer.............. 424^2
Gastrosucorrhée sans stase et ulcérations pyloriques.............. 423^3
Glace en suppositoires contre la dysenterie. 428^2
Gouttes de lait.............. 421^1
Interventions sans contact des doigts du chirurgien après la plaie opératoire.......... 424^2
Ligature de la veine cave.............. 423^1
Liquides et leur séjour dans l'estomac...... 424^1
Lupus du nez et bacilles tuberculeux.......... 424^1
Magnésium et son emploi dans les affections des vaisseaux sanguins.............. 427^2
Méningite cérébro-spinale avec surdité temporaire.............. 423^3
Menthol et ses préparations aqueuses...... 428^2
Névralgies.............. 423^2
Névrite tuberculeuse et atrophie musculaire. 423^2
Procidence vaginale.............. 423^1
Prostatopexie sub-périnéale.............. 426^3
Rayons de Röntgen en thérapeutique....... 425^2
Résection secondaire de l'intestin.......... 424^3
Rétrécissement circulaire de la trachée..... 427^2
— — sous-aortique.............. 423^3
Sang après ligature du pédicule rénal....... 424^1
Sérum antidiphtérique en injections intraveineuses.............. 428^3
Sulfocyanures et leur emploi thérapeutique. 424^3
Syphilis.............. 428^1
Traitement de la diphtérie.............. 428^3
— de la dysenterie.............. 428^2
— de l'appendicite.............. 422^3
— de la procidence vaginale...... 423^1
— de la syphilis.............. 428^1
— de l'entérocolite muco-membraneuse.............. 428^2
— des affections des vaisseaux sanguins.............. 427^2
— des cancers accessibles.............. 425^2
— des éruptions bromiques.............. 428^3
— des névralgies.............. 423^2
— du cancer de l'œsophage intrathoracique.............. 423^2
Tuberculose cutanée verruqueuse.............. 424^3

VARIA

Distribution des prix de l'Académie de médecine de Paris pour 1902.

Hier a eu lieu la distribution des prix de l'Académie de médecine de Paris pour 1902. Parmi les lauréats, nous relevons les noms suivants de confrères étrangers : MM. les docteurs Ehlers (de Copenhague) et Cahnheim (de Dresde), à qui a été décerné le prix Adolphe Monbinne (1,500 fr.) pour leur étude sur *La lèpre en Crète;* M. le docteur E. Cavazzani, professeur à la Faculté de médecine de Ferrare, qui a obtenu le prix Mathieu Bourceret (1,200 fr.) pour son travail sur *Le centre vasodilatateur des vaisseaux cérébraux;* MM. les docteurs La Bonnardière, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, et Xanthopulides, inspecteur sanitaire à Beyrouth, auxquels il a été accordé, sur le prix Stanski, une mention honorable pour leur mémoire sur *Le rôle des moustiques dans la transmission de la peste bubonique;* M. le docteur Borel (de Camaran), à qui il a été attribué, sur le prix Vernois, une mention honorable pour son étude de *La défense sanitaire du golfe Persique et du Chat-el-Arab.*

Enfin, sur la proposition de l'Académie, le ministre de l'intérieur a accordé des médailles à MM. les docteurs Cambouliou (de Port-Saïd), J. Canaval (de Montévidéo), Félix (de Bruxelles), Mougeot (de Saïgon) et Ullmann (de Chester, Etat de Pennsylvanie).

NOUVELLES

FRANCE

~~~ Dans l'exposé des motifs du projet de loi portant approbation de la convention conclue le 7 octobre dernier entre le gouvernement français et le gouvernement siamois, il est dit que, comme conséquence de ladite convention et pour donner à la France une preuve manifeste de ses sentiments d'amitié, le gouvernement siamois a décidé, entre autres, « de créer à Bangkok un institut bactériologique dirigé exclusivement par des médecins français et d'instituer immédiatement au département sanitaire un service de travaux d'assainissement ayant à sa tête un ingénieur français et assuré par des ingénieurs également français ».

AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE

~~~ Le ministre des colonies et le ministre des finances se sont mis d'accord pour proposer au Parlement français d'accorder au gouvernement général de l'Afrique occidentale l'autorisation de contracter un emprunt de 50 millions, avec la garantie de l'Etat français. Cet emprunt est destiné à une série de grands travaux, parmi lesquels figurent en première ligne — pour la somme de 4,500,000 fr. — des travaux d'assainissement qui consisteront en construction d'égouts, dessèchement des marais et de toutes eaux dormantes; on espère ainsi faire disparaître les moustiques qui sont, d'après la théorie régnante, les principaux agents de propagation de la fièvre jaune, maladie endémique au Sénégal.

ALLEMAGNE

~~~ Depuis quelque temps, il était question de créer, à Francfort-sur-le-Mein, un établissement d'instruction pratique pour les médecins, analogue aux *Post-graduate Schools* des Anglais et des Américains. Ce projet vient enfin d'aboutir, de généreux donateurs ayant fourni la somme destinée à l'édification du bâtiment, et le conseil municipal ayant voté, le 16 décembre, 2,800,000 francs pour l'agrandissement de l'hôpital, la construction d'un institut d'anatomie et d'un laboratoire pour l'examen des denrées alimentaires. L'établissement en question portera le nom d' « Académie de médecine pratique ».

Tous les instituts médicaux de Francfort, créés soit par l'Etat soit par la ville, feront partie de la future Académie; du reste, ils participaient déjà à l'ébauche d'enseignement de perfectionnement pour les médecins qui existe à Francfort depuis trois ans.

ANGLETERRE

~~~ La loi sur la vaccination, adoptée en 1898 (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 344 et Annexes, p. CLXI), devant expirer à la fin de 1903, le gouvernement a l'intention de porter la question devant le Parlement au cours de la session de 1903. En présence de l'épidémie de variole qui a sévi dernièrement à Londres d'une manière très intense (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 41), et vu l'expiration prochaine du *Vaccination Act*, il s'est fondé une *Imperial Vaccination League*, qui a pour but principal de s'occuper des lois relatives à la vaccination et de faire ses efforts pour arriver à l'amélioration des conditions législatives actuellement existantes.

AUTRICHE

~~~ En Autriche, comme dans beaucoup d'autres pays, les conditions faites au Corps médical par les nouvelles lois sociales rendent la situation des praticiens difficile dans la lutte pour la vie, car c'est presque toujours au détriment des médecins que les législateurs entendent faire profiter le public des avantages de la médecine. Pour protester énergiquement contre cet état de choses, l'Association des médecins de Vienne a décidé de convoquer au printemps prochain un Congrès de médecine sociale auquel prendront part les délégués de toutes les Sociétés médicales d'Autriche, et qui doit être le point de départ d'une sorte de fédération des médecins autrichiens.

ESPAGNE

~~~ Le ministre de l'intérieur a présenté dernièrement aux *Cortes* un projet de loi relatif à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose. Aux termes de ce projet, c'est l'Etat qui créerait des sanatoria populaires destinés aux tuberculeux indigents, et, à cet effet, il serait inscrit chaque année au budget une somme de 500,000 pesetas, dont 200,000 seraient consacrées à l'annuité nécessitée par l'achat et l'entretien du sanatorium de Porta Cœli qui deviendrait ainsi propriété nationale.

Le projet de loi en question prévoit, en outre, un programme de défense sociale que dressera la direction de la santé publique, conformément aux allocations votées par les *Cortes*, et qui sera soumis ultérieurement à l'approbation du Parlement.

ETATS-UNIS

~~~ Depuis 1888, date de la première Convention sanitaire conclue entre l'Uruguay, la République Argentine et le Brésil, il a été tenu plusieurs Conférences sanitaires entre quelques Etats de l'Amérique du Sud. Le mouvement sanitaire entre les autres républiques américaines a pris un grand essor avec le nouveau siècle; c'est ainsi que l'année dernière a eu lieu à Mexico une réunion des délégués des républiques suivantes : Chili, Costa-Rica, Cuba, Equateur, Etats-Unis, Honduras, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Salvador et Uruguay, dans laquelle il fut décidé qu'une Conférence sanitaire internationale se réunirait à Washington en 1902. C'est le 2 décembre qu'a été ouverte cette assemblée, qui a siégé pendant quatre jours et a adopté diverses résolutions parmi lesquelles nous signalerons la suivante, dont l'importance est considérable au point de vue sanitaire international de l'Amérique :

Il sera créé à Washington un Bureau sanitaire international auquel les gouvernements contractants devront transmettre rapidement et régulièrement tous les renseignements relatifs aux conditions sanitaires qui intéressent leur pays (ports et territoires) et faciliter l'étude des diverses épidémies de maladies pestilentielles. Ce Bureau secondera les autorités des diverses républiques dans la protection la plus efficace de la santé publique et dans l'assainissement du pays et des ports maritimes.

La prochaine Conférence sanitaire internationale des Républiques américaines se réunira le 15 mars 1904 à Santiago-de-Chile, et l'on y discutera les modifications à apporter aux quarantaines par suite de la nouvelle théorie de la propagation de la fièvre jaune par les moustiques.

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

~~~ En écrivant la phrase qui terminait le « Bulletin » de notre dernier numéro, dans laquelle il était question « des devoirs que tout pays devrait avoir à cœur de remplir à l'égard des étrangers » (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 417), nous avions en vue la manière dont certains Etats, notamment le grand-duché de Luxembourg, conçoivent la réciprocité confraternelle. Tandis qu'il est généralement reconnu que l'étranger, pour être admis à la pratique de la médecine dans un pays, doit seulement y avoir obtenu le diplôme justificatif, la loi sur l'art de guérir, en vigueur dans le grand-duché de Luxembourg depuis le 10 juillet 1901, porte ceci : « Nul ne peut exercer une branche quelconque de l'art de guérir dans le grand-duché que le Luxembourgeois qui a obtenu, dans le grand-duché, les diplômes prescrits. »

ITALIE

~~~ Il a été déposé dernièrement sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi relatif à l'assistance médicale et à l'hygiène publique dans les diverses communes du royaume, lequel a surtout en vue les petites localités où les prescriptions de la loi du 22 décembre 1888 sont restées jusqu'ici pour ainsi dire à l'état de lettre morte. Ce projet vise, d'une part, la fédération facultative d'un groupe de communes pour la surveillance sanitaire, les soins médicaux et pharmaceutiques, etc., et, d'autre part, les conditions hygiéniques des agriculteurs employés soit à poste fixe, soit à poste temporaire et dans des régions où le travail ne se fait que pendant certaines saisons.

Ajoutons que le projet de loi en question assure aussi une situation meilleure aux *medici condotti* (médecins communaux ou fédéraux pourvus d'un traitement fixe), dont la nomination serait désormais faite après concours et dont la condition ne dépendrait plus des influences locales ou politiques.

RUSSIE

~~~ Nous apprenons que le Comité national russe du quatorzième Congrès international de médecine a protesté contre l'article 2 du règlement du Congrès de Madrid, d'après lequel pourront faire partie dudit Congrès — avec les mêmes droits que les médecins — les dentistes, les pharmaciens, voire même les gens de lettres, etc.

~~~ Le 7 décembre a eu lieu à Saint-Pétersbourg la distribution des diplômes de médecin à 111 élèves de l'Institut de médecine pour les femmes. Comme cet établissement ne compte que six années d'existence, c'est la première fois que se faisait la distribution; aussi a-t-on voulu la célébrer avec quelque apparat. Au cours de la cérémonie, il a été donné lecture d'une dépêche de l'empereur dans laquelle il dit des femmes-médecins qu'elles « assument spontanément la mission humanitaire de travailler assidûment et loyalement pour le bien des souffrants, avec cette haute abnégation qui est innée chez la femme russe ».

M. le professeur Dmitri de Ott, directeur de l'Institut, a annoncé que, en outre des 111 élèves diplômées, l'établissement compte actuellement 1,314 étudiantes, de telle sorte que l'Institut de médecine pour les femmes possède un nombre d'élèves plus grand que maintes Facultés de médecine russes, y compris l'Académie militaire de médecine.

CORRESPONDANCE

A propos d'un procédé perfectionné de percussion.

L'intéressant procédé de percussion préconisé naguère par M. le docteur J. Plesch (de Budapest), et que la *Semaine Médicale* a fait connaître à ses lecteurs il y a quelques mois (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 139), n'est pas inédit, comme le supposait sans doute notre confrère hongrois. Un de mes compatriotes, le docteur E. M. Garmendia, aujourd'hui décédé, a consacré, en effet, sa thèse inaugurale, soutenue en 1889 devant la Faculté de médecine de Mexico sous le titre de *Dactiloplesimia vertical*, à l'étude d'un moyen d'investigation clinique de tout point semblable à celui que propose M. Plesch; voici, en effet, comment il le décrit :

« Avec la main gauche en extension et la face palmaire tournée vers le corps du malade, on fléchit l'index à angle droit au niveau de l'articulation phalango-phalangienne, de manière que la phalangine et la phalangette forment une tige rigide.

» La main droite qui sert d'instrument percuteur peut être placée de différentes manières selon le doigt dont on se sert pour faire la percussion; généralement, nous choisissons l'index; la main est placée au-dessus de la gauche, en extension forcée sur l'avant-bras, avec les trois derniers doigts en semi-flexion; l'index en extension sur l'articulation métacarpo-phalangienne avec les deux dernières phalanges en semi-flexion.

» Les mains étant placées comme il a été indiqué, la percussion se fait de la manière suivante : les ongles ayant été préalablement coupés, on laisse tomber la main et en même temps le doigt percuteur, tout comme tomberait un marteau inerte de cloche d'horloge, en étendant simultanément les trois derniers doigts et en levant la main immédiatement après avoir produit le choc. »

Je dois ajouter qu'au deuxième Congrès mexicain de médecine, tenu à San Luis Potosi au mois de novembre 1894, M. le docteur D. Mejia, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Mexico, a fait une communication sur ce procédé.

Les publications mexicaines étant peu connues en Europe, je crois devoir vous adresser ces quelques lignes, moins pour revendiquer en faveur de mon pays la priorité de l'idée de cette méthode de percussion que pour rendre hommage à la mémoire d'un confrère aujourd'hui disparu.

Dr C. M. García (de Veracruz).
~~~

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pavy (F. W.). On the acetone series of products in connexion with diabetic coma. (*Lancet*, 12, 19 et 26 juillet et 9 août.)

Reyburn (R.). Causes of cancer. (*Med. Record*, 2 août.)

Rubner. Ueber die Wirkung der Borsäure auf den Stoffwechsel des Menschen. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XIX, 1.) — Influence de l'acide borique sur les échanges organiques chez l'homme.

Sacquépée (E.). Contribution à l'étude des sérums lactescents. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Sbriscia (E.). Contributo alla pratica delle vaccinazioni. (*Policlinico*, 2 août.)

Umber. Ueber autolytische Vorgänge in Exsudaten. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 juillet.)

MÉDECINE

Cerf (L.). Pesée quotidienne d'une ascite. (*Anjou méd.*, nov.)

Davidescu (G. A.). Tratat asupra percutiunei de Léopold Avenbrugger inventatorul ei. In-8°, 46 p. Bucharest.

Fano (U.) et **Gemelli** (E.). Sui granuli basofili delle emazie umane. (*Boll. clinico-scientifico della poliambulanza di Milano*, XV, 11.)

Gasca (E.). 3 casi di carcinoma primitivo latente della testa del pancreas. (*Progresso med.*, I, 19.)

Hand (A.). The positive diagnosis of meningitis, particularly tuberculous, by means of lumbar puncture. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 août.)

Jochmann (G.) et **Schumm** (O.). Zur Kenntnis des Myeloms und der sogenannten Kahlerschen Krankheit (multiple Myelome, einhergehend mit Bence-Jones'scher Albumosurie). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 5-6.)

Kun (R.). Ueber die Ausscheidungskurve gerinnungsalterirender Eiweisssubstanzen im Harn während der Pneumonie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 16 août.) — La courbe d'élimination urinaire des albuminoïdes altérant la coagulation, au cours de la pneumonie.

Maine (F. D.). Tobacco heart : what is it and what its treatment? (*Med. News*, 26 juillet.) — Le cœur tabagique et son traitement.

Momo (C.). La malattia delle mine. (*Gazz. degli Osped.*, 17 août.)

Moraczewski (W.). Przebieg goraczki u czlowieka z wycieta sledziona. (*Gaz. lekarska*, 30 août.) — La marche de la fièvre chez un homme splénectomisé.

Otto (C.). Kryoskopja i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek. (*Kronika lekarska*, 15 juin, 1er et 15 juillet, 1er et 15 août, 1er et 15 sept., 1er et 15 oct.) — La cryoscopie dans les maladies du cœur et des reins.

Pitini (A.) et **Mercadante** (F.). Carcinoma midollare primitivo del polmone. (*Riforma med.*, 10 sept.)

Pittarelli (E.). La cosi detta reazione di Malot e la determinazione dell'acido fosforico in clinica. (*Gazz. degli Osped.*, 10 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Kolle (W.) et **Otto** (R.). Vergleichende Wertprüfungen von Pestserum verschiedener Herkunft. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.) — Recherches comparatives sur la valeur des sérums antipesteux de diverses provenances.

Lewis (Ch. H.). Diet, drugs and diagnosis in typhoid fever. (*Med. Record*, 2 août.)

Millard (C. K.). The etiology of return cases of scarlet fever. (*Brit. Med. Journ.*, 16 août.)

Newsholme (A.). The epidemiology of smallpox in the nineteenth century. (*Brit. Med. Journ.*, 5 juillet.) — L'épidémiologie de la variole au dix-neuvième siècle.

Patrikios (B.). Τα ασκληπιεια ή φθισιατρεια. In-8°, 94 p. avec fig. Athènes. — Les sanatoria.

Reiche (F.). Die Dauererfolge der Heilstättenbehandlung Lungenschwindsüchtiger. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 août.) — Les résultats éloignés du traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanatoria.

Schram (A. W.) et **Rubovits** (W. H.). The infectious origin of purpura hemorrhagica. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 août.)

Schröder (G.) et **Brühl** (T.). Ueber die Beziehungen von Körperbewegungen, Körperwärme und Albumosurie zu einander und zum Fieber im Verlaufe der Phthise. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 et 26 août.) — Les rapports entre les mouvements du corps, la température et l'albumosurie, et les rapports entre ces éléments et la fièvre au cours de la phtisie.

Sousa Teixeira (B. de). A tuberculose; relatorio-estudo. In-4°, 61 p. Lisbonne.

Spronck (C. H. H.). Onderzoekingen naar de aetiologie der acute dysenterie in Nederland. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er nov.)

Stevens (M. L.). Quantitative changes in the blood in pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 26 juillet.) — Modifications quantitatives du sang dans la tuberculose pulmonaire.

Sticker (G.). Zur Diagnose der angeborenen Schwindsuchtsanlage. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 août.) — Diagnostic de la prédisposition congénitale à la phtisie.

Veeder (M. A.). Typhoid fever from sources other than water supply. (*Med. Record*, 26 juillet.) — La fièvre typhoïde d'origine non hydrique.

Wanklyn (W. McConnel). Differential diagnosis between variola and varicella. (*Brit. Med. Journ.*, 5 juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bychowski (Z.). Ein Fall von recidivirender doppelseitiger Ptose mit myasthenischen Erscheinungen in den oberen Extremitäten. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 3-4.) — Un cas de blépharoptose bilatérale récidivante avec phénomènes myasthéniques du côté des extrémités supérieures.

Huet (W. G.). Stijfheid van de wervelkolom met verkromming. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 août.) — Rigidité avec incurvation de la colonne vertébrale.

Kaplan (I.) et **Fedotow** (A.). Adipositas dolorosa (Dercum'sche Krankheit). (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 27 sept., 1er et 4 oct.)

Köster. Ueber die ätiologischen Beziehungen der Chorea minor zu den Infektionskrankheiten, insbesondere zur rheumatischen Infektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 août.)

Kühn (H.). Klinische Beiträge zur Kenntnis der hereditären und familiären spastischen Spinalparalyse. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.)

Kulneff (N.). Myatonia periodica. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 2 et 3.)

Londe (P.). De l'angoisse. (*Rev. de méd.*, août.)

Lundborg (H.). Ueber die Beziehungen der Myoclonia familiaris zur Myotonia congenita. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.)

Nava (A.). Della cura di Frenkel nell'atassia tabetica. (*Ann. di elettricità med. e terapia fisica*, sept.)

Priszner (J.). Ein Fall von Erb-Goldflam'scher Krankheit (myasthenische Bulbärparalyse, Myasthenia gravis pseudo-paralytica Jolly). (*Wien. med. Presse*, 24 août.)

Pulawski (A.). Zesztywnienie kregoslupa. (*Gaz. lekarska*, 23 août.) — Un cas de rigidité de la colonne vertébrale.

Schittenhelm (A.). Ueber einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarks (Brown-Séquard'scher Lähmung) mit besonderer Berücksichtigung des Localisationsvermögens. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.) — Un cas de blessure par instrument piquant de la moelle épinière (paralysie de Brown-Séquard), étudié surtout au point de vue du pouvoir de localisation.

Strasburger (J.). Pupillenträgheit bei Accommodation und Convergenz. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — Paresse de la pupille dans l'accommodation et la convergence.

Volhard (F.). Ueber einen Fall von Tumor der Cauda equina. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 août.)

Wolff (G.). Die physiologische Grundlage der Lehre von den Degenerations-Zeichen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 2.) — Les bases physiologiques de la théorie des stigmates de dégénérescence.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Heidingsfeld (M. L.). Injection treatment of syphilis by means of a new mercurial formula. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 sept.)

Juliusberg (F.). Ueber « colloide Degeneration » der Haut, speciell in Granulations- und Narbengewebe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 2-3.) — Dégénérescence colloïde de la peau, surtout au niveau des granulations et des cicatrices.

Kreibich (K.). Ueber 6 Fälle von Pityriasis lichenoides chronica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 juin.)

Merk (L.). Zur Frage der Vaccina generalisata vera. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 juin.)

Neumann. Ueber Keratosis universalis congenita. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 2-3.)

Nobl (G.). Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 1 et 2-3.)

Norris (H.) et **Asher** (J. M.). Urethral chancre. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, août-sept.)

Oro (M.). Di una rara distrofia alveolo-dentaria da sifilide ereditaria. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 30 sept.)

Pini (G.). Ein Fall primärer Hautsarcomatose. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 1.) — Un cas de sarcomatose primaire de la peau.

Ravogli (A.). A few notes on syphilitic bubo. (*Med. News*, 26 juillet.)

Small (W. B.). Treatment of gonorrhœa in the female. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet.)

Tchlenov (M.). Lichen plan des muqueuses (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 15.)

Utili (V.). Del cosi detto reumatismo blenorragico. (*Gazz. degli Osped.*, 31 août.)

Welander (E.). Drei Fälle von Strictura pharyngis syphilitica. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 1.)

PARASITOLOGIE

Bodin (E.). Les champignons parasites de l'homme. In-16, 208 p. avec fig.

Döpke (K.). Beitrag zur Kenntnis des Erregers der menschlichen Aktinomykose. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mai.) — Contribution à l'étude de l'agent pathogène de l'actinomycose humaine.

Hochheim (K.). Ein Beitrag zur Casuistik der Pneumonomykosis aspergillina. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 2.)

Secchi (T.). Osservazioni istologiche sui granulomi infettivi : actinomicosi. (*Riforma med.*, 6 et 7 août.)

CHIRURGIE

Delfosse (C.). Sur un cas de « névrome plexiforme ». In-8°, 23 p. avec fig. Lille.

Lüning (A.) et **Schulthess** (W.). Atlas-manuel de chirurgie orthopédique. (Ed. française par P. Villemin.) In-8°, XXIV-348 p. avec fig. et planches.

O'Conor (J.). The treatment of appendicitis. (*Lancet*, 16 août.)

Perthes (G.). Ueber Fremdkörperpunktion. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 août.) — Ponction des corps étrangers.

Ploc (K.). Zur Chirurgie des Leistenhodens. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 6.) — Chirurgie de l'ectopie testiculaire (testicule retenu dans le canal inguinal).

Pupovac (D.). Zur Technik der Nearthrosenbildung bei ankylosirten Gelenken. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 août.)

Quervain (F. de). Zur Aetiologie der Pneumococcenperitonitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er août.)

Schrön (F.). Historisches und Theoretisches zu der Lehre von den Schädelbrüchen speziell den sogenannten Gegenbrüchen. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Les fractures du crâne, et, en particulier, les fractures de la tête par contrecoup.

Sheldon (J. G.). Some points in the treatment of crushing injuries involving the large joints. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 juillet.) — Quelques points du traitement de l'écrasement des grandes articulations.

Sommer (O.). Varicosity of the superficial epigastric vein, probably as a result of an old operation for bubo. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 août.)

Symonds (Ch. J.). The diagnosis and treatment of malignant stricture of the œsophagus. (*Lancet*, 9 août.)

Taddei (D.). Sulla emostasia nelle resezioni del fegato; ricerche sperimentali sul processo del Burci. In-12, 54 p. Seravezza.

Travers (F. T.). Intussusception of a diverticulum with secondary ileo-colic intussusception. (*Lancet*, 19 juillet.)

Vulpius (O.). Zur Sehnenüberpflanzung bei spinaler Kinderlähmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.) — De la transplantation tendineuse en cas de paralysie spinale infantile.

Wallis (F.). The treatment of intra-peritoneal abscess of the appendix. (*Lancet*, 19 juillet.)

Weinsberg (J.). Zur Therapie der Tuberculose des Blinddarmes. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 et 16 août.) — Traitement de la tuberculose du cæcum.

Weir (R. F.). A new use for the useless appendix in the surgical treatment of obstinate colitis. (*Med. Record*, 9 août.) — L'utilisation de l'appendice dans le traitement chirurgical de la colite rebelle.

Zawadzki (A.). Przyczynek do kazuistyki ran postrzalowych zoladka. (*Kronika lekarska*, 15 août, 1er et 15 sept. et 1er oct.) — Blessures de l'estomac par armes à feu.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Iwanoff (N.). Ueber das elastische Gewebe des Uterus während der Gravidität. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 2.) — Le tissu élastique de l'utérus au cours de la grossesse.

Klein (G.). Zur Geschichte der Extraktion und Expression des nachfolgenden Kopfes. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 août.) — Contribution à l'histoire de l'extraction et de l'expression de la tête dernière.

Kolischer (G.). Deflected presentation in labor. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 août.)

Krönig. Geburtsleitung beim engen Becken. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 août.) — Conduite à tenir dans les cas de bassin rétréci.

Lvov (I.). Contribution à la pathologie des trompes de Fallope (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 août.)

Magnus (A. von). Ueber reine puerperale Staphylokokkenpyämie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 août.)

Massey (G. B.). Chronic inflammation of the uterine appendages; its treatment by mercuric cataphoresis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 août.)

Noble (G. H.). A new operation for complete laceration of the perineum, designed for the purpose of eliminating danger of infection from the rectum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 août.)

Norris (C.). Vaginal incision; a report of 20 cases operated upon by this method. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet.)

Pettazzi (A.). Sulla eziologia e sulla patogenesi dei vomiti uterini. In-8°, 73 p. Naples.

Reed (Ch. L.). A new operation for the more satisfactory repair of the pelvic floor, with special reference to the restoration of the deep nidus of the perineum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 août.) — Une nouvelle opération pour la restauration du plancher périnéal.

Rieck (A.). Zur Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 août.) — Traitement de la grossesse extra-utérine.

Schmitt (J. A.). Diagnosis of incipient carcinoma of the endometrium. (*Med. Record*, 2 août.)

Sinclair (M. A. McIntyre). On puerperal aphasia, with an analysis of 18 cases. (*Lancet*, 26 juillet.)

Terrett (B. A.). Unusual complications supervening in a simple extirpation of a multilocular cyst of the ovary. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 août.)

Werder (X. O.). A contribution to ureteral surgery with 4 cases, including a new operation for double uretero-vaginal fistula. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 août.)

Williams (W. R.). Myoma of the vagina. (*Lancet*, 9 août.)

PÉDIATRIE

Bertucat (A.). Tubage du larynx à la campagne. (*Lyon méd.*, 31 août.)

Brudzinski (J.). Przyczynek do badan nad enteritis streptococcica u niemowlat (streptokokkenenteritis Escherich'a). (*Gaz. lekarska*, 23 août.) — Contribution à l'étude de l'entérite streptococcique chez les nourrissons.

Etiévant. Incontinence d'urine et végétations adénoïdes. (*Lyon méd.*, 24 août.)

Fischer (L.). The examination of the gastric contents in children. (*Med. News*, 5 juillet.)

Nogué (R.). Formulaire spécial de thérapeutique infantile. 2e éd. In-18, 664 p.

Stooss (M.). Die Pneumokokkenperitonitis im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 4.)

Taylor (H. L.). Chronic joint disease in children. (*Med. News*, 16 août.) — Arthrites chroniques chez les enfants.

Torretta. Sulla terapia ipodermica iodica nella pratica pediatrica. (*Progresso med.*, I, 18.)

Tumpowski (A.). Dwa przypadki drgawek ogolnych (*eclampsia infantum*) po zaszczepieniu ospy. (*Gaz. lekarska*, 30 août.) — Deux cas d'éclampsie infantile consécutive à la vaccination.

Wilson (W. R.). The etiology and diagnosis of fractures in the newborn. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 août.) — L'étiologie et le diagnostic des fractures chez le nouveau-né.

HYGIÈNE

Badía (J.). La leche de consumo en Buenos Aires; estudios bacteriológicos y químicos. In-8°, XXXI-319 p. avec graphiques. Buénos-Ayres. — Le lait qu'on boit à Buénos-Ayres.

Garnault (P.). Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine. In-8°, XXX-1062 p. avec fig.

Heffter (A.). Ueber den Einfluss der Borsäure auf die Ausnutzung der Nahrung. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XIX, 1.) — L'influence de l'acide borique sur l'assimilation des aliments.

Malméjac (F.). L'eau dans l'alimentation. In-8°, 318 p. avec fig.

Pagès (C.). Manuel d'hygiène pratique. In-8°, XXII-643 p. avec fig.

Pulido Fernández (A.). Saneamiento de poblaciones españolas: Sevilla (Huelva, Cádiz, Málaga, Granada, Bilbao, Zaragoza, Valladolid, etc., etc.). In-8°, 390 p. avec cartes. Madrid.

Rapports des commissions médicales provinciales [de la Belgique] sur leurs travaux pendant l'année 1901 précédés des observations de l'Académie royale de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique. In-8°, 512 p. Ministère de l'agriculture. Bruxelles.

Rost (E.). Ueber die Wirkungen der Borsäure und des Borax auf den tierischen und menschlichen Körper, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verwendung zum Konserviren von Nahrungsmitteln. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XIX, 1.) — L'action de l'acide borique et du borax sur l'organisme animal et sur l'organisme humain, surtout au point de vue de l'emploi de ces substances pour la conservation des aliments.

Weitzel (A.). Ueber die Labgerinnung der Kuhmilch unter dem Einfluss von Borpräparaten und anderen chemischen Stoffen. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XIX, 1.) — De la caséification du lait de vache sous l'influence des produits boriqués et d'autres substances chimiques.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Beck (C.). The medico-legal value of the Röntgen rays. (*Med. Record*, 9 août.)

Feilchenfeld (L.). Leitfaden der ärztlichen Versicherungspraxis. In-8°, 131 p. Vienne. — Manuel de pratique médicale au point de vue des assurances.

Lesser (A.). Stereoskopischer gerichtsärztlicher Atlas. 1re partie. 50 planches stéréoscopiques avec texte explicatif. Breslau. S. Schottländer. — Atlas stéréoscopique de médecine légale.

Morelli (G.). Sopra un caso di avvelenamento da allume. (*Gazz. degli Osped.*, 17 août.)

Rohmer. Les accidents du travail; évaluation (à l'usage des médecins-experts) des incapacités professionnelles (loi du 9 avril 1898). In-8°, 195 p.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Aporti (F. et S.). Ferro organico ed inorganico nel trattamento delle anemie primarie e sperimentali. (*Policlinico*, partic méd., IX, 10 et 11.)

Krug. Tetanus nach Gelatineinjectionen. (*Therap. Monatsh.*, juin.)

Lemoine (G.). Thérapeutique médicale et médecine journalière. 4e éd. In-8°, 814 p.

Mayer (M.). Erfahrungen über die Anwendung von Terpentinöl und verwandten Mitteln bei Blinddarmentzündung. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 août.) — Emploi de l'essence de térébenthine et de remèdes analogues dans l'inflammation du cæcum.

Oliari (A.). A proposito della terapia dell'empiema. In-8°, 11 p. Parme.

Pedrazzini (F.). Sulle specie batteriche e sulla specificità dei sieri curativi. (*Clinica medica italiana*, août.)

Petruschky. Versuche zur specifischen Behandlung des Typhus abdominalis. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.) — Essais de traitement spécifique de la fièvre typhoïde.

Rogovin (E.). Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Wert der Sauerstoff-Inhalation. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 5-6.) — Recherches cliniques et expérimentales sur la valeur des inhalations d'oxygène.

Sobotta (E.). Vergleich über die Wirksamkeit verschiedener Bandwurmmittel nebst Versuchen, das Ricinusöl bei der Bandwurmcur teilweise durch andere Abführmittel zu ersetzen. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Valeur comparée des divers tænifuges et essais de substitution à l'huile de ricin d'autres purgatifs dans le traitement du ver solitaire.

Thomson (W. H.). Some points in the treatment of acute rheumatism. (*Med. News*, 23 août.)

Tikanadzé (I.). Traitement du tétanos par des injections d'émulsion cérébrale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 août.)

Vandamme. La levure de bière dans le traitement du diabète sucré. (*Policlinique*, 1er sept.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Bellini (A.). Fototerapia; radioterapia. In-12, 362 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Cluzet (J.). Sur l'état actuel de l'électrodiagnostic. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

Curtis (G. L.). Electric ozonation in neuralgia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 août.)

Leduc (S.). Action des courants continus sur les tissus scléreux et cicatriciels. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

McCaskey (G. W.). Electrical reactions of the gastrointestinal musculature and their therapeutic value. (*Med. Record*, 26 juillet.)

GÉNÉRALITÉS

Balland (A.). Composition et valeur alimentaire des viandes de mammifères, d'oiseaux et de reptiles. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Bordier (H.). Précis de manipulations de physique biologique. In-18, 317 p. avec fig.

Grasset (J.). Les limites de la biologie. In-16, 193 p.

Régnault (J.). Médecins missionnaires; rôle des médecins dans l'extension de l'influence civilisatrice d'une nation. (*Revue scientifique*, 22 nov.)

Rivière (L.). Ecoles d'infirmières et de gardes-malades. In-18, 121 p. V. Lecoffre.

Springer (W.). L'énergie de croissance et les lécithines dans les décoctions de céréales. In-12, 170 p.

Statistique médicale de la marine pendant l'année 1899 (1re année). In-4°, 229 p. avec graphiques. Impr. nationale.

Tartière (E.). De l'aptitude des conscrits au service militaire déterminée par le poids et la taille des hommes. (*Lyon méd.*, 10 août.)

Turquan (V.). Contribution à l'étude de la population et de la dépopulation. In-8°, 170 p. avec graphiques. Lyon.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Sur l'acné chlorique, par M. le professeur A. Jaquet.......... 429

MÉDECINE PRATIQUE. — Application clinique de l'hémoalcalimétrie, par M. le docteur Francis Munch.......... 431

BULLETIN. — L'air et le spray.......... 432

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de chirurgie*.
Traitement de l'appendicite.......... 432
Traitement des déchirures de la veine cave inférieure.......... 433

Société médicale des hôpitaux. — Les suites éloignées de la méningite cérébro-spinale 433
Syphilide pigmentaire avec céphalée matutinale et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.......... 433
Néphrites interstitielles bilatérales consécutives aux lésions traumatiques d'un seul rein.......... 433

Société de biologie. — Cytologie du sang et des urines dans un cas d'hématochylurie tropicale.......... 433
Imperméabilité méningée au mercure au cours du traitement hydrargyrique.......... 433
Sur les lésions du foie au cours de la cirrhose hypertrophique.......... 433
Cirrhose de Hanot et leucémie à « Mastzellen ».......... 433
Sur le rôle des parasites du rat dans la transmission de la peste.......... 433

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise*.
Le traitement chirurgical local de certaines maladies générales.......... 433
Amputation du sein avec cicatrice cachée.. 434
Excision du centre psycho-moteur pour épilepsie jacksonniene.......... 434
Autoplastie articulaire au moyen de lambeaux cutanés.......... 434

Académie de médecine de Belgique. — Sur la diazoréaction d'Ehrlich.......... 434
A propos des lésions vasculaires dans la paralysie générale.......... 434

Lettres de Chine. — La médecine européenne en Extrême-Orient.......... 434
La gravité actuelle des maladies épidémiques à Shanghaï.......... 434
Le « foung-sha » ou rougeole volante des Chinois.......... 434

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises*. — Contribution à la recherche du bacille d'Eberth dans les eaux.......... 435
La hanche bote ou coxa vara des adolescents.......... 435
Le sang dans la blennorrhagie aiguë.......... 435

Publications allemandes. — De l'occlusion de l'intestin à la limite du duodénum et du jéjunum.......... 435
Forme particulière d'hyperplasie sénile, hémorrhagique, leucocytaire, de la muqueuse utérine.......... 436

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Le chlorure de sodium contre la peste.......... 436
La ponction lombaire contre les douleurs névralgiques anciennes consécutives au zona.......... 436
Le salol dans le traitement de la dysenterie 436
Le lavage de l'estomac dans la position déclive.......... 436

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acné chlorique.......... 429^1
Amputation du sein avec cicatrice cachée... 434^1
Appendicite.......... 432^3
Autoplastie articulaire au moyen de lambeaux cutanés.......... 434^1
Bacille d'Eberth et sa recherche dans les eaux.......... 435^1
Blennorrhagie aiguë et son hématologie.......... 435^3
Chlorure de sodium contre la peste.......... 436^2
Cirrhose de Hanot et leucémie à « Mastzellen ».......... 433^3
— hypertrophique et lésions du foie.. 433^2
Coxa vara des adolescents.......... 435^2
Diazoréaction d'Ehrlich.......... 434^2
Dysenterie.......... 436^3
Eosinophiles et leur rôle.......... 433^3
Excision du centre psycho-moteur pour épilepsie jacksonienne.......... 434^1
Foie et fixation des graisses.......... 433^3
Foung-sha.......... 434^3
Hanche bote.......... 435^2
Hématochylurie.......... 433^2
Hémoalcalimétrie et son application clinique 431^2
Hyperplasie sénile de la muqueuse utérine.. 436^1
Lavage de l'estomac dans la position déclive 436^3
Lésions traumatiques d'un seul rein et néphrites bilatérales.......... 433^2
Maladies épidémiques à Shanghaï et leur gravité actuelle.......... 434^3
Médecine européenne en Extrême-Orient.......... 434^3
Méninges et leur imperméabilité au mercure 433^2
Méningite cérébro-spinale et ses suites éloignées.......... 433^1
Néphrites bilatérales et lésions traumatiques d'un seul rein.......... 433^2
Névralgies zostériennes.......... 436^3
Occlusion intestinale à la limite du duodénum et du jéjunum.......... 435^3
Paralysie générale et lésions vasculaires.... 434^2
Peste.......... 436^2
— et sa transmission par les puces.......... 433^3
Ponction lombaire contre les névralgies zostériennes.......... 436^3
Rougeole volante des Chinois.......... 434^3
Salles d'hôpital et teneur de l'air en micro-organismes.......... 432^1
Salol contre la dysenterie.......... 436^3
Sang dans la blennorrhagie aiguë.......... 435^3
Syphilide pigmentaire et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.......... 433^1
Traitement chirurgical local de certaines maladies générales.......... 433^3
— de la dysenterie.......... 436^3
— de la peste.......... 436^2
Traitement de l'appendicite.......... 432^3
— des déchirures de la veine cave inférieure.......... 433^1
— des névralgies zostériennes.......... 436^3
Tubuli contorti et leur bordure en brosse.... 433^3

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Erich Lexer, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Berne. — M. le docteur Paul Dubois, privatdocent d'électrothérapie, est nommé professeur extraordinaire de neurologie.

Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs A. Gurwitsch (*anatomie*): K. Arnd et R. Wildbolz (*chirurgie*); E. Hegg (*ophtalmologie*); Adolf Schönemann (*oto-rhino-laryngologie*).

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Oskar Vulpius, privatdocent de chirurgie orthopédique, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur C. Arkhanguelsky, privatdocent à la Faculté de médecine de Tomsk, est nommé privatdocent de pharmacologie.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur K. Grunert, privatdocent d'ophtalmologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Anton Ghon (*anatomie pathologique*); Alexander Fränkel (*chirurgie*); Hubert Peters (*obstétrique et gynécologie*); R. von Zeynek (*chimie médicale*).

University College de Liverpool. — M. le docteur Ronald Ross, lecteur, est nommé professeur des maladies des pays chauds et de parasitologie.

King's College de Londres. — M. le docteur W. Watson Cheyne, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. W. Rose, démissionnaire.

M. le docteur Albert Carless est nommé professeur de pathologie externe, en remplacement de M. W. Watson Cheyne.

University College de Sheffield. — M. le docteur J. S. Macdonald est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. C. F. Myers-Ward.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Hénocque, vice-président de la Société de biologie de Paris. — M. le docteur T. Zaaijer, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur Karl W. von Kupffer, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur R. von Krafft-Ebing, ancien professeur de psychiatrie et de neurologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur I. Herrnheiser, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Samuel Fenwick, ancien lecteur de médecine au London Hospital Medical College. — M. le docteur A. Posadas, professeur suppléant de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Buénos-Ayres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902)

THÈSES DE LILLE

Jordanis. Contribution à l'étude de la rétention des membranes et de son traitement après l'accouchement à terme.

Jouvenel. Recherches sur quelques détails de structure des glandes salivaires (croissants de Giannuzzi, grains de sécrétion).

Knoll. Traitement des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse.

Kovatcheff. Dystocie fœtale par rétention d'urine.

Lagache. L'adrénaline; son emploi en oto-rhino-laryngologie.

Leclercq. Contribution à l'étude des cytotoxines; cytotoxines placentaires.

Lejeune. Du traitement de la paralysie générale et du tabes par les injections de benzoate de mercure.

Leuridan. Contribution à l'étude de la paralysie générale chez la femme.

Libersat. Etude sur le *genu recurvatum* consécutif à la coxalgie.

Lorgnier. Contribution à l'étude clinique des tumeurs bénignes d'origine non glandulaire de la voûte palatine et du voile du palais.

Marlière. De la phlébite bronchopneumonique.

Mathieu. Contribution à l'étude du syndrome de Stokes-Adams.

Pollet. De la thyroïdothérapie dans le goitre exophtalmique.

Pouillaude. Des rapports de la polyurie et de l'hypothermie dans le mal de Bright.

Rallier du Baty. Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès sous-phréniques.

Rançon. Des accidents pulmonaires dans l'occlusion intestinale.

Romignot. Du rôle de la compression active dans la localisation des tendons.

Stérin. Contribution à l'étude des exostoses ostéogéniques.

Truffier. De l'exentération ignée au cours de la panophtalmie.

Vanlaer. Des anévrysmes de l'arcade palmaire superficielle.

Verhaeghe. De la sciatique consécutive à l'arthrite sèche de la hanche.

Verlaine. Traitement de la chorée arythmique hystérique par l'immobilisation sous chloroforme.

Vincent. Contribution à l'étude clinique des troubles de la parole dans l'épilepsie.

Vrasse. Température et diurèse comparées chez les typhoïdiques traités par les bains chauds et froids ou par les boissons abondantes.

PHYSIOLOGIE

Cavani (E.). Se esista un mancinismo vasomotorio. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.) — De l'asymétrie vasomotrice.

Grandis. Di un metodo per calcolare l'energia totale sviluppata dal muscolo durante la contrazione per mezzo dell'ergografo. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 3.)

Imbert (A.). Mode de fonctionnement économique de l'organisme. In-8°, 97 p. avec fig. Evreux.

Patrizi (M. L.). Il progredire dell'onda sfigmica nel sonno fisiologico. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.)

Pawlow (J. P.). Work of the digestive glands. (Trad. anglaise par W. H. Thompson.) In-8°, 208 p. avec fig. Londres.

Richet (C.). Dictionnaire de physiologie. T. V, 3e fasc. In-8°, p. 641 à 954, avec fig.

Starling (E. H.). Elements of human physiology. 5e éd. In-8°, 700 p. Londres.

Stern (Mlle L.). Expériences sur la prétendue sécrétion interne des reins. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Zunz (E.). Sur la digestion peptique des substances albuminoïdes. (*Ann. de la Soc. royale des scienc. méd. et natur. de Bruxelles*, XI, 3.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bandler (S. W.). The trophoblast and chorionic epithelium, and their relation to chorioepithelioma. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Cernezzi (A.). Sulla colorazione delle fibre elastiche. (*Gazz. med. lombarda*, 9 nov.)

Cesaris-Demel (A.). Sopra una rara forma di lesione arteriosa. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 3.)

Gregersen (F.). Et tilfælde af saakaldt idiopatisk ösofagusdilatation. (*Hospitalstidende*, 12 et 19 nov.)

Guizzetti (P.). Per la conoscenza del rammollimento ischemico del midollo spinale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.)

Himmel (I.). Le rouge neutre (Neutralrot); son rôle dans l'étude de la phagocytose en général et dans celle de la blennorrhagie en particulier. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Penkert (M.). Vier seltene Fälle von abdominalen Cysten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.) — Quatre cas rares de kystes abdominaux.

Pepere (A.). Tumeur primitive du foie originaire des germes aberrants de la capsule surrénale; contribution à la connaissance des localisations rares et des tumeurs des capsules surrénales surnuméraires. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Pirone (R.). Ueber die Gegenwart von Fett in den Zellen der Neoplasmen. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 sept.) — Sur la signification de la graisse dans les cellules des néoplasmes.

Rasch. Histologisches über Kaliätzung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.) — Anatomie pathologique des brûlures par la potasse caustique.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Blum (F.). Ueber Geisteskrankheiten im Gefolge von experimentell erzeugten Autointoxicationen: Psychosen thyreopriver Hunde. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — Psychoses consécutives aux auto-intoxications expérimentales (chez des chiens thyroïdectomisés).

Busscher (L. de). L'antidote de l'arsenic est nuisible en cas d'empoisonnement par l'anhydride arsénieux et d'une efficacité temporaire contre la liqueur de Fowler. (*Arch. internation. de pharmacodynamie et de thérapie*, X, 5-6.)

Cancino (J. T.). Ricerche sperimentali sulle granulazioni basofile dei globuli rossi. In-8°, 29 p. avec fig. Gênes.

Gervino (A.). L'alcool nella tubercolosi sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 3 août.)

Jatta (M.). Sul controllo dell'efficacia del vaccino jenneriano; ricerche sperimentali. (*Policlinico*, 30 août.)

Kron (J.). Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Hemmung der Reflexe nach halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarks. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 1-2.) — Contribution expérimentale à l'étude de l'abolition des réflexes après hémi-section de la moelle épinière.

Sonntag (G.). Ueber die quantitative Untersuchung des Ablaufs der Borsäureausscheidung aus dem menschlichen Körper. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XIX, 1.) — Sur la durée de l'élimination de l'acide borique chez l'homme, avec recherches quantitatives.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Angelici (G.). Sull'etiologia del sangue peptonico e di altri fenomeni biologici. (*Clinica moderna*, 3 et 10 sept.)

Arthus (M.). Les fièvres au point de vue physiologique. (*Echo méd. du Nord*, 14 sept.)

Battelli (F.). La mort et les accidents par les courants industriels. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Becker (E.). Ueber die Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes durch vasomotorische Beeinflussungen, insbesondere durch Einwirkung von Kälte auf den ganzen Körper. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, août.) — Des modifications dans la composition du sang par influences vasomotrices, surtout par action du froid sur la totalité du corps.

Sleeswijk (R.). Der Kampf des tierischen « Organismus » mit der pflanzlichen « Zelle ». In-8°, 139 p. avec fig. Amsterdam. — La lutte de l' « organisme » animal contre la « cellule » végétale.

Weidenfeld (S.). Ueber den Verbrennungstod. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXI, 1 et 2-3.) — Sur la mort par brûlures.

Wiener (E.). Ueber das Verhalten der roten Blutkörperchen bei höheren Temperaturen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 juin.) — L'état des globules rouges du sang sous l'influence des hautes températures.

MÉDECINE

Allchin (W. H.). A manual of medicine. Vol. IV: Diseases of the respiratory and circulatory systems. In-8°, 510 p. Londres.

Brassart. Quelques cas d'œdème chronique. (*Echo méd. du Nord*, 21 sept.)

Braun (L.). Ueber das « Wanderherz ». (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 30 août.) — « Cœur flottant ».

Chapochnikov (B.). Du pneumothorax (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, sept. et oct.)

Daremberg (G.) et **Moriez** (F.). Variations de l'albumine, de l'acide urique, de l'acidité totale des urines dans les albuminuries permanentes ou inconstantes. (*Rev. de méd.*, sept.)

Dieulafoy (G.). Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1901-1902). T. IV. In-8°, 424 p. avec fig. Masson et Cie.

Gemelli (E.). Di un sarcoma primitivo del fegato. (*Riv. critica di clinica medica*, 8 nov.)

Poncet (A.). Rhumatisme tuberculeux abarticulaire; localisations viscérales et autres du rhumatisme tuberculeux. (*Lyon méd.*, 20 juillet.)

Ranglaret. Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat pendant l'année 1901-1902. In-8°, 180 p. Montluçon.

Rodríguez y Abaytúa (N.). Subordinación patogénica de las dermatoses a las dispepsias. (*Rev. de med. y cirugia práct.*, 14 et 21 oct.)

Sangiovanni (M.). Il respiro e la febbre nella polmonite. (*Gazz. degli Osped.*, 3 août.)

Senator (H.). Die Erkrankungen der Nieren. 2e éd. In-8°, 525 p. Vienne. A. Hölder. — Les maladies des reins.

Silvagni (L.). Insufficienza delle valvole aortiche e scomparsa del soffio diastolico. (*Riv. critica di clinica medica*, 15, 22 et 29 mars.)

Spiethoff (B.). Blutdruckmessungen bei Morbus Basedow. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 23 août.) — Mensurations de la tension sanguine dans la maladie de Basedow.

Stähelin (R.). Ueber den durch Essigsäure fällbaren Eiweisskörper der Exsudate und des Urins. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 août.) — Sur les albuminoïdes des exsudats et de l'urine, que précipite l'acide acétique.

Strasburger (J.). Untersuchungen über die Bakterienmenge in menschlichen Fäces. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 5-6.) — Recherches sur la teneur des fèces humaines en bactéries.

Talma. Over haematurie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 oct.)

Terrile (E.). Contributo alla sintomatologia della periepatite iperplastica. (*Gazz. degli Osped.*, 6 juillet.)

Thomson (H. C.). Some additional remarks on the etiology and diagnosis of acute dilatation of the stomach. (*Lancet*, 2 août.)

Utili (V.). Sul diverso significato dello sputo rugginoso. (*Nuovo raccoglitore med.*, sept.)

Van der Minne (A.) et **Zeehuisen** (H.). Ueber Schultermessung bei normalen Personen und über den diagnostischen Wert derselben bei Lähmungen respective Neurosen der Schulter; 3. Mitteilung. (*Centr. Bl. f. inn. Med.*, 26 juillet.) — La mensuration des épaules chez les sujets normaux et sa valeur diagnostique dans les cas de paralysies scapulaires.

Van Voornveld (H. J. A.). Das Blut im Hochgebirge. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, XCII, 1 et 2.) — Le sang dans les hautes altitudes.

Vermehren (F.). Pseudoanæmia angiospastica. (*Hospitalstidende*, 22 et 29 oct. et 5 nov.)

Williamson (Ch. S.). Muscular insufficiency of the mitral valve. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 et 19 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bandi (I.). Contributo allo studio bacteriologico della febbre gialla; nuovo metodo rapido di ricerca del bacillo icteroide di Sanarelli. (*Policlinico*, 13 sept.)

Benoit (G.) et **Rouslacroix** (A.). Nouvelles courbes de diazo-réaction dans la fièvre typhoïde. (*Marseille méd.*, 1er et 15 sept.)

Blumenthal (A.). Typhus ohne Darmerscheinungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 août.) — Fièvre typhoïde sans lésions intestinales.

Flérov (K.). Un cas de variole consécutif à la varicelle et à la vaccination (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 16.)

Galler (P.). Coexistence de l'érysipèle et de la scarlatine (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 16.)

Gross (A.). Zur Prognose der Meningitis tuberculosa. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 août.)

Hamm. Ueber Aetiologie und Verbreitungsweise des Typhus abdominalis. (*Deutsche Praxis*, 25 sept.) — Etiologie et mode de propagation de la fièvre typhoïde.

Hansemann (D. von). Ueber Heilung und Heilbarkeit der Lungenphthise. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 août.) — Guérison et curabilité de la phtisie pulmonaire.

Mariotti-Bianchi (G. B.). Di alcuni fatti poco frequenti rilevabili all'esame del sangue dei malarici. (*Riforma med.*, 12 juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bartels (M.). Ueber Encephalo-myelo-meningitis diffusa haemorrhagica mit endophlebitischen Wucherungen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 1.) — Encéphalo-myélo-méningite hémorrhagique diffuse avec proliférations endophlébitiques.

Besta (C.). Ricerche batteriologiche nel sangue degli epilettici. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.)

Buccelli (N.). I disturbi psichici della corea volgare in rapporto ai disordini motori di essa. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.)

Cassirer (R.). Ueber metastatische Abscesse im Centralnervensystem (isolirter metastatischer Abscess im Pons und in der Medulla oblongata; multiple metastatische Abscesse im Rückenmark). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 1.)

Crocq (J.). Le mécanisme du tonus et des réflexes dans l'état actuel de la science. (*Journ. de neurol.*, 5 et 20 oct.)

Dana (Ch. L.). Hysteria and organic disease; a study of the diagnosis, with reports of cases. (*Med. Record*, 20 sept.)

D'Ormea (A.). Sulle modificazioni della pressione sub-aracnoidea e dei caratteri del liquido cerebro-spinale nella epilessia sperimentale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.)

Fasola (G.). Intorno a un caso di afasia transitoria per trauma chirurgico. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.)

Feinberg (J.). Zur Casuistik der Epilepsia luetica. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.)

Féré (Ch.). La sensibilité à l'aimant. (*Rev. de méd.*, sept.)

Garbini (G.). Intorno alla presunta origine infettiva dell'otoematoma nei pazzi. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.)

Goldflam (S.). Ueber das Erstsymptom und die Bedeutung der Achillessehnenreflexe bei Tabes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Le symptôme initial du tabes et la signification du réflexe du tendon d'Achille dans cette maladie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Adler (E.). Beitrag zur Statistik der tertiären Lues. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 août.)

Grosglik (A.) et **Weissberg** (G.). Akute Sehnervenentzündung als eine der ersten Erscheinungen sekundärer Lues. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er sept.) — Névrite optique aiguë comme une des premières manifestations de la syphilis secondaire.

Matzenauer (R.). Paget's disease. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er sept.)

Ridel (N.). De l'orchite ourlienne primitive (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, sept.)

Spitzer (L.). Ueber Carcinombildung auf gummösem Boden. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 9.) — Développement du cancer au niveau des gommes [syphilitiques].

Zumbusch (L. von). Ueber Gesamtstickstoff- und Harnsäureausscheidung bei Psoriasis. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 9.) — Sur l'élimination de l'azote total et de l'acide urique en cas de psoriasis.

CHIRURGIE

Aakerman (J. H.). Intraabdominaler Bruch durch eine Oeffnung im Mesocolon transversum. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 2.) — Hernie intra-abdominale à travers le méso-côlon transverse.

Abbe (R.). On the use of the abdominal route for approaching rectal tumors. (*Ann. of Surgery*, août.)

Amyx (R. F.). A gunshot wound of the abdomen, inflicting nineteen perforations of the intestines and four lacerations of the mesentery, with recovery. (*Med. Record*, 20 sept.) — Blessure par arme à feu de l'abdomen, avec dix-neuf perforations de l'intestin et quatre déchirures du mésentère; guérison.

Audiau. Opération d'un éléphantiasis du scrotum. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Bannes (F.). Zur Kasuistik der Luxatio carpometacarpea. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 août.)

Barnard (H. L.). Intestinal obstruction due to gall-stones. (*Ann. of Surgery*, août.) — Occlusion intestinale par calculs biliaires.

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. T. II: Chirurgie des Halses, der Brust, der Wirbelsäule und des Beckens. Lehre von den Hernien. 2e éd. In-8o, 1107 p. avec fig. Stuttgart.

Bonsdorff (H. von). Eine Methode, Radikaloperation bei Kruralbrüchen auszuführen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 2.) — Un procédé de cure radicale des hernies crurales.

Brown (F. T.). Morrison's operation for ascites due to Laënnec's cirrhosis. (*Ann. of Surgery*, août.)

Büngner (von). Ueber die Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 1.) — Tuberculose des organes génitaux chez l'homme.

Claudius (M.). Eine Methode zur Sterilisirung und zur sterilen Aufhebung von Catgut. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.)

Daraignez (E.). Quelques cas de kystes hydatiques. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 sept.)

Delore (X.). De l'ectopie congénitale du rein (considérations chirurgicales). (*Rev. de chir.*, sept.)

Derlin. Zur Casuistik seltener Hodenerkrankungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 1.) — Affections rares du testicule.

Destot (E.). Fractures du tarse postérieur (malléoles, astragale, calcanéum). (*Rev. de chir.*, août.)

Ehrich (E.). Zur Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 1.)

Folet (H.). Corps étrangers métalliques dans les tissus et dans les cavités. (*Echo méd. du Nord*, 14 sept.)

Franze (K.). Zur Statistik und Kasuistik des primären Extremitätenkrebses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 1.) — Cancer primitif des extrémités.

Funkenstein (O.). Ein Beitrag zur Lehre von den intraabdominalen Hernien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.)

Füth (H.). Beiträge zur Händedesinfektion. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 sept.) — Sur la désinfection des mains.

Göbell (R.). Zur Kenntnis der Hernia inguinalis superficialis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.)

Graff. Eine retrorectale teratoide Geschwulst mit adenocarcinomatöser Degeneration. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.)

Grékow (I.). Contribution à l'étude des manques de substance osseuse du crâne. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 2.)

Guilbaud (G.). Quelques méfaits du taxis. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 sept.)

Hartmann (O.). Ein Beitrag zu den retroperitonealen Geschwülsten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 1.) — Contribution à l'étude des tumeurs rétropéritonéales.

Hilger et **Van der Briele**. Ueber « Nachempfindungen nach Amputationen ». (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 1.) — Des sensations reportées aux membres amputés.

Hoffmann (E.). Ueber Verschluss von Defekten am knöchernen Schädel durch der Nachbarschaft entnommene Knochenplättchen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 août.) — Sur l'occlusion des pertes de substance osseuse du crâne par des plaques osseuses empruntées aux parties voisines.

Jonas (A. F.). Further experiences with a modification in the operative method for inveterate relapsing and all aggravated forms of pes equino-varus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 sept.)

Linser (P.). Ueber Beckenluxationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 1.) — Les luxations du bassin.

Perassi (A.). Radiografia in ferita del capo da palla di revolver. (*Giorn. med. del R.o Esercito*, oct.)

Schwarz (R.). Considerazioni sopra dieci splenectomie per splenomegalia malarica associata ad ectopia. (*Gazz. degli Osped.*, 24 août.)

UROLOGIE

Berliner (A.). Die Teleangiektasieen der Blase; ein Beitrag zur Aetiologie der Blasenblutungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.) — Télangiectasies de la vessie; contribution à l'étiologie des hémorrhagies vésicales.

Brunn (von). Zur Kenntnis von den Fremdkörpern der Harnblase. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 août.) — Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie.

Joulia. Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse. (*Touraine méd.*, oct.)

Noble (Ch. P.). Clinical report upon ureteral surgery. (*Amer. Medicine*, 27 sept.)

Stöckel (W.). Weitere Erfahrungen über Ureterfisteln und Ureterverletzungen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 1.) — Nouvelles recherches sur les fistules et les traumatismes de l'uretère.

Townsend (T. M.). Prostatic gonococcal autoreinfections of the urethra. (*Med. Record*, 6 sept.)

Young (H.). The diagnosis and treatment of calculus of the lower end of the ureter in the male. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, sept.)

OPHTALMOLOGIE

Armaignac (H.). Sur un cas d'ophtalmie purulente congénitale. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Baudry (S.). De l'épisclérite et de la sclérite. (*Nord méd.*, 15 sept.)

Bourgeois (A.). Abaissement de la cataracte; méthode et observations. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Capauner. Traitement du scotome scintillant. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Demicheri (L.). Paralysie traumatique des 2 obliques supérieurs. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Démidovitch (B.). Traitement du trachome par des injections sous-conjonctivales de solutions d'acide phénique (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, sept.)

Guende (Ch.). L'abaissement de la cataracte doit-il être définitivement abandonné ? (*Marseille méd.*, 15 sept.)

Haltenhoff. Un cas de lèpre avec localisations oculaires. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Njemtschenkow (W. A.). Ueber eine neue Methode der Trachombehandlung mittels concentrirter Phenollösung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 10 et 13 sept.) — Un nouveau procédé de traitement du trachome par des injections sous-conjonctivales d'une solution concentrée d'acide phénique.

Puccioni (G.). Angioma voluminoso della regione orbito-frontale; asportazione; guarigione. (*Policlinico*, 6 sept.)

Pyle (W. L.). Ocular affections associated with glycosuria, with especial reference to central amblyopia. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, sept.)

Schöler (F.). Ueber die Schieloperation bei angeborener Lähmung des Musculus rectus externus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 août.) — L'opération du strabisme en cas de paralysie congénitale du muscle droit externe.

Terrien (F.). Du pronostic des troubles visuels d'origine électrique. (*Arch. d'ophtalmol.*, nov.)

Widmark (J.). Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen medico-chirurgischen Instituts zu Stockholm. 4e fasc. In-8°, 130 p. avec fig. Iéna. — Travaux de la clinique ophtalmologique de Stockholm.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Verblutung im Anschluss an die Geburt; Beitrag zur Aetiologie der Postpartum-Blutungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.) — Contribution à l'étiologie des hémorrhagies post-partum.

Aldrich (N. B.). Technique of the denuding plastic perineum operations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Bäcker (J.). Sechs Fälle von Fibromyoma uteri, komplicirt mit Schwangerschaft. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 sept.) — 6 cas de fibrome de l'utérus, compliqués de grossesse.

Bacon (C. S.). Massage and exercise in the management of the puerperium. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 août.)

Bergholm (H.). Ueber Mikroorganismen des Vaginalsecretes Schwangerer. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 3.) — Sur les microorganismes des sécrétions vaginales chez les femmes enceintes.

Bönsel. Die sekretorische Thätigkeit der Magenschleimhaut in den ersten Tagen des Wochenbettes. (*Deutsche Praxis*, 25 août.) — L'activité sécrétoire de la muqueuse stomacale pendant les premiers jours des suites de couches.

Braun (R. von). Zur Aetiologie, Diagnostik und Therapie der Extrauteringravidität. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 3.)

Brown (Adelaide). Cesarean section necessitated by ventrosuspension. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Bué (V.). Technique de l'opération césarienne conservatrice. (*Nord méd.*, 15 oct.)

Commandeur. Quelques cas d'éclampsie guéris sans interruption de la grossesse. (*Province méd.*, 27 sept.)

Crouse (H. W.). Mammary substance in uterine fibroids. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Cullingworth (C. J.). Clinical illustrations of diseases of Fallopian tubes and of early tubal gestation. 3e éd. In-8°, 90 p. Londres.

Darger (W.). Zur Kenntnis der Kraurosis vulvae. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 3.)

Donoghue (F. D.). What cases of placenta previa can be best treated by cesarean section? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 sept.)

Essen-Möller (E.). Weiterer Beitrag zur Frage von der placentaren Nabelschnurinsertion. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 2.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'insertion placentaire du cordon ombilical.

PÉDIATRIE

Acker (G. N.). Essential or toxemic dropsy in children. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Hydropisie essentielle ou toxémique chez les enfants.

Adam (M.). Nahrungsmengen künstlich ernährter Kinder, nebst einem neuen Vorschlag zur Nahrungsmengen-Berechnung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 1.) — La ration alimentaire des enfants allaités artificiellement et une nouvelle manière de la déterminer.

Brüning (H.). Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane im Kindesalter. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Tuberculose des organes génitaux chez les petites filles.

Caro (W.). Ueber Buttermilch als Säuglingsnahrung; 1. Mitteilung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 5-6.) — Le babeurre dans l'alimentation des nourrissons.

Carrière (G.). Diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez l'enfant; à propos d'un cas de sarcome du rein. (*Touraine méd.*, sept.)

Cima (F.). Pleurite purulenta in bambino di mesi due. (*Pediatria*, sept.)

Concetti (L.). L'igiene del bambino. In-8°, 642 p. avec fig. Rome.

Courtin (J.). Kyste séreux congénital du cou chez un nouveau-né. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 sept.)

Fischer (B.). Fremdkörper in der Herzwand und Caries der Wirbelsäule bei einem 13 jährigen Knaben. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 août.) — Corps étranger dans la paroi du cœur et carie du rachis chez un garçon de treize ans.

Flandrin. Conseils pour les soins à donner au nouveau-né. In-8°, 19 p. avec fig. Grenoble.

Gonser (R.). Ueber akute Osteomyelitis im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Endresultate. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 1.)

Sötbeer (F.). Ueber Phosphaturie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 1.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bayer (L.) et **Penninckx** (A.). De l'électricité statique en otologie. (*Rev. hebd. de laryngol., rhinol. et otol.*, 23 août.)

Chaldecott (J. H.). The choice of an anæsthetic for short operations upon the throat and nose. (*Lancet*, 13 sept.) — Choix d'un anesthésique pour les interventions de courte durée sur le nez et la gorge.

Chervin. Bégaiement et autres maladies fonctionnelles de la parole. 3e éd. In-8°, 551 p.

Chiari (O.). Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1re partie. In-8°. 272 p. avec fig. Vienne. — Maladies des voies respiratoires supérieures.

Gatteschi (F.). Le vegetazioni adenoidi nasofaringee in relazione ad alcune malattie dell'infanzia; efficacia dell'intervento chirurgico. (*Arch. di otol., rinol. e laringol.*, mars.)

Grunwald (L.). Atlas-manuel des maladies du larynx. (Trad. de l'allemand par A. Castex et P. Collinet.) 2e éd. In-16, 244 p. avec fig. et planches.

Patel (M.). Le naso-pharynx. (*Province méd.*, 23 et 30 août et 6 sept.)

Shurly (E. L.). Tumor of the pharynx; an accessory thyroid gland; removal followed by myxedema. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 sept.)

Toeplitz. Nasal disturbances in typhoid fever and their sequelæ. (*Med. Record*, 20 sept.)

Wolkowitsch (N.). Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Larynxstenose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.) — Traitement des sténoses chroniques du larynx.

HYGIÈNE

Ausset. L'isolement et le traitement des tuberculeux pauvres. (*Echo méd. du Nord*, 28 sept.)

Chauffard (A.). De la réforme du régime alimentaire dans les hôpitaux. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Manget (C.). Tableaux synoptiques pour l'inspection des viandes. In-16, 88 p. avec fig.

Parkes (L.) et **Kenwood** (H.). Hygiene and public health. 2e éd. In-8°, 776 p. avec fig. Londres.

Rabinowitsch (Lydia). Ueber desinficirende Wandanstriche mit besonderer Berücksichtigung der Tuberculose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.) — Couleurs antiseptiques pour peindre les murs, surtout au point de vue de la tuberculose.

Serkowski (S.). O badaniu przez lekarzy produktow spozywczych, dostarczanych do szpitali. In-8°, 47 p. avec planches. Lodz. — Analyse des substances alimentaires fournies aux hôpitaux.

Slefrig (S.). The normal school hygiene. In-8°, 500 p. Londres. — L'hygiène scolaire.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Death and sudden death. (Trad. du français par F. L. Benham.) 2e éd. In-8°, 350 p. Londres. — La mort et la mort subite.

Carrara (M.). Nuove ricerche sulla morte per annegamento (conduttività elettrica e pressione osmotica). (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 3.) — Nouvelles recherches sur la mort par submersion.

Haberda (A.). Zur Frage des Beweiswertes der Lungenprobe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 1.) — Sur la valeur de la docimasie pulmonaire.

Marcel (R.). Les accidents du travail et les bons de pansement. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Meyer-Wirz. Zur forensischen Bedeutung des Puerperalfiebers. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — La fièvre puerpérale au point de vue médico-légal.

Perrando (G.) et **Giannelli** (E.). Sulla coagulazione del liquido di idrocele per azione del latte umano. (*Riforma med.*, 23 sept.)

Prokop (F.). Otrava kyselinou octovou. (*Sbornik klinicky*, IV, 1.) — Intoxication par l'acide acétique.

Schweizer (K.). Ueber Sauerampfervergiftung bei Kindern. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er sept.) — De l'intoxication par l'oseille chez les enfants.

Stoenesco. La différenciation du sang par le sérum spécifique. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Alguine (V.). Contribution à la thérapeutique du purpura hémorrhagique (maladie de Werlhof) (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

Audenino (E.) et **Bonelli** (A.). Azione del calcio negli epilettici. (*Riforma med.*, 5 sept.)

Bandi (I.). Sulla preparazione di un siero antidifterico antibacterico; suo valore profilattico e curativo. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 oct.)

Drennan (Jennie G.). The effect of ferric perchloride in large doses in erysipelas and similar inflammatory diseases. (*Med. Record*, 6 sept.)

Eichhorst (H.). Behandlung der Zuckerharnruhr. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — Traitement du diabète.

Engel (C. S.). Ueber einen mit normalem Blutserum behandelten Fall von schwerem Scharlach. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — Sur un cas de scarlatine grave traité par le sérum sanguin normal.

Gradenwitz (R.). Tetanus nach Gelatineinjektion. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 sept.)

Lafond-Grellety. Injection de sérum gélatiné dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 et 14 sept.)

Lemaire (P.). Sur l'administration des digitalines françaises. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 sept.)

Oliari (A.). Contributo casistico-clinico sulla cura dell'uremia con il veratrum viride. (*Riforma med.*, 25 et 26 sept.)

Pedrazzini (F.). Ancora una parola sulle specie batteriche e sulla specificità dei sieri curativi. (*Clinica medica italiana*, sept.)

Stefanovsky (G.). Traitement de l'hyperhidrose plantaire (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

BACTÉRIOLOGIE

Achalme (P.). Recherches sur quelques bacilles anaérobies et leur différenciation. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Aujeszky (A.) et **Wenhardt** (J.). Beiträge zur Agglutination des Pestbacillus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 août.)

Defalle (W.). Recherches sur le rôle de l'enveloppe des microbes dans l'agglutination. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Fokker (A. P.). Versuch einer neuen Bakterienlehre. In-8°, 49 p. avec fig. La Haye. — Une nouvelle théorie sur les bactéries.

Meyer (F.). Zur Bakteriologie des acuten Gelenkrheumatismus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 5-6.) — Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

Petit et **Borne** (G.). Manuel pratique de bactériologie (parasitologie, urologie, anatomie pathologique). In-16, 239 p. avec fig.

Rappin. Bulletin du laboratoire de bactériologie de l'Institut Pasteur de la Loire-Inférieure (année 1901-1902). In-8°, 63 p. avec fig. Nantes.

Wright (A. E.). On some new procedures for the examination of the blood and of bacterial cultures. (*Lancet*, 5 juillet.) — Sur quelques nouveaux procédés d'examen du sang et des cultures microbiennes.